Martin Bohus ▪ Martina Wolf-Arehult

2. Auflage

Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten

Das Therapeutenmanual

Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie

Akkreditiert vom Deutschen Dachverband DBT

Mit Keycard zum Freischalten der interaktiven Software

Schattauer

Der Printversion dieses Buches liegt eine Keycard zur Programmfreischaltung bei.
In der E-Book-Version können Sie Ihren individuellen Key via E-Mail anfordern bei:
webmaster@schattauer.de
Bitte senden Sie uns Ihre Kaufbestätigung des E-Books mit der E-Mail zu.

Martin Bohus ■ Martina Wolf-Arehult

Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten

2. Auflage

This page intentionally left blank

Martin Bohus ■ Martina Wolf-Arehult

Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten

Das Therapeutenmanual

2., aktualisierte und erweiterte Auflage

Unter Mitarbeit von Thorsten Kienast
sowie Hans Gunia, Gitta Jacob und
Angela Oermann

Mit Zeichnungen von Renate Alf

Mit 25 Abbildungen sowie
158 Info- und Arbeitsblättern

Inklusive Keycard zum Freischalten der Software „Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten“

Schattauer

Prof. Dr. med. Martin Bohus
Lehrstuhl für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim
J 5, 68159 Mannheim

Dr. phil. Dipl.-Psych. Martina Wolf-Arehult
DBT- & Essstörungsteam
Psykiatridivisionen
Uppsala University Hospital
75185 Uppsala
Schweden

PD Dr. med. Thorsten Kienast, MBA
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Campus Mitte –
Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Dipl.-Psych. Hans Gunia
Psychologische Praxis
Adelungstr. 23
64283 Darmstadt

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Gitta Jacob
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Klinische Psychologie und Psychotherapie
79085 Freiburg

Dipl.-Psych. Angela Oermann
Ruhr-Universität Bochum
Zentrum für Psychotherapie ZPT
Massenbergstraße 9–13
44787 Bochum

Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: OM42827

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besonderer Hinweis:
Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.
In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer
www.schattauer.de
2. Auflage 2013
© 2009, 2013 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten
Cover: Renate Alf: Cartoon „Meditation ..."
Gesetzt von Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth
Datenkonvertierung: Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell
Printausgabe: ISBN 978-3-608-42827-8
PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26779-2
Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Projektmanagement und Lektorat: Dr. Petra Mülker, Stuttgart

Vorwort zur zweiten Auflage

Es gibt angenehme und unangenehme Dilemmata: Ein erfolgreiches DBT-Skillsmanual zu verbessern und dabei die Struktur der ersten Auflage zu wahren, gehört zu den angenehmeren. Die vielen positiven Rückmeldungen zur ersten Auflage zeigen, dass wir mit diesem Konzept auf einem guten Weg sind: Die meisten Betroffenen und Therapeuten verwenden die Skills mittlerweile als therapeutische „Werkzeugkiste“ und stellen sich ihr eigenes kleines Manual – ihren Bedürfnissen entsprechend – zusammen. Dies war die zentrale Idee der ersten Auflage, und sie war offensichtlich richtig. Es gab aber auch einige kritische Anmerkungen – und das ist gut so, denn die DBT ist ein lernendes und lebendiges System. An dieser Stelle also einen herzlichen Dank an alle, die sich die Mühe machten zu schreiben. Ohne die offenen Rückmeldungen von Betroffenen und Therapeuten könnten wir uns nicht verbessern.

Drei wichtige Anforderungen setzt diese überarbeitete 2. Auflage um: Zum einen wurde die Sprache der Info- und Arbeitsblätter klarer gefasst – also möglichst unter Verzicht auf Fremdwörter; viele Patienten hatten sich dies gewünscht. Die Nummerierung und Bezeichnung der Skills ist jedoch – bis auf die Nummerierung ab Handout 13 im Modul Stresstoleranz – erhalten geblieben, sodass man die beiden Auflagen des Manuals kombiniert verwenden kann.

Zum zweiten wurde ein neues Modul eingefügt: „Umgang mit Sucht“. Etwa die Hälfte aller Borderline-Patienten, die sich in therapeutischer Behandlung befinden, haben Probleme im Umgang mit Drogen oder Alkohol. Mich erreichten immer wieder Anfragen von Therapeuten nach entsprechenden Materialien. Diese sind von M. Linehan und L. Dimeff entwickelt worden; T. Kienast hat sie überarbeitet. Dieses Modul ist nur im Buch enthalten, nicht im Skillstraining selbst. Die Info- und Arbeitsblätter können jedoch über einen Code heruntergeladen werden (s. S. III und 363).

Eine dritte wesentliche Neuerung ist technischer Art: Immer mehr Endgeräte haben kein CD-ROM-Laufwerk mehr, sodass der Verlag nach einer Lösung suchte, bei der das Skillstraining ohne Datenträger zur Verfügung steht. Anstelle der bisher im Buch beigelegten CD-ROM finden Sie nun eine so genannte Software-Keycard mit einem Code, mit dem Sie das Skillstraining für Ihren Computer freischalten können. Die genaue Anleitung dazu finden Sie auf der beigelegten Keycard sowie auf S. XI.

Der Verlag scheute auch keine Mühe, das Skillstraining technisch und strukturell noch weiter zu optimieren. Auch hierfür vielen Dank!

Gewidmet ist diese 2. Auflage dem Gedenken an Alois Burkhard: Er hat viel zur Weiterentwicklung des Achtsamkeitsmoduls der DBT beigetragen. Und er hat die härtesten Jahre seines Lebens in radikaler Akzeptanz und Achtsamkeit bis zuletzt mit den Patienten am ZI Mannheim gearbeitet. Er starb im September 2012.

Freiburg, im Herbst 2012 **Martin Bohus**

Vorwort zur ersten Auflage

Dieses interaktive Skillstraining basiert im Wesentlichen auf dem von M. Linehan in den 80er Jahren entwickelten Trainingsprogramm für Patienten mit Borderline-Störungen. Es versteht sich daher als eine Komponente der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), geht aber auch deutlich darüber hinaus. Zum einen wurde der Aspekt der Selbsthilfe durch die Konzeptualisierung als CD-ROM deutlich gestärkt, zum anderen wurde das gesamte Programm inhaltlich stark überarbeitet und erweitert. Dies betrifft insbesondere die Module zur Emotionsregulation und zur Verbesserung des Selbstwertes. Grundlagen für die Modifikationen waren unsere langjährige praktische Erfahrung in der Durchführung von stationären und ambulanten Skillstrainings sowie die enge Abstimmung und Kooperation mit M. Linehan, die zeitgleich an der Revision ihres Skills-Manuals arbeitete. Trotz intensiver Nachfragen von Patienten und Therapeuten wollten wir vor der Veröffentlichung der Materialien gemäß den Prinzipien der DBT zunächst die Ergebnisse einer evaluativen Studie abwarten. Mittlerweile haben erste kontrollierte Untersuchungen gezeigt, dass Patienten, die mit der CD-ROM arbeiten, sich signifikant häufiger mit Skills beschäftigen, sich ein besseres Wissen aneignen und bessere Therapieergebnisse erzielen. Da sich die Veröffentlichung des von M. Linehan revidierten Manuals noch etwas hinauszögern wird, haben wir uns entschlossen, das interaktive Skillstraining nach vier Jahren Entwicklungsarbeit nun in dieser Form zu publizieren und als neuen Standard für die Durchführung von Skillstraininggruppen im Rahmen der DBT vorzugeben. Dies gilt insbesondere für die hier erstmalig publizierten Handouts, die auch ohne CD-ROM, also im Sinne des klassischen Skillstrainings verwendet werden können. Selbstverständlich kann das Training auch entlang dieses Manuals ohne CD-ROM-Unterstützung durchgeführt werden. Aber es wäre schade, wenn man die Ressourcen nicht nützen würde, die in dieser kleinen Scheibe stecken (und nebenbei ist es auf die Dauer angenehmer für Therapeuten, wenn sie sich in ihrem Fachgebiet zumindest so gut auskennen wie ihre Patienten ...).

Der Erfolg der DBT liegt u. a. in ihrer Ausrichtung auf therapeutische Teams begründet. Dies betrifft nicht nur die Durchführung, sondern auch die Weiterentwicklung der DBT. So speist sich auch dieses neue Programm aus zahllosen kreativen Quellen – von Patienten, Therapeuten und Forschern. Ihnen allen sei hiermit gedankt.

Natürlich ist jeder Therapeut frei, sich seine jeweiligen Materialien eigenständig zusammenzusuchen, mit ihnen zu experimentieren oder sie völlig neu zu entwickeln. Für die Vergleichbarkeit der therapeutischen Arbeit ist es andererseits sinnvoll, die Materialien relativ konstant zu halten – auch im Sinne der Patienten, die ja im Laufe der Jahre häufig mehrere Skillstraininggruppen bei verschiedenen Institutionen oder Therapeuten besuchen. Wenn Sie also geniale neue Handouts entwickeln, so würden wir uns freuen, wenn Sie diese an uns senden würden. Wir werden sie gerne testen und gegebenenfalls in der nächsten Auflage berücksichtigen. Das Gleiche gilt natürlich für kritische Anregungen. Die DBT ist nicht in Stein gemeißelt, sondern versteht sich als „factory“, als kreative Werkstatt, die fortwährend neue Erkenntnisse aus der psychologischen und psychotherapeutischen Forschung integriert.

Zum Aufbau und zur Gliederung des Manuals: Wir gehen davon aus, dass die meisten Therapeuten, die mit diesem Manual arbeiten werden, primär am Skillstraining

interessiert sind und die Grundzüge der DBT und der Borderline-Störung bereits kennen. Daher bilden die konzeptuellen Überlegungen und die didaktischen Anweisungen zum Skillstraining die ersten beiden Kapitel dieses Buches. Die Grundlagen der Borderline-Störung und der DBT sind in Kapitel 3 und 4 dargestellt. Für Anfänger auf diesem Gebiet empfiehlt es sich daher, zunächst diese beiden Kapitel durchzuarbeiten – sie tun sich dann leichter, die Zusammenhänge und den Hintergrund des Skillstrainings zu verstehen. Auch wenn wir uns in diesem Manual um eine sinnvolle Didaktik bemüht haben, ist es sicherlich nützlich, zusätzlich einen der Fortbildungskurse zu besuchen, die an den vom Dachverband DBT akkreditierten Instituten angeboten werden, bevor man sich an die komplexe und herausfordernde therapeutische Arbeit mit Borderline-Patienten macht.

Im Übrigen gilt einer der Wahlsprüche der DBT:
„If there is a difference between a book and a bird, believe the bird.“

Freiburg, im Frühjahr 2009 **Martin Bohus**

Inhalt

1 Skillstraining 1

1.1 Grundlegendes zum Skillstraining 1

1.2 Was versteht man unter Skills, und wie werden sie vermittelt? 2

1.3 Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte 3
Rahmenbedingungen 3
Strukturelle Aspekte 6

1.4 Struktur der Sitzungen 9
Komposition der Module 9
Zeitlicher Aufbau und Struktur 10
Weitere Regeln 12

1.5 Das interaktive Skillstraining (Software) 15
Struktur der Software 16
Hilfsmittel und Funktionen der Software 18
Einsatzmöglichkeiten der Software 19

1.6 Therapeutische Methodik 20
Aufbau von Beziehungen 20
Motivationale Aspekte 20
Veränderungsorientierte Strategien 22
Akzeptanzorientierte Strategien 24
In-Session-Fokus 26
Hausaufgaben-Kontrolle 27

1.7 Skillstraining unter (teil-)stationären Bedingungen 29
Im Rahmen der Krisenintervention 30
Im Rahmen von (teil-)stationären Intensivprogrammen 30

2 Die Module des Skillstrainings 37

2.1 Modul Hintergründe und Fakten 37
Ziele dieses Moduls 37
Hintergrundwissen 37
Didaktisches Vorgehen 37
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 38
Mögliche Probleme 42
Info- und Arbeitsblätter 44

2.2 Modul Einführung in das Skillstraining 55
Ziele dieses Moduls 55
Hintergrundwissen 55
Didaktisches Vorgehen 58
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 58
Mögliche Probleme 61
Info- und Arbeitsblätter 62

2.3 Modul Achtsamkeit 73
Ziele dieses Moduls 73
Hintergrundwissen 73
Didaktisches Vorgehen 84
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 85
Mögliche Probleme 89
Info- und Arbeitsblätter 90

2.4 Modul Stresstoleranz 112
Ziele dieses Moduls 112
Hintergrundwissen 112
Didaktisches Vorgehen 113
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 114
Mögliche Probleme 122
Info- und Arbeitsblätter 123

2.5 Modul Umgang mit Gefühlen 154
Ziele dieses Moduls 154
Hintergrundwissen 154
Didaktisches Vorgehen 162
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 163
Info- und Arbeitsblätter 180

2.6 Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten 275
Ziele dieses Moduls 275
Hintergrundwissen 275
Didaktisches Vorgehen 279
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 280
Info- und Arbeitsblätter 297

2.7 Modul Selbstwert 322
Ziele dieses Moduls 322
Hintergrundwissen 322
Didaktisches Vorgehen 324
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 326
Info- und Arbeitsblätter 332

2.8 Modul Umgang mit Sucht 347
Ziele dieses Moduls 347
Hintergrundwissen 349
DBT-Sucht und der dialektische Weg in die Abstinenz 351
Didaktisches Vorgehen 352
Info- und Arbeitsblätter: Didaktik 354
Info- und Arbeitsblätter 363

3 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – Grundlagen 383

3.1 Diagnostik 383

3.2 Epidemiologische Daten 385

3.3 Differentialdiagnose und Komorbidität 385

3.4 Verlauf und Prognose 386

3.5 Bio-Soziales Entstehungsmodell 387
Genetische Belastung 388
Psychosoziale Faktoren 388
Störungen der Affektregulation 388
Dissoziative Phänomene 389
Störungen der Körperakzeptanz und der Schmerzwahrnehmung 389
Dysfunktionale Grundannahmen und inkompatible Schemata 390
Objektive soziale Variablen 393
Zusammenfassung 394

4 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) – eine Einführung 395

4.1 Behandlungsmodule 395

4.2 Zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung 396

4.3 Therapeutische Grundhaltung 397

4.4 Behandlungsphasen 400

4.5 Wahl des Behandlungsfokus 402

4.6 Behandlungsebene und -methodik 403

4.7 Modifikationen 404

Literatur 405

Informationen zur Software

Interaktives Skillstraining freischalten

Das Programm läuft unter Microsoft® Windows (7, 8.1 Classic oder 10; 512 MB RAM) sowie unter Macintosh (OS X v. 10.10 und höhere Versionen von OS X, 512 MB RAM). Mindestauflösung 1024×768, optimale Auflösung 1280×960 Pixel.

Wenn Sie die Audio-Funktionen des Programms (Vorlesen der Texte) nutzen wollen, müssen eine Soundkarte am Computer installiert und Lautsprecher angeschlossen sein.

Das Skillstraining kann mittels einer **Keycard** freigeschaltet werden. Diese Keycard ist dem Buch beigefügt. Als Einzelprodukt ist das Skillstraining sowohl als CD-ROM als auch in Form einer Keycard zum Freischalten erhältlich, das Produkt selbst ist inhaltlich jeweils das gleiche.

Um das Skillstraining über die Keycard freizuschalten, laden Sie zunächst mit dem Link, der auf der Keycard steht, die Software herunter. Dann installieren Sie nach Anweisung auf der Keycard das Skillstraining auf Ihrem Rechner.

Beim ersten Start der Software müssen Sie sich registrieren und das Skillstraining mit dem auf der Keycard stehenden Code freischalten. Die genaue Schritt-für-Schritt-Anleitung können Sie der Keycard entnehmen.

Falls Sie zusätzlich zu dem hier vorliegenden Therapeutenmanual auch eine CD-ROM-Version erworben haben, folgen Sie bitte den dort angegebenen Installationsanweisungen.

Interaktives Skillstraining starten

Das Programm starten Sie, indem Sie nach der Installation **„Skillstraining_2.0“** in Ihrem Programmmenü anklicken. Danach öffnet sich die Startseite, auf der Sie links Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort für Ihr Benutzer-Profil eingeben. Dadurch können wichtige Informationen gespeichert werden, während Sie mit dem Programm arbeiten. Werden derselbe Benutzername und dasselbe Passwort bei einer erneuten Anmeldung eingegeben, können Sie direkt an der Stelle wieder beginnen, an der Sie bei der letzten Sitzung aufgehört haben.

Auf der Startseite wählen Sie auch zwischen dem visuellen oder audiovisuellen Präsentationsmodus (s. u.). Ebenso können Sie wählen, ob Sie mit dem Programm von vorne beginnen oder an der Stelle weiterarbeiten möchten, an der Sie bei der letzten Sitzung aufgehört haben.

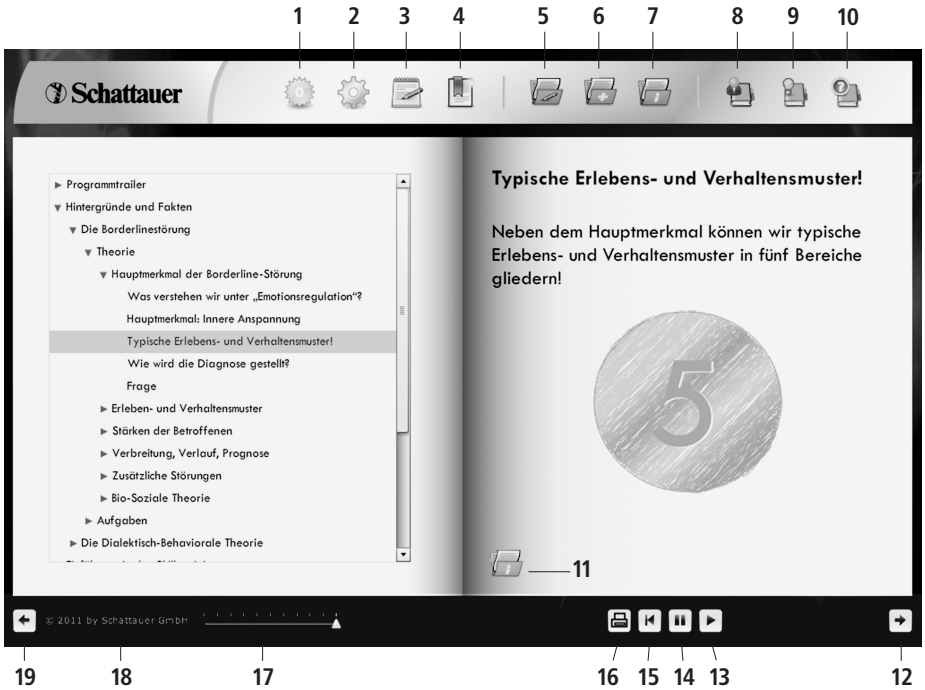


Abb. 1 Die wichtigsten Funktionen des Programms.

Der Button **„Programmtrailer anzeigen“** bietet Ihnen eine kurze Einführung und Übersicht über das Gesamtprogramm. Mit dem Button **„Start“** können Sie direkt mit dem Programm beginnen. Wenn Sie neue Benutzerdaten eingegeben haben, werden Sie hier nochmals gefragt, ob der neue Benutzer angelegt werden soll.

Navigation des Programms

Beim Programmstart erscheint auf der linken Seite eine **Übersicht** über das gesamte Menü. Während Sie mit der Software arbeiten, haben Sie so immer den Überblick, wo genau im Menü Sie sich gerade befinden. Die verschiedenen Ebenen und Unterebenen des Menüs können Sie durch Anklicken aktivieren und springen dann genau an diese Stelle im Programm.

Das interaktive Skillstraining beinhaltet folgende Abschnitte:

- Programmtrailer
- Hintergründe und Fakten
- Einführung in das Skillstraining
- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Skills zum Umgang mit Gefühlen
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- Selbstwert
- Skills direkt
- Fragen & Antworten

Mit den **Pfeilen** unten rechts und links (s. Abb. 1, Symbole 12 und 19) kann man im Programm vor- und zurückspringen.

Es ist auch möglich, mit Hilfe der Pfeile auf der Tastatur hin- und herzuspringen. Zum kurzen Unterbrechen bzw. Anhalten des Programms klicken Sie das Symbol **„Pause“** (s. Abb. 1, Symbol 14). Um das Programm wieder weiterlaufen zu lassen, klicken Sie den Vorwärts-Pfeil rechts neben der Pausentaste (s. Abb. 1, Symbol 13). Mit dem Rückwärts-Pfeil links neben der Pausentaste (s. Abb. 1, Symbol 15) können Sie wieder an den Anfang der Seite springen. Wird diese Funktion bei Animationen verwendet, beginnt die Animation wieder von vorne.

Wollen Sie das Programm beenden, klicken Sie mit dem Cursor der Maus oben rechts in der oberen Bildlaufleiste auf das Symbol für **„Schließen“**. Der aktuelle Stand wird beim Beenden des Programms immer automatisch gespeichert. Somit haben Sie die Möglichkeit, in der folgenden Sitzung dort weiterzumachen, wo Sie aufgehört haben.

Einstellungen

Über den Button **„Einstellungen“** (s. Abb. 1, Symbol 2) können Sie verschiedene Grundeinstellungen wählen: Sie können sich zwischen der Kurzversion und der Standardversion des Programms (s. u.) entscheiden, ebenso zwischen der visuellen und audiovisuellen Version (s. u.). Weiterhin können hier die Lautstärke geregelt und die Hintergrundfarben gewechselt werden.

Wahl des Präsentationsmodus

Über den Button „Einstellungen“ (s. Abb. 1, Symbol 2) wählen Sie den visuellen oder audiovisuellen Präsentationsmodus.

Im **visuellen Modus** können Sie alle Texte im Programm selbst lesen, manchmal werden auch Bilder und Animationen gezeigt. Dieser Modus kann sinnvoll sein, wenn Sie ein „visueller“ Lerntyp sind oder wenn die Reize im audiovisuellen Modus (s. u.) zu einer Überforderung führen.

Der **audiovisuelle Modus** bietet die Möglichkeit, mit Ton, Bild und Text gleichzeitig zu arbeiten. Sie werden dabei von Bea von Malchus, der Sprecherin der Software, durch das Programm begleitet. In der Regel werden nur die wichtigsten Schlüsselsätze (s. Abb. 1, Text) angezeigt. Der audiovisuelle Modus ist generell zu empfehlen, weil Menschen in der Regel besser lernen, wenn zwei Sinne aktiviert sind.

Im Programm können Sie zwischen zwei weiteren Modi wählen:

Unter hoher Anspannung kann man sich manchmal nur kurze Momente konzentrieren und ist durch die **Standardfassung** (audiovisuelle oder visuelle Version) überfordert.

Es kann dann sinnvoll sein, mit der **Kurzfassung** (nur visuelle Version) zu arbeiten. In der Kurzfassung findet man Zusammenfassungen und kurze Beschreibungen der Programminhalte. In diesem Modus gibt es keine Animationen.

Hilfsmittel und Programmfunktionen

Im **„Wörterbuch“** werden wichtige Begriffe beschrieben und erklärt, wenn Sie den jeweiligen Begriff in der Liste des Wörterbuchs anklicken (s. Abb. 1, Symbol 9).

Eigene Beispiele oder Kommentare zu wichtigen Themen können Sie in das **„Notizbuch“** eintragen (s. Abb. 1, Symbol 3). So werden persönliche Kommentare nicht vergessen und können später mit dem Therapeuten oder in der Skillsgruppe besprochen werden. Tragen Sie Ihre Notizen im Feld „Inhalt der Notiz“ ein und benennen Sie die Notiz im Feld „Name der Notiz“. Zum Speichern klicken Sie auf „Notiz anlegen“.

Bestimmte Seiten im Programm können im **„Notfallkoffer“** (s. Abb. 1, Symbol 4) abgespeichert werden. Durch diese Funktion hat der Benutzer einen schnellen Zugriff auf wichtige Seiten. Das kann sinnvoll sein, insbesondere im Bereich **„Skills Direkt“**, um sich z. B. bei Hochspannung schnell ablenken zu können. Wenn eine Seite, die schon gespeichert ist, abgerufen werden soll, klicken Sie diese im Fenster des Notfallskoffers an.

Wichtige Benutzerhinweise und Erklärungen zur Navigation finden Sie auch unter dem Symbol **„Hilfe“** oben in der Menüleiste (s. Abb. 1, Symbol 10).

Schriftliche Unterlagen spielen eine wichtige Rolle im Programm. Oben in der Menüleiste finden sich die Symbole für **„Arbeitsblätter“** (s. Abb. 1, Symbol 5) und **„Infoblätter“** (mit **„Basic Info“**) (s. Abb. 1, Symbol 7) ; ebenso gibt es ein Symbol für **„zusätzliche Materialien“** (s. Abb. 1, Symbol 6). Wenn Sie die Symbole oben in der Leiste anklicken, wird ein neues Fenster mit einer Liste der Pdf-Dateien gezeigt. Wenn Sie eine Übersicht über die Pdf-Dateien erhalten wollen, klicken Sie die Datei **„Inhalt.pdf“** an, die jeweils ganz oben in der Liste steht.

Wenn die Unterlagen für die aktuell gezeigten Inhalte des Programms wichtig sind, erscheinen die entsprechenden Symbole auch links unten auf der Seite (s. Abb. 1, Symbol 11). Die Unterlagen stehen als Pdf-Dateien zur Verfügung und können auch ausgedruckt werden.

Die **Druckfunktion** befindet sich in der unteren Leiste (s. Abb. 1, Symbol 16).

Im Programm finden Sie auch eine Sammlung mit konkreten Beispielen von Skills, die sogenannte **„Skillssammlung“,** die jederzeit oben in der Leiste aktiviert werden kann (s. Abb. 1, Symbol 8). Die Skillssammlung finden Sie auch als Pdf-Datei unter dem Button **„zusätzliche Materialien“**. Mit dem Klick auf „Schattauer GmbH“ links unten (s. Abb. 1, Symbol 18) gelangen Sie zum **Impressum**. Über das Reglersymbol (s. Abb. 1, Symbol 17) können Sie die Lautstärke regeln.

Skills Direkt

Im Programm gibt es die Möglichkeit, Skills direkt am Computer zu üben (Button **„Skills Direkt“** im Hauptmenü auf der linken Seite). Die Angebote in diesem Bereich sind auch dann sinnvoll, wenn die Anspannung des Benutzers steigt und z. B. Ablenkung hilfreich sein könnte. Im Bereich „Skills Direkt“ werden gedankliche Übungen, Fantasiereisen, Atemübungen, Computerspiele und sinnesbezogene Übungen (z. B. Vergleiche von verschiedenen Geräuschen) angeboten.

Bonussystem

Ein bisschen Spaß muss auch sein! Deshalb haben wir ein **Bonussystem** eingebaut. Punkte im Bonussystem bekommen Sie ab und zu, wenn Fragen korrekt beantwortet werden. Der aktuelle Punktestand wird jeweils oben in der Leiste angezeigt (s. Abb. 1, Symbol 1).

Wenn das Symbol angeklickt wird, erhält der Benutzer bei ausreichender Punktzahl (mindestens 30 Punkte) einen Zugang zum Bonusbereich. Hier können jeweils 30 oder 60 Punkte eingelöst werden, bei denen unterschiedliche Belohnungen ausgesucht werden können, z. B. eine ungewöhnliche Geschichte oder neue Cartoons von Renate Alf.

Fragen und Antworten

Mehrwahlfragen werden meistens am Ende eines Abschnitts gezeigt. Sie können auch im Bereich **„Fragen und Antworten“** (im Hauptmenü auf der linken Seite) gefunden werden. Nach jeder Antwort bekommt der Benutzer sofort eine Rückmeldung, bei korrekter Antwort werden ab und zu Bonuspunkte verteilt (s. o.). Nach der Beantwortung der gesamten Fragen in einem Bereich kommt auch eine Rückmeldung hinsichtlich der Anzahl korrekter Antworten. Schummeln lohnt sich also nicht …

Weiterführende Informationen

Das Impressum (s. Abb. 1, Symbol 18) sowie weitere Informationen (Entstehungsgeschichte, Autoren etc.) finden Sie direkt innerhalb der Software (**Programmtrailer**). Die **Hilfe-Funktion** innerhalb der Software enthält weitere wichtige Benutzerhinweise und Erläuterungen.

1 Skillstraining

1.1 Grundlegendes zum Skillstraining

Das Skillstraining für Patienten mit Borderline-Störung wurde von Marsha Linehan in den 80er Jahren als Teilkomponente der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) entwickelt. Obgleich noch keine Daten vorliegen, dass das Skillstraining als eigenständiges, isoliertes Behandlungsmodul (ohne begleitende DBT-Einzeltherapie) Wirksamkeit zeigt, gilt die Vermittlung von Skills als das „Kernstück“ der DBT während der ersten Therapiestufe, also bei Patientinnen, die noch unter schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle leiden. Mittlerweile werden DBT-Skillstrainingsgruppen an vielen psychiatrischen Zentren nicht nur für Borderline-Patienten, sondern auch für zahlreiche andere Störungsbilder angeboten, bei denen Probleme der Affekt- oder Emotionsregulation eine Rolle spielen. Dies betrifft u. a. Histrionische Persönlichkeitsstörungen, Antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsreaktionen, Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität, Störungen der Impulskontrolle sowie Patienten mit Drogen- und Alkoholproblematik. Die meisten Gruppenleiter wählen die für die jeweilige Störung als passend erscheinenden Handouts und erweitern die Didaktik entsprechend um die störungsspezifischen psychoedukativen Komponenten.

Gerade weil das Modul zur Emotionsregulation in der jetzt vorliegenden Form als interaktive Software deutlich erweitert und, wie wir meinen, verbessert wurde, könnte man das Programm durchaus **Skillstraining für Patienten mit Störungen der Emotionsregulation** nennen. Wenn wir dennoch Inhalt und Didaktik dieses Manuals und des Skillstrainings spezifisch auf Borderline-Patientinnen abgestimmt haben und die Teilnehmerinnen in den Texten und von der Sprecherin per „Du“ angesprochen werden, so hat dies mehrere Gründe.

Zum einen sind diese historischer Art: Das „Original-Skillstraining“ wurde primär für Borderline-Patientinnen entwickelt, und nur für diese Störungsgruppe gibt es bislang ausreichende empirische Wirksamkeitsnachweise. Zum anderen profitieren Borderline-Patientinnen in sehr hohem Maße von psychoedukativen Programmen, die genau auf ihre spezifische Problematik zugeschnitten sind, und definieren sich durchaus als spezifische Gruppe. Die direkte Ansprache durch die Sprecherin soll die Motivation fördern, auch in Zeiten der Isolation und Einsamkeit weiter an der Verbesserung der Skills zu arbeiten. Aber bitte verfallen Sie dennoch nicht auf die Idee, Ihre Borderline-Patientinnen zu duzen.

Den Therapeuten, die primär mit anderen Störungsgruppen arbeiten, bleibt die Arbeit überlassen, die entsprechenden Handouts auszuwählen und zu modifizieren.

1.2 Was versteht man unter Skills, und wie werden sie vermittelt?

Marsha Linehan (1993b) definiert Skills als kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen. Diese Reaktionen können automatisiert sein oder bewusst eingesetzt werden. Gemäß dieser Definition verwenden alle Menschen, auch Borderline-Patientinnen, täglich eine Vielzahl von Skills, ohne dass sie sich dessen bewusst werden. Jedoch neigen Borderline-Patientinnen dazu, unter emotionaler Belastung entweder auf die Anwendung von Skills zu verzichten oder dysfunktionale Reaktionsmuster und Bewältigungsstrategien zu aktivieren. Das Skillstraining dient also zum einen dazu, den Patientinnen bereits vorhandene Fertigkeiten bewusst zu machen, damit diese auch in Krisensituation angewendet werden können. Zum anderen sollen neue Fertigkeiten erlernt, trainiert und automatisiert werden.

Das Software-basierte Skillstraining setzt sich aus **fünf Modulen** zusammen und wird im ambulanten Setting als halb offene Gruppe angeboten. Das heißt, in aller Regel ist es sinnvoll, neue Patientinnen jeweils nur zu Beginn eines neuen Moduls in die Gruppe aufzunehmen. Unter stationären Bedingungen wird das Skillstraining als offene Gruppe angeboten, die Auswahl der zu vermittelnden Fertigkeiten orientiert sich hier an den individuellen Problemlagen der Patientinnen.

Es ist von zentraler Bedeutung, sich selbst und den Patientinnen immer wieder klarzumachen, dass nicht das theoretische Wissen, sondern die **Anwendung der Skills** zur Veränderung von dysfunktionalem Erleben und Verhalten führen wird. Der Erfolg von Psychotherapie basiert auf Lernprozessen, und den stärksten Lerneffekt vermitteln wiederholte Verhaltensexperimente. Die Wirkung der Skills baut sich daher in vier Schritten auf:

Die vier Schritte der Skillsvermittlung

- Schritt I: Vermittlung von theoretischem Wissen
- Schritt II: Individuelle Anpassung der Skills
- Schritt III: Übungen mit den Skills unter Non-Stress-Bedingungen
- Schritt IV: Einsatz der Skills als zielförderndes Alternativverhalten

Vergegenwärtigt man sich dieses didaktische Konzept, so wird schnell klar, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, die vier Schritte der Skillsvermittlung umzusetzen:

- das klassische DBT-Setting (DBT-Skillstraining zeitgleich mit DBT-Einzeltherapie)
- DBT-Skillstraining zeitgleich mit Einzeltherapeuten ohne DBT-Erfahrung
- DBT-Einzeltherapie ohne Skillsgruppe

Diese Modalitäten sind unterschiedlich wirksam, aber die Praxis erfordert Anpassungen. Daher sollen im Folgenden diese drei Möglichkeiten konzeptuell diskutiert werden.

1.3 Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte

Rahmenbedingungen

Im Idealfall, also im **klassischen, ambulanten DBT-Setting** nach Linehan (1993a), werden Skillsgruppen für Borderline-Patienten als Teil eines ambulant durchgeführten DBT-Behandlungsprogramms angeboten. Das heißt, die Patienten nehmen an der Skillsgruppe teil und werden zeitgleich von einem Einzeltherapeuten nach den Richtlinien der DBT behandelt. Die Therapeuten (Skillstrainer und Einzeltherapeuten) besprechen anstehende Probleme in der gemeinsamen Teambesprechung (Supervision). Unter diesen Bedingungen ist der Einzeltherapeut verantwortlich für die Einhaltung der Rahmenbedingungen und der Therapieverträge. Skillstrainer und Einzeltherapeut teilen sich die therapeutischen Aufgaben: In der Skillsgruppe werden die Schritte I und III vermittelt (also die Vermittlung des theoretischen Wissens und Übungen der Skills unter standardisierten Non-Stress-Bedingungen), im Rahmen der Einzeltherapie erfolgen parallel die Schritte II und IV (also die individuelle Anpassung der Skills sowie die Umsetzung der Skills in den Alltag der Patientin). Bereits die interne Struktur des Skillstrainingprogramms trägt diesem Standardparadigma Rechnung: Jede Therapieeinheit ist in zwei Abschnitte gegliedert, für die jeweils etwa gleich viel Zeit zur Verfügung steht (in aller Regel 2-mal 45 Minuten plus 15 Minuten Pause). Im ersten Abschnitt jeder Therapieeinheit werden die Hausaufgaben und Übungen der Patientinnen besprochen, im zweiten Abschnitt wird neues theoretisches Wissen vermittelt und Übungen aufgegeben, die in der nächsten Stunde dann wieder abgefragt werden. Das Skillstraining kann zur Vor- oder Nachbearbeitung der Theorie verwendet, aber auch zu Übungszwecken herangezogen werden.

Der mit dem Skillstrainer kooperierende Einzeltherapeut unterstützt die Patientin, aus der Vielzahl von angebotenen Skills diejenigen auszuwählen, die für die Verbesserung ihrer jeweils spezifischen Problematik am sinnvollsten erscheinen (Schritt II). Basierend auf retrospektiven Verhaltens- und Kettenanalysen dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster motiviert er die Patientin, in Zukunft Skills als zielförderndes Alternativverhalten einzusetzen (Schritt IV). Auch während der Krisenintervention am Telefon sorgt der Einzeltherapeut für die Anwendung von Skills. Zusätzlich ist der Einzeltherapeut für die Entwicklung individualisierter Verstärkerpläne für die Anwendung von Skills verantwortlich. Die Abstimmung zwischen Einzeltherapeut und Skillstrainern erfolgt im Rahmen der Intervisionsgruppe. Insbesondere ist es wichtig, zu klären, dass für die Alltagsorganisation des Patienten oder die Klärung von suizidalen Krisen der Einzeltherapeut zuständig ist, nicht der Skillsgruppenleiter. Treten suizidale Krisen in der Skillsgruppe auf, so wird deren Bearbeitung in aller Regel an den Einzeltherapeuten delegiert.

Dieses DBT-Standardmodell hat sich unter Forschungsbedingungen und auch in der klinischen Praxis gut bewährt und ist sicherlich hocheffektiv. Deshalb sollte es, wann immer möglich, auch in dieser Form umgesetzt werden. Häufig werden die Skillsgruppen von den Ambulanzen psychiatrischer Zentren angeboten, die auf diese Weise mit den niedergelassenen Einzeltherapeuten kooperieren.

Es ist klar, dass es nicht immer möglich ist, ein derart komplexes therapeutisches Netz aufzubauen. Obgleich sich die Situation langsam verbessert, ist es in manchen

Versorgungsgebieten immer noch schwierig, ambulante Therapeuten mit DBT-Zusatzqualifikation zu finden.

In der täglichen Praxis werden häufig nur Skillsgruppen angeboten, also ohne eine dezidierte Kooperation mit DBT-Einzeltherapeuten. Bisweilen haben DBT-Einzeltherapeuten auch keine Möglichkeit, ihre Patientinnen an Skillsgruppen zu vermitteln. Beides ist sicherlich von Nachteil, es sollte dann zumindest dafür gesorgt werden, dass tatsächlich alle vier Schritte des Skillstrainings innerhalb einer Therapieform umgesetzt werden.

Bisher ist es also eher der Regelfall, dass die Skillstrainer mit niedergelassenen Einzeltherapeuten oder Psychiatern kooperieren, die ihrerseits nur wenig Kenntnis von der DBT haben. Unter diesen Bedingungen sollte dennoch unter allen Umständen versucht werden, direkten Kontakt mit den Einzeltherapeuten herzustellen und diese über die grundlegenden Konzepte des Skillstrainings zu informieren. Es muss in aller Deutlichkeit vermittelt werden, dass sich das Skillstraining nicht als Ersatz, sondern als **Ergänzung der Einzeltherapie** versteht und dass die Verantwortung für die Alltagsgestaltung, die Therapieplanung und das Krisenmanagement beim Einzeltherapeuten liegt. Einzeltherapeuten, die hierzu nicht bereit sind, sollten in ihrer Funktion als Kooperationspartner dringend hinterfragt werden. Ein zentraler Punkt in der DBT ist, dass vor Beginn der Einzeltherapie so genannte Non-Suizidverträge diskutiert und unterschrieben werden (s. auch S. 7). Hiermit verpflichten sich die Patientinnen, während der Therapie unter keinen Umständen einen Suizidversuch durchzuführen. Die Skillsgruppenleiter können in der Standard-DBT also davon ausgehen, dass Patientinnen, die gleichzeitig bei einem DBT-Therapeuten in Behandlung sind, diesen Vertrag unterschrieben haben. Bei anderen Therapeuten ist dies nicht zwingend der Fall. Es sollte also unbedingt nachgefragt werden, ob eine entsprechende Vereinbarung existiert. Falls dies nicht der Fall sein sollte, muss dieser Vertrag vom Skillsgruppenleiter ausgehandelt werden (Details im Abschnitt „Vorbereitung“, S. 7f). Weiterhin muss geklärt werden, ob der Einzeltherapeut beabsichtigt, die in der Gruppe vermittelten Skills in seine Therapie zu integrieren oder ob dies nicht der Fall sein wird. Wenn der Therapeut dies plant, ist es in jedem Fall sinnvoll, dass er sich dieses Manual besorgt.

Für Leiter von Skillsgruppen, deren Patientinnen neben der Skillsgruppe von Einzeltherapeuten behandelt werden, die keine Erfahrung mit DBT haben, ergibt sich also die Notwendigkeit, auch die Schritte II und IV der Skillsvermittlung in der Gruppe anzubieten. Dafür benötigt man zusätzliche Zeit (ca. 30 Minuten pro Patient pro Woche). Außerdem erfordert dies therapeutische Kompetenz in der Erarbeitung von Verhaltens- und Kettenanalysen sowie in der Dialektik der motivationalen Arbeit mit Borderline-Patientinnen. Dies sind Methoden, die in der Ausbildung zum DBT-Einzeltherapeuten vermittelt werden und daher nicht Inhalt dieses Skillstraining-Manuals sind (zur ergänzenden Lektüre: Bohus 2002). Sicherlich wird jedoch der Einsatz der Software diese Arbeit erleichtern, weil gerade die Theorievermittlung unter Zuhilfenahme der Software Zeit erspart, die dann wiederum vermehrt in die Entwicklung von individualisierten Verhaltensanalysen investiert werden kann. Sicherlich wird die Arbeit mit der Software zudem dazu beitragen, die aktive Rolle der Patientin während der Therapie und die Übernahme von Eigenverantwortung zu stärken.

Schließlich gibt es noch die dritte Konstellation, dass Einzeltherapeuten, die in DBT ausgebildet sind, ihre Patienten nicht an Skillsgruppen vermitteln können. Hier müssen zusätzlich zu den Schritten II und IV, für welche die Einzeltherapeuten ohnehin zuständig sind, auch die Schritte I (Vermittlung von theoretischem Wissen) und III (Übungen unter Non-Stress-Bedingungen) umgesetzt werden. Auch dies erfordert zusätzliche

Therapiezeit (ca. 20 Minuten pro Patient pro Woche), eine sehr sorgfältige Kontrolle der Hausaufgaben und Übungen, was für die therapeutische Beziehung nicht immer förderlich ist (viele Borderline-Patientinnen haben Schwierigkeiten mit einem plötzlichen Rollenwechsel der Therapeuten vom verstehenden Begleiter zum etwas strengeren Lehrer). Unter diesen Umständen hat es sich bewährt, der Vermittlung der Skills (also die Schritte I und III) eine gesonderte Therapiezeit einzuräumen (also etwa jede zweite Therapiestunde) und dies von vornherein festzulegen.

Die Software kann auch diesbezüglich eine sehr gute Hilfe sein, da man zum einen die Erarbeitung des theoretischen Wissens an die Patientin delegieren kann und zum anderen auch das Selbstmanagement der täglichen Übungen durch die Software erleichtert wird. Unsere Erfahrungen zeigen, dass auch Patientinnen ohne Computerkenntnisse nach einer kurzen Anleitung gut und eigenständig mit dem Programm arbeiten können.

Bleibt die Frage, wie mit Patienten zu verfahren ist, die keinen Einzeltherapeuten oder Psychiater zur Verfügung haben, aber gerne am Skillstraining teilnehmen würden. Grundsätzlich ist unter diesen Bedingungen zu unterscheiden, ob der Betroffene noch unter schwerwiegenden Problemen der Verhaltenskontrolle leidet oder nicht, ob also Selbstverletzungen vorliegen, Drogen- und Alkoholmissbrauch oder schwerwiegende Essstörungen, Fremdaggressivität und ungeplante Kriseninterventionen eine Rolle spielen. So hart dies klingt: Wir würden empfehlen, unter diesen Umständen die Teilnahme an der Skillsgruppe nicht zu erlauben. Der Betroffene benötigt dringend eine kompetente Behandlung, und diese kann in dieser umfassenden und individuell ausgerichteten Form nicht von der Skillsgruppe erwartet werden. Die zu erwartenden Probleme des Patienten erfordern Maßnahmen, die den Rahmen der Skillsgruppe sprengen und damit den Lernerfolg der anderen Teilnehmer beeinträchtigen würden.

Anders verhält es sich mit Patienten, die in der Lage sind, diese Verhaltensmuster zu kontrollieren, eventuell schon Therapien hinter sich haben und nun noch gerne an einer Skillsgruppe teilnehmen würden. Als Richtlinie könnte gelten, dass mindestens vier Monate keine Verhaltensweisen mehr aufgetreten sind, die unter die Rubrik „Schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle“ fallen. Im Zweifelsfall kann der Skillsgruppenleiter das Interview „Severe Behaviour Dyscontrol Checklist“ (Software: Borderline-Störung → Aufgaben → Material für Therapeuten; ma_SBD.pdf) kopieren und im Vorgespräch durchführen.

Abschließend möchte ich an dieser Stelle an die moralisch-ethische Kompetenz der Psychotherapeuten appellieren: Die meisten Borderline-Patientinnen, die Behandlung suchen, sind in großer Not und investieren viel Zeit, Energie und Hoffnung in die psychotherapeutische Behandlung. Jede unsachgemäß durchgeführte Psychotherapie ist nicht nur nicht hilfreich, sondern auf lange Sicht schädlich, da sie das Vertrauen unserer Patientinnen missbraucht und damit deren Motivationsbereitschaft für zukünftige therapeutische Arbeit schädigt (*„Skillstraining habe ich auch schon gemacht, es hilft nichts.“*).

Der Therapeut muss also selbst prüfen, zusammen mit Kollegen und Patientinnen, ob er sowohl strukturell als auch inhaltlich in der Lage ist, alle vier Schritte der Skillsvermittlung anzubieten. Die alleinige Theorievermittlung, ohne individuelle Verhaltensanalysen und kontrollierte individualisierte Umsetzung, ist sicherlich nicht ausreichend.

Strukturelle Aspekte

Therapeuten

Es empfiehlt sich grundsätzlich, die Skillsgruppen mit zwei Therapeuten durchzuführen. Zumindest einer der Therapeuten sollte eine DBT-Ausbildung durchlaufen haben (Info: www.borderline-online.de). Ein Therapeut übernimmt die Rolle als Gruppenleiter, der andere Therapeut übernimmt diejenige des Co-Leiters. Diese Rollen können von Stunde zu Stunde wechseln, die jeweiligen Funktionen sollten den Patienten jedoch transparent gemacht werden. Die beiden Therapeuten teilen sich spezifische Aufgaben, im Sinne einer „dialektischen Balance“:

- Während die Aufgaben des Gruppenleiters insbesondere in der Vermittlung der Theorie sowie der Überprüfung der Hausaufgaben liegen, also primär die Durchsetzung der Lerninhalte umfassen, kümmert sich der Co-Therapeut primär um die Belange der einzelnen Patienten, um die „Stimmung“ in der Gruppe und um die motivationalen Probleme der Einzelnen. Gemeinsam sorgen die beiden also für eine Balance zwischen „Orientierung auf das Lernziel“ und „Orientierung auf den Lernprozess“.
- Während der Gruppenleiter eher fordernd auftritt, wird der Co-Leiter Verständnis für die individuellen Schwierigkeiten der Patienten ins Feld führen. Gemeinsam sorgen sie also für die Balance zwischen „Drängen auf Veränderung“ und „Verständnis der gegenwärtigen Situation“.
- Während der Gruppenleiter versucht, die Zeitstrukturen klar einzuhalten, berücksichtigt der Co-Therapeut die individuellen Tempi und Kapazitäten der Patientinnen. Gemeinsam sorgen sie also für die Balance zwischen „Orientierung auf die Struktur“ und „Orientierung auf die Ausnahmen“, d. h. auf die individuellen Bedürfnisse.

Ein Beispiel

Der **Gruppenleiter** stellt fest, dass die Patientin vergessen hat, ihre Hausaufgaben zum Modul „Stressregulation“ zu machen. Die Aufgabe des Gruppenleiters ist in diesem Fall, negativ zu reagieren, da dysfunktionales Verhalten mit aversiven Konsequenzen verknüpft werden sollte:
„Oje, jetzt investieren Sie schon so viel Zeit, in die Gruppe zu kommen, und nutzen die Therapie nicht ausreichend, weil Sie dies zu Hause nicht umsetzen.“
Der **Co-Therapeut** hingegen wird die Patientin nun unterstützen und einwerfen:
„Ich kann mir nicht vorstellen, dass Sie überhaupt keine Übungen zur Stresstoleranz angewandt haben, das hätten Sie gar nicht überlebt, Sie haben sie nur nicht aufgeschrieben. Lassen Sie uns jetzt, hier in der Gruppe, Ihre Hausaufgaben nachholen. Überlegen Sie, wann Sie, ohne gezielt zu üben, automatisch Stresstoleranz-Übungen angewandt haben.“

Eine weitere wichtige Aufgabe des Co-Therapeuten besteht darin, jenen Patientinnen, die die Gruppe in einem Zustand von emotionaler Aufgewühltheit verlassen haben, kurz zu folgen, um zu klären, ob sie für sich selbst sorgen können oder ob er Skills zur Stressregulation vermitteln soll. Währenddessen kann der Gruppenleiter die Gruppe weiter führen und die entsprechenden Lerninhalte vermitteln.

Patientinnen

Die Gruppe sollte sich in der Regel aus sechs bis acht Teilnehmerinnen zusammensetzen. Es versteht sich fast von selbst, dass die Diagnostik von Achse-I- und Achse-II-Störungen bereits im Vorfeld der Skillsgruppe durchgeführt und die Patientinnen über ihre jeweiligen Diagnosen aufgeklärt worden sein sollten. Dieses Manual bezieht sich auf eine homogene Gruppe von Borderline-Patientinnen. Selbstverständlich können auch Männer an der Gruppe teilnehmen.

Vorbereitung (Pre-Treatment)

Bevor eine Patientin in eine laufende Skillsgruppe aufgenommen wird, sollten mindestens zwei Einzelgespräche mit einem der Skillsgruppentherapeuten erfolgt sein. Auch wenn der Skillsgruppenleiter die wichtigsten Informationen über die Patientin bereits in der Intervisionsgruppe erhalten hat, sollte er sich ein persönliches Bild machen. Zudem sollte die Patientin außerhalb der Gruppe mit den wichtigsten Regeln und Vertragsbedingungen des Skillstrainings vertraut gemacht werden und auch Gelegenheit haben, ihre Bedenken zu äußern (s. u. Behandlungsvertrag).

In diesen Vorgesprächen wird die Diagnose kurz gegengeprüft (*„Können Sie mir erklären, was Sie persönlich unter einer Borderline-Störung verstehen bzw. wie sich diese in Ihrem speziellen Fall äußert?“*). Die individuellen Therapieziele der Patientin sollten noch einmal angesprochen und die wichtigsten gegenwärtigen sozialen Parameter (Wohnsituation, Arbeitsplatz, Partnerschaften, Kinder etc.) kurz ermittelt werden. Überdies muss klar vermittelt werden, dass der so genannte **Non-Suizidvertrag**, der ja bereits in der Einzeltherapie ausgearbeitet und unterschrieben worden sein sollte, auch für den Zeitrahmen der Skillsgruppe und sechs Monate darüber hinaus gültig ist. Sollte die Patientin keinen DBT-Einzeltherapeuten haben, so muss der Non-Suizidvertrag vom Skillsgruppenleiter während der Vorgespräche erarbeitet und unterschrieben werden.

Während des Vorbereitungsgespräches sollten die im Behandlungsvertrag aufgeführten Punkte mit der Patientin bearbeitet werden. Es empfiehlt sich, diesen Behandlungsvertrag auszudrucken und jeweils von der Patientin und dem Skillstrainer unterschreiben zu lassen (Software: DBT → Aufgaben → Material für Therapeuten; ma_BV.pdf).

Behandlungsvertrag

Liebe Teilnehmerin,
Sie haben sich entschieden, an einer ambulanten Skillsgruppe teilzunehmen, um neue Möglichkeiten der Stress- und Emotionsregulation kennen zu lernen, diese zu üben und auch anzuwenden. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und werden alles tun, damit Sie Ihre ganz persönlichen Therapieziele erreichen werden. Sie wissen, dass diese Skillsgruppe nach den Grundlagen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) arbeitet.
Alle Teilnehmerinnen an einer DBT-Gruppe verpflichten sich, folgende Regeln einzuhalten:

- Ich werde während der gesamten Skillsgruppe, d. h. für den Behandlungszeitraum von ca. sechs Monaten, keinen Suizidversuch unternehmen.
- Ich werde an der Reduzierung suizidaler und selbstschädigender Verhaltensmuster arbeiten.
- Ich werde an der Reduzierung von Verhaltensmustern arbeiten, die die Therapie behindern bzw. unmöglich machen (z. B. Nicht-Teilnahme an Therapiesitzungen, Nicht Einhalten von Vereinbarungen, mangelnde Offenheit, Beeinträchtigung der Behandlung der anderen Patienten).

- Ich werde an der Reduzierung von Verhaltensmustern arbeiten, die zu stationären Aufnahmen führen.

Alpharegeln (Verstöße können zum Ausschluss führen):

- Ich werde keine körperliche Gewalt oder Gewaltdrohungen gegen andere richten.
- Ich werde Suizidpläne offenlegen. (Falls eine Teilnehmerin der Gruppe Ihnen mitteilt, dass sie einen konkreten Suizidplan verfolgt, müssen Sie dies unverzüglich an ein Mitglied des therapeutischen Teams weitergeben; falls Sie selbst einer Teilnehmerin mitteilen, dass Sie einen Suizidplan haben, muss diese dies unverzüglich an ein Mitglied des therapeutischen Teams weitergeben.)
- Ich werde keine intimen Beziehungen zu Teilnehmerinnen der Gruppe aufnehmen. (Gilt nur für den Zeitrahmen der Gruppe.)
- Ich werde keine Drogen oder Alkohol in die Skillsgruppe mitbringen bzw. vor der Gruppe konsumieren.

Außerdem stimme ich folgenden Regeln zu:

- Ich werde versuchen, pünktlich und regelmäßig an der Gruppe teilzunehmen. (Das Skillstraining dauert insgesamt … Sitzungen. Wenn Sie mehr als drei Sitzungen am Stück entschuldigt fehlen, oder insgesamt mehr als … Sitzungen entschuldigt fehlen, ist eine weitere Teilnahme schwierig, d. h., es wird ein Einzelgespräch mit der Skillsgruppenleiterin stattfinden, um die Möglichkeiten einer weiteren Teilnahme zu klären.)
- Ich werde mich rechtzeitig entschuldigen, wenn ich ernsthaft verhindert bin. (Wenn Sie verhindert sind, bitte unter allen Umständen die Therapeuten rechtzeitig davon informieren!)
- Ich werde versuchen, die anderen respektvoll zu behandeln (z. B. nicht unterbrechen, wenn jemand redet, andere Meinungen respektieren usw.).
- Ich werde mich bemühen, gute Lernvoraussetzungen in der Gruppe zu schaffen (z. B. Streitereien oder enge Beziehungen mit anderen Teilnehmern, die die Situation komplex machen, vermeiden).
- Ich werde die Schweigepflicht einhalten. (Das, was in der Skillsgruppe gesagt wird, soll auch in der Gruppe bleiben bzw. nicht nach außen gebracht werden.)
- Ich werde mich bemühen, die Hausaufgaben zeitnah zu erledigen.
- Bei hoher Anspannung während der Skillsgruppe werde ich folgende Regeln einhalten:
  - 1. Klare Kommunikation: Teilen Sie uns mit, dass Sie unter Spannung stehen.
  - 2. Skills anwenden: Probieren Sie Skills während der Skillsgruppe aus, um in der Gruppe bleiben zu können (z. B. kurz aufstehen, am Fenster stehen, Igelball holen, Chilischoten kauen).
  - 3. Kurzurlaub machen: Wenn es überhaupt nicht geht, verlassen Sie das Zimmer für ein paar Minuten. **Wichtig:** Sie müssen angeben, was Sie unternehmen werden (welchen Skill, z. B. frische Luft holen, Hirn-Flick-Flack usw.), und auch sagen, wann Sie wieder zurückkommen.
  - 4. Beruhigen von anderen Teilnehmerinnen: Es ist Ihre Aufgabe, dafür zu sorgen, dass weder die Skillsgruppenleiterin noch die anderen Teilnehmerinnen sich um Sie Sorgen machen.

Die Mitglieder des therapeutischen Teams stimmen dem Folgenden zu:

- Wir unternehmen jede sinnvolle Anstrengung, um kompetente und effektive Psychotherapie durchzuführen. Wir halten die festgesetzten ethischen und beruflichen Richtlinien ein. Wir wahren die Integrität der Rechte der Teilnehmerinnen, und wir bewahren die Schweigepflicht.
- Wir gehen mit unseren persönlichen Grenzen offen um. Wir holen uns Rat und Unterstützung, wann immer es notwendig ist.

Ich habe mich mit allen Punkten des Behandlungsvertrages vertraut gemacht und stimme den oben genannten Grundlagen der Behandlung zu.

....., den ……

Unterschrift Teilnehmerin: ……..…… Unterschrift Skillstrainer: ……..…….

1.4 Struktur der Sitzungen

Komposition der Module

Das Skillstraining gliedert sich in folgende fünf Module:

- **Achtsamkeit:** Fertigkeiten zur Verbesserung der Inneren Achtsamkeit basieren auf der Praxis der Zen-Meditation und dienen in erster Linie dazu, den Patientinnen die Relativierung von aktivierten Emotionen und Kognitionen zu ermöglichen. Die schrittweise Etablierung einer „metakognitiven Ebene“, also einer mentalen Position, welche eine selbstreflexive Beobachtung der aktuellen emotionalen Reaktion ermöglicht, ist zum einen therapeutisches Ziel, zum anderen eine wesentliche Voraussetzung für die Anwendung aller anderen Fertigkeiten. Daher steht die Vermittlung von Achtsamkeit nicht nur am Anfang der Skillsgruppe, sondern wird zu Beginn jedes Moduls mindestens ein bis zwei Stunden wiederholt. Für die vollständige Vermittlung dieses Moduls sollten sechs bis acht Sitzungen veranschlagt werden.

- **Stresstoleranz:** Diese Fertigkeiten dienen zum einen dazu, Hochstressphasen zu kupieren, zum anderen, die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, dass entsprechende Hochstressphasen auftreten. Da gerade der erste Aspekt, also die Vermittlung von Fertigkeiten, um Hochstressphasen zu bewältigen, bei den Patientinnen auf hohe Akzeptanz stößt, ist es sinnvoll, dieses Modul im Anschluss an die Achtsamkeitsskills zu vermitteln. Im stationären Setting oder bei Patientinnen, die sich ausgeprägte Selbstverletzungen zufügen, um Hochspannung zu reduzieren, also sich auf Stufe I der DBT befinden, steht dieses Modul grundsätzlich in erster Präferenz. Man sollte für dieses Modul etwa sechs bis acht Sitzungen veranschlagen.

- **Umgang mit Gefühlen:** Dieses Modul nimmt den breitesten Raum ein und ist sicherlich das zentrale Modul, welches die tiefgreifenden Veränderungen der DBT ermöglicht. Die Patientinnen lernen sowohl theoretische Aspekte der Emotionsregulation als auch Fertigkeiten, die wichtigsten Emotionen zu identifizieren und zu regulieren. Für dieses Modul sollte man etwa zehn bis zwölf Stunden veranschlagen. Arbeitet man mit Patientinnen, die sich bereits auf Stufe II der DBT befinden – also bereits in der Lage sind, ihre schwerwiegenden dysfunktionalen Verhaltensmuster zu kontrollieren –, so kann dieses Modul auch auf Kosten des Stresstoleranz-Moduls ausgeweitet werden.

- **Zwischenmenschliche Fertigkeiten:** Das Training zwischenmenschlicher Fertigkeiten bezieht sich auf die Verbesserung der sozialen Kompetenz unter besonderer Berücksichtigung von Aspekten der Planbarkeit und Bewertung sozialer Situationen. Etwa 60 % der Borderline-Patientinnen leiden unter ausgeprägter sozialer Phobie, sodass dieses Modul sicherlich einen hohen Stellenwert in der Alltagsbewältigung einnimmt. Man sollte etwa zehn Sitzungen dafür veranschlagen.

- **Selbstwert:** Dieses fünfte Modul basiert auf einem von Potreck-Rose und Jacob (Jacob et al. 2006) entwickelten, primär kognitiv orientierten Therapiekonzept, das spezifisch an die schwerwiegenden dysfunktionalen Selbstkonzepte der Borderline-Pati-

enten adaptiert wurde. Es erfordert ein gewisses Maß an Selbstreflexion und „metakognitiven Fertigkeiten“, sollte also primär auf der Stufe II der DBT. eingesetzt werden. Man sollte etwa sechs Sitzungen dafür veranschlagen.

Das Skillstraining kann je nach Symptomatik der Patienten unterschiedlich komponiert werden. In der Praxis werden häufig zwei unterschiedliche Modelle angeboten. Das Modell 1 ist für die Dauer eines halben Jahres konzipiert und richtet sich in erster Linie an Patientinnen, die noch keine Erfahrung in DBT haben und unter schwerwiegenden Problemen der Verhaltenskontrolle leiden (dies kann mit Hilfe der Severe Behaviour Dyscontrol Checklist [SBD-Checklist] gut erfasst werden; s. Software: Borderline-Störung → Aufgabe → Material für Therapeuten; ma_SBD.pdf. Hier steht der Erwerb von Skills zur Stresstoleranz und Emotionsregulation im Vordergrund. Modell 2 ist für die Dauer eines Jahres konzipiert und integriert alle fünf Skills-Module. Insbesondere das Modul zur Verbesserung des Selbstwertes setzt schon einige Stabilität im Hinblick auf die Kontrolle gefährlicher Verhaltensmuster voraus.

Modell 1 für ambulantes Skillstraining

- Einführung, Gruppenregeln usw.: 2 Stunden (kann auch einzeln erfolgen)
- Hintergründe, Fakten: 2 Stunden
- Einführung Achtsamkeit: 2 Stunden
- Stresstoleranz: 8 Stunden plus 2 Stunden Achtsamkeit
- Emotionsregulation: 8 Stunden plus 2 Stunden Achtsamkeit
- Gesamt: 26 Stunden

Modell 2 für ambulantes Skillstraining

- Einführung, Gruppenregeln usw.: 2 Stunden (kann auch einzeln erfolgen)
- Hintergründe, Fakten: 2 Stunden
- Einführung Achtsamkeit: 2 Stunden
- Stresstoleranz: 4 Stunden plus 2 Stunden Achtsamkeit
- Emotionsregulation: 14 Stunden plus 2 Stunden Achtsamkeit
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten: 8 Stunden
- Selbstwert: 6 Stunden
- Gesamt: 40 Stunden

In der Praxis hat es sich bewährt, den Patientinnen anzubieten, die Gruppen wiederholt zu durchlaufen. Gerade in der Anfangsphase der Therapie haben Patientinnen oft Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder zu motivieren. Bisweilen bringt erst der zweite Durchgang den Erfolg.

Zeitlicher Aufbau und Struktur

Grundsätzlich sollte für angenehme Lernatmosphäre mit Workshop-Charakter (z. B. Getränke, Schreibtische, Flipchart) gesorgt werden, also bitte keinen „offenen Stuhlkreis“. Wenn es denn unbedingt sein muss, sollte man immer für Schreibmöglichkeiten sorgen. Wie jede therapeutische Gruppe strukturieren sich auch Skillsgruppen in Ritualen: So steht z. B. zu Beginn und am Ende jeder Sitzung eine kurze Achtsamkeits-

übung. Diese wird in den ersten Stunden vom Gruppenleiter instruiert, bei weiter fortgeschrittenen Gruppen kann diese Aufgabe an die Teilnehmer delegiert werden (die Übungen können vorbereitet werden, indem die Teilnehmer Kleinigkeiten mitbringen, welche dann als Objekte der Achtsamkeitsübungen dienen: Blumen, Bilder, Früchte, Musik, ein Gedicht etc.). Ein großer Vorteil der Achtsamkeitsübungen zu Beginn der Stunde liegt in der Erziehung zur Pünktlichkeit. Die Achtsamkeitsübung am Ende der Stunde sollte dann in erster Linie Distanz zu emotionalisierten Themen ermöglichen.

Weitere hilfreiche Rituale sind das Vorlesen der „Gruppenvereinbarungen" (s. u.) zu Beginn der Stunde durch eine Patientin und die Bestimmung einer Patientin zur „Hüterin der Zeit". Diese ist verantwortlich, dass jeder Teilnehmerin ein gleiches Maß an Zeit zukommt, ihre Hausaufgaben zu besprechen (ca. 5 Minuten pro Patientin).

Gruppenvereinbarungen

- Alle Teilnehmerinnen der Skillsgruppe geben sich Mühe, neue Fertigkeiten zu lernen, diese zu üben und im Alltag anzuwenden, um dadurch ihr emotionales und zwischenmenschliches Erleben und Verhalten zu verbessern.
- Alle Teilnehmerinnen der Skillsgruppe verpflichten sich, sich gegenseitig darin zu unterstützen.
- Alle Teilnehmerinnen der Skillsgruppe verpflichten sich, Ratschläge von anderen wohlwollend zu prüfen.
- Alle Teilnehmerinnen der Skillsgruppe achten auf ihre eigenen Grenzen und teilen diese den anderen mit.
- Alle Teilnehmerinnen der Skillsgruppe verpflichten sich, die Grenzen von anderen zu akzeptieren.
- Jede Teilnehmerin ist selbst dafür verantwortlich, andere Teilnehmerinnen nicht zu ängstigen, in Sorge zu versetzen oder mit unlösbaren Forderungen zu konfrontieren.
- Alle Teilnehmerinnen der Skillsgruppe verpflichten sich, sämtliche Informationen, die sie in der Gruppe von anderen erhalten, vertraulich zu behandeln und diese niemandem mitzuteilen.
- Alle Teilnehmerinnen der Skillsgruppe akzeptieren, dass andere Teilnehmer und auch die Therapeuten Fehler machen können und dass diese genutzt werden können, um gemeinsam zu lernen.

Diese Gruppenvereinbarungen sind innerhalb der Software verfügbar (DBT → Aufgaben → Material für Therapeuten; ma_GV.pdf) und können direkt ausgedruckt werden, um sie an die Patientinnen zu verteilen.

Die erste Hälfte jeder Skillsgruppensitzung dient der Bearbeitung der Haus- und Übungsaufgaben. Anschließend erfolgt eine Pause von 15 Minuten. Die zweite Hälfte dient der Vermittlung von neuen Inhalten und Übungen.

Zeitlicher Ablauf einer Sitzung

- Achtsamkeitsübung: 3 Minuten
- Hausaufgaben-Besprechung: 45 Minuten
- Pause: 15 Minuten
- Neue Inhalte: 45 Minuten
- Hausaufgaben-Instruktion: 10 Minuten
- Achtsamkeitsübung: 3 Minuten

Weitere Regeln

Die Regeln für das Skillstraining sollten gleich zu Beginn klargestellt bzw. jeder neuen Patientin gezielt vermittelt werden. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, den neuen Patientinnen so genannte Patinnen zuzuweisen, also erfahrene Teilnehmerinnen, die dann die jeweiligen Regeln an die „Neuen“ weitergeben und für vertrauliche Fragen zuständig sind. Wie immer in der Arbeit mit Borderline-Patientinnen, ist es wichtig, Missverständnisse auszuräumen, wie die Regeln eventuell „umgangen“ werden können.

> Die Vermittlung von Regeln ist einerseits notwendig, um das therapeutische Setting zu stabilisieren, andererseits aber ein eigenständiger therapeutischer Prozess. Die Therapeuten sollten also auf autoritären Stil verzichten, dennoch für Klarheit sorgen.

Und: „Jede Regel ist dazu da, um Ausnahmen zu begründen.“ Das heißt: In der DBT gelten zwar **klare Regeln**, unter spezifischen Bedingungen können diese jedoch, falls gut begründet, auch **individuell angepasst** werden. Die Notwendigkeit der Begründung liegt jedoch bei der jeweiligen Teilnehmerin. Um dies mit einem Beispiel zu verdeutlichen: In aller Regel werden alle Sitzungen per Videokamera aufgezeichnet. Eine Patientin, die als Kind für pornographische Aufnahmen missbraucht wurde und phobisch auf Kameras reagiert, kann für sich eine Ausnahme beantragen. Sie wird sich dann außerhalb des Aufnahmebereiches setzen und eventuell die Kamera so abdecken, dass sie diese nicht sieht. Allerdings wird sie zusagen müssen, mit ihrem Einzeltherapeuten vorrangig daran zu arbeiten, diese Kamera-Phobie abzubauen.

Viele Therapeuten stellen die Frage, wie mit dem „Zeigen“ von Narben umzugehen sei: Es hat sich bewährt, den Patientinnen bei vernarbten Wunden die Entscheidung offen zu lassen. Frische, unvernarbte Schnittverletzungen dürfen allerdings nicht gezeigt werden. Sie sollen sorgfältig versorgt und unter langen Ärmeln verborgen werden.

Versäumen von Sitzungen

Unter Forschungsbedingungen gilt die Regel, dass Teilnehmerinnen, die vier Wochen hintereinander das Skillstraining versäumen, von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen werden und auch ihren Therapieplatz in der Einzeltherapie verlieren. Wir fragten uns zunächst, ob diese harten Kriterien auf die deutsche Versorgungslandschaft übertragen werden können. Entgegen unseren skeptischen Erwartungen konnten wir lernen, dass die allermeisten Patientinnen auch unter sehr schwierigen Bedingungen in der Lage sind, diese Regeln einzuhalten. Wir laufen generell Gefahr, die strukturgebende Kompetenz unserer Borderline-Patientinnen zu unterschätzen. Das heißt, wenn wir klare Strukturen vorgeben, so werden diese auch meistens eingehalten. Sind wir aber selbst zögerlich und stellen von vornherein Ausnahmen in Aussicht, so werden diese auch in Anspruch genommen! Unserer Erfahrung nach haben viele Patientinnen gerade zu Beginn der Skillsgruppen Schwierigkeiten. Dies kann sehr unterschiedliche Gründe haben: soziale Scheu, Scham oder auch Angst, sich zu blamieren, zudem narzisstische Aspekte (*„Ich bin doch nicht wie alle anderen, diese Skills sind mir zu primitiv.“*). Die meisten Patientinnen reagieren darauf mit der Tendenz, diese negativen Emo-

tionen zu meiden und unregelmäßig zu erscheinen. Klare Regeln mit klaren Konsequenzen helfen, die Schwellen für dieses dysfunktionale Verhalten hoch zu setzen.

Rein technisch betrachtet, erlaubt es die Regel durchaus, dreimal hintereinander zu fehlen und dann jeweils beim vierten Mal zu erscheinen. Dies wäre sicherlich ein Verstoß gegen den eigentlichen Sinn der Regel. Wir haben daher eine Zusatzregel eingeführt, die besagt, dass die Teilnehmerinnen nach zwei Monaten mindestens **50 % der Zeit anwesend** sein müssen.

Grundsätzlich kann dies natürlich jeweils modifiziert werden, es sollte jedoch mit diesen Regeln explizit die Erwartung vermittelt werden, dass jede Teilnehmerin wöchentlich an den Sitzungen teilnimmt. Es ist auch notwendig zu klären, was als akzeptabler Grund für ein Fernbleiben gilt. Keine Lust zu haben, leichtere Krankheiten oder Verabredungen, Angst oder andere psychische Gründe werden nicht akzeptiert. Schwerwiegende körperliche Erkrankungen, wichtige Termine oder berufliche Reisen können akzeptiert werden.

Die **Klarheit der Regeln** ist aus mehreren Gründen von Bedeutung: Zum einen eröffnet es den Teilnehmerinnen die Möglichkeit, auch nach dreimaligem Fehlen ohne vorherige Klärungsprozesse wieder am Training teilzunehmen; zum anderen verdeutlicht diese Regel auch, dass wir durchaus mit Fehlzeiten rechnen. Und schließlich verhindern diese Regeln, dass die Patientinnen unerwartet und selbstverschuldet von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Dies beinhaltet aber auch, dass die Skillsgruppenleiter nach dreimaligem Fehlen entweder den Einzeltherapeuten oder die Patientin telefonisch darüber informieren, dass der Ausschluss droht. Übrigens: Bereits die Anwesenheit von 15 Minuten in einer Sitzung gilt als Anwesenheit.

Pünktlichkeit

Es versteht sich eigentlich von selbst, aber es ist dienlich, zu vereinbaren, dass Patientinnen, die wissen, dass sie zu spät kommen werden, vorher anrufen. Zum einen ist es natürlich eine Frage der Höflichkeit, zum anderen versuchen wir, die üblichen „normalen“ zwischenmenschlichen Beziehungen, wie sie auch an einem Arbeitsplatz gelten, zur Gruppennorm zu erklären. Zudem ist es manchmal schwierig, mit neuem Stoff zu beginnen, wenn man weiß, dass einige später kommen. Dennoch versuchen wir grundsätzlich, pünktlich zu beginnen. Um zu signalisieren, dass das Zu-spät-Kommen ein gruppenschädliches Verhalten ist, wobei wir aber keine moralischen Grundsatzdiskussionen und Ermahnungen vom Zaun brechen wollen, richten wir uns streng nach den Maßgaben der DBT, „Limonade aus Zitronen zu machen“. Das heißt, wir benutzen jedes dysfunktionale Verhalten, um es mittels Skills zu revidieren. Einer der wichtigen zwischenmenschlichen Skills nennt sich „Über-Korrektur von Fehlern“ und bedeutet, dass wir, wenn wir einen Fehler gemacht haben, nicht nur eine Entschuldigung folgen lassen, sondern die zwischenmenschlichen Schäden wieder reparieren, indem wir deutliche Signale in Form der Wiedergutmachung senden. In diesem Falle wird vereinbart, dass jede Patientin, die zu spät kommt, beim nächsten Mal für alle Teilnehmerinnen ein kleines persönliches Präsent mitbringt. Dies fördert die Gruppenkohäsion und verbessert die Möglichkeit, unter Wahrung des Gesichts Fehler zu machen.

Alkohol- und Drogeneinfluss

Eigentlich versteht sich dies von selbst, aber es schadet nichts, darauf hinzuweisen, dass Patientinnen, die unter akutem Drogen- oder Alkoholeinfluss stehen, von der laufenden Gruppensitzung ausgeschlossen sind. Eine Ausnahme stellen Skillsgruppen mit drogenabhängigen oder substituierten Borderline-Patientinnen dar. Bei dieser Klientel gilt die Regel, dass die Teilnehmerin kognitiv in der Lage sein muss, den Ausführungen der Trainer zu folgen. Drogeneinnahme würde in diesem Fall nicht automatisch einen Ausschluss nach sich ziehen.

Gegenseitige Unterstützung

Die Grundhaltung aller Therapeuten und Teilnehmerinnen in der DBT ist, dem anderen dabei zu helfen, seine jeweiligen individuellen Therapieziele zu erreichen. Daher werden alle interaktionellen Prozesse gefördert, die einer gegenseitigen Unterstützung dienen. Das heißt natürlich auch, dass die Teilnehmerinnen sich gegenseitig anrufen und um Unterstützung bitten können. Es gilt aber im Umkehrschluss auch, dass sich die Teilnehmerinnen verpflichten, die erbetene Hilfe auch anzunehmen. Anrufe, um sich zu versichern, wie schlecht es einem geht, Suiziddrohungen (auch verdeckte) auszusprechen oder traumatische Erinnerungen auszutauschen, sind wenig zweckdienlich und sollten unterbleiben. Jede Teilnehmerin sollte sich verpflichten, bei einem Anruf einen konkreten Wunsch zu äußern und dann, falls dieser nicht erfüllt werden kann, dies auch zu respektieren. Die potentiellen Probleme sind vielgestaltig.

Zum einen der **Umgang mit Suiziddrohungen**: Der verzweifelte Anruf einer Patientin bei einer anderen Teilnehmerin, dass sie nun gedenke, sich endgültig das Leben zu nehmen, dass sie dies aber bitte niemandem erzählen solle, weil sie ja sonst wieder in die geschlossene Notaufnahme käme, löst bei der Angerufenen massive Probleme aus: Sie steckt in der Zwickmühle, entweder die Vorgaben der Freundin zu missachten (was Schuldgefühle auslöst) oder den Tod derselben zu riskieren (was ebenfalls Schuldgefühle auslöst). Wir haben daher die Regel vereinbart, dass jede Patientin verpflichtet ist, Suizidpläne, von denen sie erfährt, an die Gruppenleiterin weiterzugeben. Die zuvor besprochene Antwort lautet daher:

> *„Du weißt, dass ich verpflichtet bin, einen Suizidplan zu melden. Wenn du mir also sagst, dass du dich umbringen wirst, so gehe ich davon aus, dass du willst, dass ich das melde. Weshalb machst du dies nicht selbst?“*

Zum anderen das **Problem der Abgrenzung**: Borderline-Patientinnen sind meistens sozial sehr engagierte Menschen, mit hoher Empfindsamkeit für die Nöte der anderen und einem intrinsischen Auftrag, diesen zu helfen. Daher fällt es ihnen häufig sehr schwer, sich von jemandem, der in Not ist, abzugrenzen. Häufig aber sind sie von anhaltenden Krisen ihrer Freundinnen überfordert und verbringen sehr viel Zeit am Telefon, ohne Lösungen zu finden. Wir haben daher die Regel vereinbart, dass der Telefonkontakt zwischen den Teilnehmerinnen auf 15 Minuten pro Tag begrenzt sein sollte. Wenn sie sich treffen, um gemeinsam etwas zu unternehmen, so steht dies natürlich offen. Zu Beginn jeder Gruppenstunde fragen wir kurz ab, ob es „Problem-Telefonate“ gab, ob also eine Patientin mit der Bitte um Hilfestellung angerufen wurde. Es wird weitergefragt, welche Skills sie empfohlen hat. Bisweilen erarbeitet die Gruppe exemplarisch (kurz!), welche Skills in Zukunft zur Problemlösung in solch einem Fall eingesetzt werden könnten. Haben Patientinnen Schwierigkeiten, sich abzugrenzen, so ist dies

eine ausgezeichnete Gelegenheit, die Handouts aus dem Modul „Zwischenmenschliche Beziehungen – Nein-Sagen“ auszuarbeiten. Grundsätzlich aber ist es eine Stärke des Skillstrainings, dass die Teilnehmerinnen untereinander eine starke, unterstützende, problemlösungsorientierte Gemeinschaft aufbauen. Sie sind manchmal die einzigen, die die subjektiven Erfahrungen einer Patientin wirklich verstehen können.

Vertraulichkeit

Informationen aus Sitzungen, auch Namen der Teilnehmerinnen, müssen natürlich vertraulich behandelt werden. Der Sinn dieser Regel liegt auf der Hand. Allerdings dürfen die Teilnehmerinnen Einzelheiten aus der Skillsgruppe, die für sie von Bedeutung sind, in der Einzeltherapie besprechen. Nur so können zwischenmenschliche Probleme, die in der Skillsgruppe auftauchen, bearbeitet werden. Sexuelle Beziehungen zwischen Teilnehmerinnen oder Teilnehmern sind jedoch nicht erlaubt. Falls derartige Beziehungen „öffentlich“ werden, sind sie sowieso problematisch. Die beiden sollten wählen, welcher Partner die Gruppe zunächst verlässt. Dies sollte jedoch keinesfalls als Strafmaßnahme gelten, sexuelle Beziehungen sind ja nicht an sich pathologisch!

Verlassen des Raumes während der Sitzung

Es ist durchaus erlaubt, die Skillsgruppe für einen kurzen Moment zu verlassen, um außerhalb der Gruppe in Ruhe Stresstoleranz-Skills anzuwenden. Primär sollten die Teilnehmerinnen jedoch zunächst versuchen, die Skills innerhalb der Gruppe anzuwenden, sodass sie im Raum verbleiben können. Falls eine Teilnehmerin den Gruppenraum verlassen will, sollte mit ihr klar abgesprochen werden, was sie zu tun gedenkt und wann sie zurückkommen wird (jede Patientin ist selbst dafür verantwortlich, die anderen nicht zu ängstigen oder in Sorge zu versetzen, sondern vielmehr, ihnen Sicherheit zu vermitteln). Dieses wichtige Grundprinzip sollte immer wieder betont werden. Funktionales Verhalten bitte sofort verstärken (*„Es ist in Ordnung, wenn Sie für sich sorgen und den Raum kurz verlassen, vielen Dank, dass Sie dies so klar vermitteln und wir uns keine Sorgen machen müssen.“*).

1.5 Das interaktive Skillstraining (Software)

Retrospektive Analysen zu Mediatorvariablen stationärer und ambulanter Dialektisch-Behavioraler Therapie konnten zeigen, dass die Anwendung und Umsetzung von Skills durch die Patientinnen signifikant mit Therapieerfolg korreliert. Die ersten Auswertungen experimenteller Studien zur Wirksamkeit von Skillsgruppen zeigten dies ebenfalls. Die Optimierung der Skillsvermittlung und -umsetzung sollte daher unmittelbar zur Verbesserung von Therapieergebnissen führen.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass nicht wenige Patientinnen Schwierigkeiten haben, in der Gruppe optimale Lernerfolge zu erzielen. Dies hat unterschiedliche Ursachen:

So entwickeln etwa Patientinnen mit sozialphobischen Verhaltensmustern oft eine **starke Angst, sich in der Gruppe zu blamieren**, und leiden daher unter Störungen der

Konzentration und Aufmerksamkeit. Die gleiche Problematik zeigen Patientinnen mit komorbider ADHS, auch wenn diese völlig andere Ursachen hat. Auch Patientinnen mit ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitszügen haben häufig Schwierigkeiten, in der Gruppe zu arbeiten, weil es ihnen schwerfällt, sich einzuordnen, und weil sie es manchmal schlicht als unerträglich empfinden, in einer Gruppe zu arbeiten, die so weit unter ihrem Niveau ist.

Das interaktive Lernprogramm ermöglicht eine individualisierte Verbesserung dieser Probleme. Die Patientinnen können sich in Ruhe zu Hause vorbereiten oder die Lerninhalte nacharbeiten. Die Software ist in zwei unterschiedlichen Präsentationen aufbereitet (nur auditiv oder visuell und auditiv), um unterschiedlichen Lernkapazitäten der Patientinnen Rechnung zu tragen. Zudem wurden **Verstärkersysteme und Lernkontrollen** eingebaut, um die Motivation der Patientinnen zu erhöhen.

> Der wichtigste Aspekt ist, die Eigenverantwortung der Patientinnen zu stärken. Das Programm ist in der „Du-Form“ gesprochen, um die Patientinnen möglichst direkt anzusprechen. Die Therapeuten sollten dennoch beim „Sie“ bleiben.

Struktur der Software

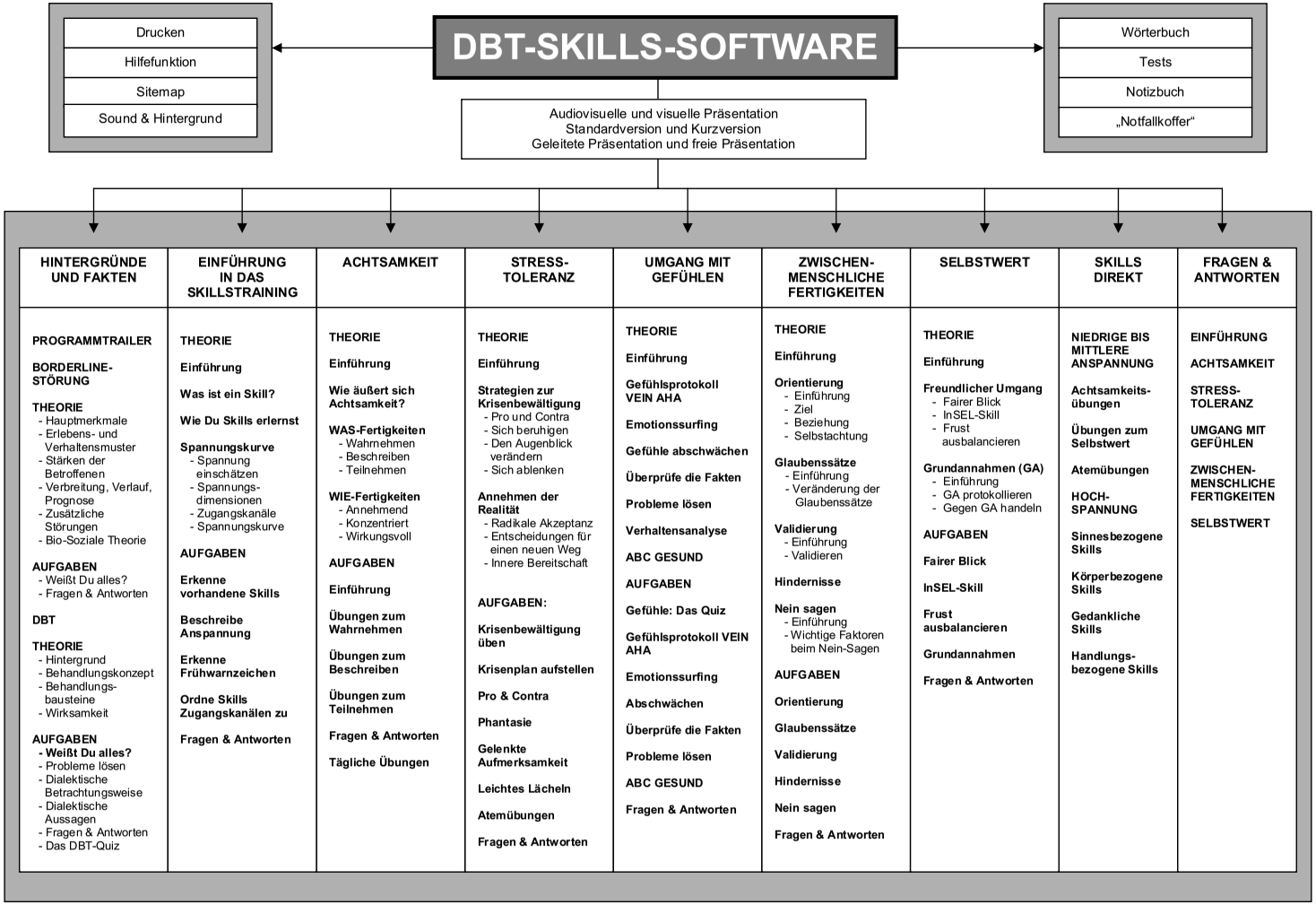
Die Struktur der Software orientiert sich an der Struktur der ambulanten Standard-DBT-Skillsgruppen (s. Abbildung).

- **Hintergründe und Fakten:** In diesem Abschnitt werden die Patientinnen über die Symptome einer Borderline-Störung und über die Grundzüge der DBT informiert.

- **Einführung in das Skillstraining:** Hier werden wichtige Begriffe aus dem Skillstraining beschrieben sowie ein Überblick gegeben. Es ist sicherlich sinnvoll, den Patientinnen zu empfehlen, diese beiden Abschnitte durchzuarbeiten, bevor sie in die erste Gruppensitzung kommen. Dies ermöglicht einen raschen Einstieg und einen guten Anschluss an die laufende Gruppe. Die Gruppenleiter sollten dann zu Beginn der Sitzung nachfragen, ob und wie die Patientinnen mit der Software zurechtkommen.

- **Fünf Skills-Module:** Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Selbstwert. Jedes Modul besteht aus zwei Abschnitten: Theorie und Aufgaben. Der Theorieabschnitt beinhaltet den theoretischen Hintergrund und die theoretischen Anleitungen zur Durchführung von Skills. Natürlich enthalten diese Abschnitte auch kleine Übungen, Geschichten und Beispiele. Häufig werden die Patientinnen bereits hier angewiesen, verschiedene Skills zu testen. Der Aufgabenabschnitt beinhaltet eine Sammlung von konkreten Aufgaben und Übungen. Diese Übungen können auch als Hausaufgaben zwischen den Sitzungen aufgegeben werden. Im Aufgabenabschnitt finden die Patientinnen auch stets eine Art Kurztest mit Fragen und Antworten zur individuellen Lernzielkontrolle.

- **Skills Direkt:** Da kognitive Übungen einen wesentlichen Teilaspekt der Stresstoleranz-Skills darstellen, haben wir die Möglichkeit entwickelt, direkt am Computer kognitive Skills zu üben.



Programmstruktur der Software

Hilfsmittel und Funktionen der Software

Im Folgenden werden einige der wichtigsten Funktionen der Software vorgestellt. Genauere Informationen zum Arbeiten mit der Software finden Sie auf S. XI ff. im Vorspann des Buches.

- **Das Wörterbuch:** Im Wörterbuch finden die Patientinnen kurze Erklärungen wichtiger Begriffe.

- **Das Notizbuch:** Hier können die Patientinnen eigene Beispiele oder Kommentare zu wichtigen Themen notieren und auch ausdrucken, um diese Punkte mit ihrem Einzeltherapeuten oder in der Skillsgruppe zu besprechen.

- **Arbeits- und Informationsblätter:** Die Arbeits- und Informationsblätter der Software sind weitgehend identisch mit den in diesem Manual abgedruckten Blättern. Falls es zu besprochenen Themen im Programm spezifische Arbeits- und Informationsblätter gibt, werden diese mit Symbolen oben rechts auf dem Bildschirm angezeigt und können ausgedruckt werden. Zusätzlich sind sie in der Menüleiste abrufbar.

- **Literatur und Materialien:** Hier finden sich weiterführende Literatur sowie Pdf-Dateien zum Ausdrucken, z. B. Skillswochenprotokolle. Diese Protokolle dienen zur Dokumentation der täglichen Übungen. Sie können auch dazu dienen, um den Einzeltherapeuten auf dem Laufenden zu halten. Die Patientinnen dokumentieren täglich, welche Skills sie mit welchem Erfolg geübt haben. Das Protokoll wird zu jeder Sitzung mitgebracht.

- **Notfallkoffer:** Der virtuelle Notfallkoffer dient als Speicher für wichtige Informationen, die die Patientinnen zur Bewältigung von Krisensituation heranziehen können.

- **Unterschiedliche Programmpräsentationen:** Die Patientinnen können mit unterschiedlichen Programmpräsentationen arbeiten. Das heißt, sie arbeiten entweder nur mit Bild und Text (visuelle Version) oder mit Ton, Bild und Text gleichzeitig (audio-visuelle Version). In der Regel ist die audio-visuelle Version zu empfehlen.

- **Kurzfassung:** Die wichtigsten Themen sind in Kurzversionen zusammengefasst. Diese findet man ebenfalls in der Menüleiste.

- **Fragen & Antworten:** In diesem Bereich sind alle Mehrwahlfragen gesammelt, die im Programm in verschiedenen Modulen auftauchen. Wenn der Benutzer beispielsweise „Achtsamkeit“ in diesem Bereich anklickt, findet er alle Fragen aus dem Modul „Achtsamkeit“.

- **Bonuspunkte:** Mit erfolgreich beantworteten Fragen verdient man sich Bonuspunkte. Ab 30 gesammelten Punkten kann man sich eine kleine Belohnung aussuchen, z. B. eine ungewöhnliche Geschichte anhören oder neue Cartoons anschauen.

- **Hilfefunktion, Drucken, Lautstärke:** Auf der Menüleiste finden sich die Hilfefunktion, die Lautstärkeregelung und die Möglichkeit, Arbeitsblätter auszudrucken.

- **Sitemap, Pfeile und Pause:** Das Programm wird gesteuert über das Menü unten links auf dem Bildschirm oder die Sitemap oben in der Menüleiste. Über die „Geleitete Version“ werden die Sitemap und eine Empfehlung zum Weiterarbeiten automatisch am Ende eines Abschnitts angezeigt. Mit den Pfeilen unten rechts steuert man das Programm vorwärts und rückwärts. Mit dem Pause-Symbol unten rechts kann das Programm unterbrochen werden.

Einsatzmöglichkeiten der Software

Um die Software als integralen Bestandteil der Skillsgruppe optimal nutzen zu können, sollte möglichst in jeder Stunde darauf Bezug genommen werden. Dies erfordert natürlich eine möglichst detaillierte Kenntnis der Software durch die Therapeuten. Die durch den Umgang mit der Software erworbene Kompetenz der Patientinnen wird auch die Therapeuten motivieren, ihre theoretischen Kenntnisse zu verbessern. Auf Dauer ist es etwas frustrierend, weniger zu wissen als seine Patientinnen. Ein weiterer, sicherlich sehr sinnvoller Einsatzbereich ist die Vorbereitung auf elektive stationäre oder teilstationäre Behandlungsprogramme. So empfehlen wir am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim mittlerweile den Patientinnen, nach den diagnostischen Gesprächen die Wartezeit bis zur stationären Behandlung sinnvoll zu nutzen, indem sie die Software durcharbeiten, um dann die stationäre Behandlung zielgerichteter angehen zu können. Es ist sicherlich hilfreich, diesen Patientinnen dann eine Unterstützung per Telefon oder E-Mail durch die jeweiligen Ambulanzen anzubieten.

Einzeltherapeuten können die Software ihren Patientinnen empfehlen, um im Selbstmanagement Skills zu erarbeiten. Man spart sicherlich sehr viel Therapiezeit, aber man sollte die Patientin nicht mit der Software „alleine“ lassen. Vielmehr sollte das Programm (zumindest am Anfang der Therapie) immer wieder im Rahmen der Einzeltherapiesitzungen zur Anwendung kommen. Der Therapeut und die Patientin können z. B.

- Übungen zusammen durchführen;
- Geschichten und Beispiele anhören und besprechen;
- während der Arbeit mit einer Verhaltensanalyse im Programm nachsehen, wie ein bestimmtes Gefühl abgeschwächt werden kann;
- Arbeitsblätter ausdrucken, um mit diesen zu arbeiten;
- Abschnitte im Programm zusammen ansehen, die die Patientin zu Hause vorbereitet hat, um Fragen zu bearbeiten.

Der wiederholte Einsatz des Programms während der Sitzungen ist sicherlich die beste Möglichkeit, Ängste abzubauen und die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Patientin auch selbstständig zu Hause mit dem Programm weiterarbeitet. Der Therapeut zeigt durch sein Verhalten, dass das Programm eine wichtige Rolle in der Therapie spielt, und er demonstriert, wie man mit dem Programm arbeiten kann.

Da die DBT grundsätzlich darauf abzielt, hierarchische Machtverhältnisse abzubauen, ist es kein Problem, wenn auch der Einzeltherapeut etwaige eigene Schwierigkeiten im Umgang mit Computerprogrammen transparent macht. Patientinnen werden sicherlich gerne jede Gelegenheit nutzen, ihre Therapeuten nachzuschulen.

Selbsthilfegruppen können ebenfalls von der Arbeit mit der Software profitieren. Sie können z. B. im Sinne eines Arbeitsprogramms einzelne Aspekte der Software gemeinsam durcharbeiten – oder zu Hause von den Teilnehmern vorbereiten lassen und dann gemeinsam bearbeiten. Und schließlich dürften auch **Angehörige** von Borderline-Patienten von der Software profitieren.

1.6 Therapeutische Methodik

Aufbau von Beziehungen

Es liegt im Aufgabenbereich der Gruppenleiter, für ein wohlwollendes und unterstützendes Arbeitsklima zu sorgen. Vielleicht sollte man sich klarmachen, dass etwa die Hälfte unserer Patientinnen unter einer schweren Sozialen Phobie leidet und bereits die Teilnahme an der Gruppe eine echte Herausforderung darstellt. Wir fanden es hilfreich, einige Tage vor dem ersten Skillstraining jede Teilnehmerin persönlich anzurufen, um sie an die Sitzung zu erinnern, Sinn und Ziel noch einmal kurz zu erklären und sie darauf hinzuweisen, dass man sich darauf freut, sie bald begrüßen zu können. Für die Gruppenleiter ist dies auch ein guter Zeitpunkt, etwaige Zweifel und Ängste in letzter Sekunde oder gar Pläne, schon vor Beginn wieder auszusteigen (bei Borderline-Patientinnen nicht ungewöhnlich), zu besprechen.

Die Gruppenleiterin sollte ein paar Minuten vor jeder Sitzung erscheinen und jede Patientin einzeln persönlich begrüßen. Auf ängstliche Patientinnen kann dies sehr beruhigend wirken. So können die Therapeuten auch rechtzeitig erfahren, ob es jemandem besonders schlecht geht oder ob jemand früher gehen will, und dem eventuell entgegenwirken.

Wann immer möglich, versuchen wir, die Zusammenarbeit der Gruppe zu fördern. So können beispielsweise einzelne inhaltliche Aspekte von Gruppenmitgliedern anhand der Software gemeinsam vorbereitet werden. Wenn Beispiele gesucht werden, wird immer zunächst die Gruppe motiviert, bevor der Therapeut eigene Beispiele bringt.

Motivationale Aspekte

Der übergreifende Charakter der Skillsgruppe ist der eines „Volkshochschulkurses für Borderline-Patientinnen“: Experten bieten Wissen an und motivieren die Teilnehmer, dieses Wissen anzuwenden. Diese Haltung sollte eine experimentell-partnerschaftliche Atmosphäre kreieren. Andererseits sollten sich die Therapeuten darüber im Klaren sein, dass Borderline-Patientinnen häufig eine ausgeprägt passive Haltung an den Tag legen und gelernt haben, dass gerade die Demonstration von Hilflosigkeit die Umgebung zu Zuwendung oder Hilfsmaßnahmen aktiviert. Marsha Linehan nennt diese Verhaltensmuster „aktive Passivität“. Die Therapeuten werden also kontinuierlich gefordert sein, eine problemlösungsorientierte Arbeitsatmosphäre zu gestalten und immer wieder darauf hinzuweisen, dass diese Skillsgruppe darauf zielt, Kompetenz und nicht Hilfe zu vermitteln.

Die DBT orientiert sich als Verhaltenstherapie an lerntheoretischen Prämissen. Etwas überspitzt ausgedrückt, könnte man die therapeutischen Grundannahmen der DBT wie folgt zusammenfassen:

- Alle dysfunktionalen Verhaltens- und Erlebensweisen von Borderline-Patientinnen sind, in deren subjektivem Kontext, sinnvoll. Das heißt, diese Verhaltensmuster sind entweder durch gegenwärtige Konsequenzen aufrechterhalten oder durch biographische Erfahrung erworben und im weiteren Verlauf des Lebens noch nicht revidiert worden.

- Andererseits verursachen diese Verhaltens- und Erlebensmuster ausgeprägtes Leid.
- Es ist – kurzfristig gesehen – einfacher und weniger angstbelastet, die gewohnten Verhaltensmuster aufrechtzuerhalten als neues Verhalten zu erproben (wenn die Patientinnen alleine in der Lage wären, ihr Verhalten zu ändern, so würden sie dies tun).
- Es ist die Aufgabe des Therapeuten, die Patientin dahingehend zu motivieren, ihre Angst, Gewohnheit, Trägheit oder kurzfristigen Verstärker zu überwinden und neue Verhaltensmuster zu erproben.
- In aller Regel wirken die zielkonformen Verhaltensmuster (also Skills) kurzfristig nicht so rasch und intensiv wie dysfunktionale Verhaltensmuster. Es ist daher die Aufgabe des Therapeuten, die Patientin zu motivieren, die neuen Verhaltensmuster kontinuierlich und langfristig anzuwenden.
- Diese Aufgabe ist schwierig, daher sollte der Therapeut in ein soziales Verstärkersystem eingebunden sein, welches erfolgreiche therapeutische Arbeit belohnt und mangelhafte therapeutische Arbeit kritisiert.

Berücksichtigt man diese Grundannahmen, so erschließt sich von selbst, dass dem motivationalen Aspekt der therapeutischen Arbeit eine wesentliche Rolle zukommt. Berücksichtigt man zudem, dass das Selbstwertgefühl der Borderline-Patientinnen in aller Regel schlecht ausgeprägt ist (das gilt übrigens auch für narzisstische Borderline-Patientinnen) und dass die meisten Patientinnen im schulischen Bereich sehr unangenehme Erfahrungen gemacht haben, so wird verständlich, dass gerade die Reproduktion dieses negativen Schulmodells in der Skillsgruppe für Patientinnen und Gruppenleiter eine erhebliche Herausforderung darstellt.

Sicherlich ist es hilfreich, diese implizite Problematik (negative Erfahrungen in der Schule) früh zu thematisieren und darauf hinzuweisen, dass derartige Erfahrungen die Tendenz haben, sich zu replizieren. Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass *„der Entschluss, sein Verhalten zu verändern, ein guter und notwendiger erster Schritt in die richtige Richtung ist, aber noch nicht dazu führt, dass das Verhalten verändert wird“*. Borderline-Patientinnen haben die Tendenz, sich selbst sehr negativ zu beurteilen und Schamprozesse zu aktivieren, wenn sie merken, dass sie Schwierigkeiten haben, die Skills sofort in der Praxis umzusetzen. Besprechen Sie diese Problematik in den ersten Stunden:

> *„Meine bisherige Erfahrung mit Borderline-Patientinnen hat mich gelehrt, dass die meisten von Ihnen einerseits viel ehrgeiziger sind, als sie es sich selbst zubilligen würden, dass die meisten von Ihnen andererseits aber auch Ihre härtesten Kritiker sind. Das ist eine schwierige Konstellation. Seien Sie geduldig mit sich, Sie haben lange Jahre gebraucht, um Ihre Verhaltensmuster zu entwickeln, und für jede von Ihnen machen diese Verhaltensmuster ja auch Sinn. Sie werden diese Muster nicht sofort ändern. Wenn ich Ihnen nur aufschreiben müsste, was zu tun ist, dann wäre ich als Therapeut arbeitslos.“*

Im Jargon der DBT gesprochen, handelt es sich also darum, die Balance zu finden zwischen „Drängen auf Veränderung“ und „Drängen auf die Akzeptanz des Bestehenden“.

Balance meint in diesem Kontext, dass der Therapeut versuchen sollte, beide Seiten dieser „Waage“ gleichmäßig zu belasten: Je stärker der Therapeut darauf drängt, dass die Patientin Veränderungen vornimmt, desto stärker sollte er betonen, dass die gegenwärtige Situation auch ihre Berechtigung hat.

Veränderungsorientierte Strategien

Wichtige und häufig angewandte **veränderungsorientierte** therapeutische Methoden sind:

Cheerleading

Diese im amerikanischen Sprachraum häufig angewandte Motivationstechnik beruht darauf, dass der Therapeut (oder die Gruppe) der Patientin vermittelt, dass diese über die notwendigen Ressourcen verfügt, um Veränderungen herbeizuführen und dauerhaft umzusetzen. Dies ist ein aktiv verbalisierter Prozess, nicht ein stummes Verstreuen von gleichförmigem Optimismus!

> *„Also, wenn ich mir vorstelle, dass Sie die gesamte Energie, die Sie bislang verbrauchen, um Ihre Aggression in Schach zu halten, dafür einsetzen, Ihre Ziele umzusetzen, brauche ich mir um Sie keine Sorgen zu machen."*

Aber auch ein simpler Satz wie *„Ich glaube daran, dass Sie das schaffen können"* kann manchmal Wunder bewirken.

Problemlösen

Problemlösestrategien spielen, wie immer in der Psychotherapie, eine bedeutende Rolle für die Entwicklung effektiver Bewältigungsstrategien, insbesondere bei der Hausaufgaben-Besprechung. Die Skillsgruppe sollte mit dieser Methode vertraut gemacht werden (Handout/Arbeitsblatt „Umgang mit Gefühlen 46 A und B").

Paradoxe Interventionen

Ob Methoden wie „Reframing", „Advocatus Diaboli" oder „Extending" zur Anwendung kommen – all diesen Techniken ist gemeinsam, dass sie ihre Wirkung nur auf der Basis einer wohlwollenden und tragenden Beziehung entfalten. Dies gilt sowohl für den Einzeltherapeuten als auch für die gesamte Gruppe. Unter diesen Bedingungen aber sind paradoxe Interventionen hervorragende Hebel, um festgefahrene Sichtweisen oder Verhaltensmuster der Patientinnen zu irritieren und zu relativieren. Es ist allerdings immer zu berücksichtigen, dass paradoxe Interventionen in der Gruppe eine völlig andere Wirkung auslösen können als in der Einzeltherapie! Ein Lacher in der Gruppe, von einem weniger geschätzten Teilnehmer, kann sehr verletzend wirken, auch wenn das nicht so gemeint war.

Modelling

Natürlich bietet es sich an, die Mitglieder der Gruppe zu motivieren, den einzelnen Patientinnen bei der Problemlösung durch eigene Modelle zu helfen. Der Therapeut sollte mit gutem Beispiel vorangehen. Eigene Beispiele von misslichen Situationen, eigene Schwierigkeiten bei der Anwendung von Skills, eigene Motivationstechniken usw. können und sollen der Gruppe vermittelt werden. Modelling meint also nicht nur die Vermitt-

lung von Erfolgskonzepten, sondern auch von eigenem aktiven und akzeptierenden Umgang mit Problemen.

Verstärkerpläne

Es gehört zum verhaltenstherapeutischen Grundwissen und wird dennoch immer wieder übersehen: Erfolgreiche Verstärkerpläne basieren auf individualisierten internen Verstärkerplänen. Auf Borderline-Patientinnen bezogen, bedeutet dies, dass nicht jedes Lob ein positiver Verstärker ist. Ein Lob durch den Therapeuten kann Angst machen, Scham auslösen oder sogar kränkend wirken. Im Prinzip ist es die Aufgabe des Einzeltherapeuten, zusammen mit der Patientin individualisierte Verstärkerpläne zu entwickeln. Andererseits sollte der Skillstrainer keine Gelegenheit versäumen, zielorientiertes Verhalten zu verstärken (Shaping).

Eine hilfreiche Übung ist sicherlich, die Patientinnen relativ frühzeitig zu bitten, ihre individuellen Verstärkerpläne aufzuschreiben und offen zu diskutieren (*„Notieren Sie doch bitte auf ein Blatt Papier, unter welchen Bedingungen Sie bereit sind, auch sehr unangenehme neue Verhaltensmuster auszuprobieren.“*). Im zweiten Schritt sollte gemeinsam überlegt werden, wie die Patientinnen dafür sorgen können, dass die erwünschten Verstärker auch eintreten (*„Diskutieren Sie nun bitte mit Ihrer Nachbarin, was Sie dafür tun können, dass die Belohnung tatsächlich eintritt.“*). Diese Übung ist in vielerlei Hinsicht hilfreich: Zum einen werden sich die Patientinnen über ihre motivationalen Aspekte klarer, zum anderen wird auch deutlich, dass sie selbst dafür sorgen müssen, dass sie belohnt werden. Falls die Patientinnen mit dieser Aufgabe überfordert sind, sollte diese an den Einzeltherapeuten weitervermittelt werden.

Shaping

Unter Shaping versteht man den konsekutiven Aufbau von zielorientiertem Verhalten durch positive Verstärkung von zufällig auftretendem Verhalten. Diese Verhaltensmodifikation muss dem Betroffenen nicht bewusst sein. Entscheidend ist zum einen, dass bereits kleine Schritte in Richtung Zielverhalten sofort verstärkt werden, und zum anderen, dass die Verstärker an die jeweilige Kompetenz der Patientin angepasst werden. So ist es beispielsweise sinnvoll, eine Patientin, die bislang still und abgewandt am Tisch saß, ohne zum Gruppenleiter oder zu einer Mitpatientin Kontakt aufzunehmen, sofort aufmunternd zu bestätigen, wenn sie etwa ihre Nachbarin nach den Hausaufgaben fragt. Im Laufe der Zeit wird sie lernen, aktiv mitzuarbeiten. Der Therapeut wird darauf achten, nur die zunehmenden Fortschritte der sozialen Kompetenz zu verstärken, also das Lob wegen Kontaktaufnahme mit der Nachbarin einstellen und sie stattdessen loben, wenn sie ein persönliches Beispiel in die Gruppe einbringt.

Kontingenzmanagement

Natürlich ist die Darbietung von positiven Konsequenzen nach erfolgter Anstrengung die effektivste Verstärkung, und zudem fördert dies auch noch die Beziehung. Andererseits sollte die wirksame Kraft von negativen Konsequenzen nicht übersehen werden. Erfolgt keine negative Reaktion auf fehlende Hausaufgaben, auf aggressive oder entwertende Interaktion und auf die Verheimlichung von wichtigen Problemen, so wird

dieses Verhalten rasch als normativ gewertet („Es gibt nicht keine Reaktion des Therapeuten."). Kritik oder gar Strafe sollte grundsätzlich immer auf das Verhalten der Patientin bezogen werden und niemals auf die Person. Etwa:

> *„Sie wissen, dass ich Sie schätze, und ich denke, Sie haben sicherlich Ihre Gründe, aber wenn Sie weiterhin nur jede dritte Stunde kommen, so werden Sie nicht viel lernen."*

Das weite Spektrum negativer Konsequenzen reicht von der persönlichen Missbilligung oder Reaktion des Therapeuten bis zu ausgearbeiteten, offengelegten Plänen. Etwa:

> *„Frau Müller, wir wissen alle, wie schwer es Ihnen fällt, pünktlich zu sein. Wie wäre es, wenn Sie beim nächsten Mal, wenn Sie zu spät kommen, irgendetwas wirklich Unangenehmes machen müssten? Was fällt Ihnen ein? … Klar, ich würde jetzt auch nichts sagen. Aber wenn ich so an Ihre Soziale Phobie denke, dann wäre es wahrscheinlich sehr unangenehm für Sie und gleichzeitig sehr nützlich, wenn Sie sich beim nächsten Mal vor die Gruppe stellen würden und laut fünf kurze Sätze über Ihre positiven Eigenschaften vorlesen."*

Manchmal sind auch Therapiepausen (zwei bis vier Gruppenstunden) therapeutisch indiziert. Aber nur im Extremfall und nur nach Rücksprache mit Einzeltherapeut und Supervisionsgruppe sollte eine Patientin von der Gruppe ausgeschlossen werden. Wann immer möglich, sollte ihr angeboten werden, dass nach einem Vorgespräch erneut geprüft wird, ob sie bei einer neuen Gruppe teilnehmen kann.

Akzeptanzorientierte Strategien

Die wichtigsten akzeptanzorientierten therapeutischen Methoden werden in der DBT als „Validierungsstrategien" bezeichnet. Diese gliedern sich in sechs verschiedene Komponenten (V1 bis V6).

Unter **Validierung** versteht die DBT jede Äußerung des Therapeuten, die darauf abzielt, der Patientin zu vermitteln, dass ihre Verhaltens- und Erlebensweisen aus ihrer subjektiven Sicht stimmig sind (V1 bis V3, V6), jedoch manchmal nicht die einzig möglichen und oft nicht die sinnvollsten Reaktionsmuster darstellen (V4, V5). Hier gehen wir davon aus, dass reine Empathie im Sinne des emotionalen Mitschwingens des Therapeuten nicht nur bei Borderline-Patienten, sondern bei allen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine sehr zweischneidige Angelegenheit sein kann: Jedes kritiklose Mitschwingen des Therapeuten, insofern es verbal oder non-verbal kommuniziert wird, führt beim Patienten einerseits zu der Wahrnehmung von Verständnis (*„Der Therapeut versteht mich, ich bin bei ihm gut aufgehoben."*), andererseits aber auch zur Bestätigung seiner potentiell dysfunktionalen Erlebensmuster (*„Dem Therapeuten geht es genauso wie mir, also stimmt meine Wahrnehmung, dies ist die beste und einzige Möglichkeit zu reagieren."*).

Da sich die **interpersonellen Erwartungshaltungen** und Reaktionsmuster der Patientin in aller Regel in der Interaktion mit dem Therapeuten und der Gruppe manifestieren, birgt die therapeutische Beziehung auch die Möglichkeit, neue Erfahrungen und Lernprozesse im zwischenmenschlichen Bereich zu machen, und dies quasi unter „kontrollierten Bedingungen". Der Therapeut ist also gehalten, nach einer Phase des Beziehungsaufbaus zu beginnen, dysfunktionale Erwartungen zu irritieren und die Patientin zu

neuen Erfahrungen und Verhaltensexperimenten anzuregen. Dieser Prozess erfordert ein hohes Maß an Geschicklichkeit, da gerade durch Irritationen der Erwartungshaltungen aversive Emotionen gegenüber dem Therapeuten aktiviert werden, die dann im Gegenzug durch aktive Beziehungsaufnahme durch diesen ausbalanciert werden müssen. Diese Beziehungsaufnahme basiert auf der gleichzeitigen Vermittlung von akzeptierender Wertschätzung bzw. Befriedigung hierarchisch hoher Ziele des Patienten (soziale Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit etc.) bei Korrektur nachgeordneter dysfunktionaler Strategien. Eine weitere therapeutische Strategie besteht darin, die „subjektive Evidenz" der jeweiligen Annahmen des Patienten, eventuell unter Bezugnahme auf dessen eigene biographische Erfahrung, zu validieren, ohne dabei den kritischen Reflex auf die soziale Wirklichkeit zu vernachlässigen. In dieser dialektischen Dynamik zwischen Beziehungsaufbau durch Akzeptanz einerseits und Beziehungsgefährdung durch Irritation andererseits liegt der Schlüssel zum Gelingen der therapeutischen Arbeit.

Die DBT unterscheidet **sechs Validierungsstrategien** (V1 bis V6):

Die Validierungsstrategien der DBT

Strategie	Beispiel	Positive Wirkung	Potentielle Nebenwirkungen
V1: Aufmerksames Zuhören	Therapeut: *„Das kann ich nachvollziehen."*	Wertschätzung	Wenig therapeutische Wirkung
V2: Modalitätenkonforme Validierung	Patientin: *„Ich war stocksauer."* Therapeut: *„Sie waren enorm wütend."* Patientin: *„Genau, ich war rasend."*	Verständnis	Beziehungsfördernd, nicht auf Veränderung orientiert
V3: Validierung in Kreuzmodalitäten	Patientin: *„Ich war stocksauer."* Therapeut: *„Sie konnten gar keinen anderen Gedanken mehr fassen."*	Emotionales Mitschwingen	Fokus auf Beziehungsstärkung, kaum einsichtsfördernd
V4: Validierung in Bezug auf biographische Erfahrung	Patient: *„Ich war stocksauer."* Therapeut: *„Naja, nachdem Sie ja schon mal erlebt haben, dass Ihnen jemand den Job vor der Nase wegschnappt, ist das nachvollziehbar."*	Einsichtsfördernd	Schemakonsolidierend, wenig veränderungsorientiert, stabilisierend
V5: Validierung der jeweils aktivierten Schemata	Patientin: *„Ich war stocksauer."* Therapeut: *„Nun, wenn Sie annehmen, dass dies Ihre allerletzte Chance auf einen Job ist, ist klar, dass Sie rotsehen."*	Einsichtsfördernd, aber relativierend	Veränderungsorientiert
V6: Normative Validierung	Patientin: *„Ich war stocksauer."* Therapeut: *„Also, das ist normal, das wäre mir genauso gegangen."*	Starker Beziehungsaufbau, Aufbau von Selbstwertschätzung, Abbau von Scham und Selbstzweifeln	Stabilisierung der Verhaltensmuster

Wie in der Tabelle skizziert, haben die unterschiedlichen Validierungsstrategien unterschiedliche Wirkungen und daher unterschiedliche Berechtigungen. So scheint es beispielsweise sinnvoll, zu Beginn der Therapie – oder wenn man Wert legt auf eine vertrauensvolle Beziehung – primär die Strategien **V1**, **V2**, **V3** und **V6** einzusetzen, da diese die emotional gestützte Wahrnehmung vermitteln: *„Der Therapeut versteht mich, bei ihm bin ich richtig.“* **V4**, d. h. die Erklärung von Verhaltens- und Erlebensmustern vor dem Hintergrund der eigenen biographischen Erfahrungen oder einer neurobiologischen Störung, wird den Therapeuten eher in seiner Rolle als Experte etablieren (*„Nun, Sie haben eine Borderline-Störung, das bedeutet auch, dass Ihre Emotionen besonders heftig und intensiv sind.“*). **V5**-Strategien bereiten immer veränderungsorientierte Interventionen vor: *„Nun, wenn Sie annehmen, dass dies Ihre allerletzte Chance auf einen Job ist, ist klar, dass Sie rotsehen. Sind Sie sicher, dass diese Vorstellung in dieser Situation besonders hilfreich ist?“* **V6**, also die Rückmeldung, dass das entsprechende Verhalten normativ ist, sollte wann immer möglich (und stimmig) eingesetzt werden, um der Patientin Gelegenheit zu geben, ihre Selbsteinschätzung, sie sei „grundlegend andersartig“, zu modifizieren.

Diese ursprünglich als therapeutische Methodik entwickelten Validierungsstrategien wurden mittlerweile auch als zwischenmenschliche Skills umformuliert und stehen damit den Patienten zur Verfügung (Handouts „Zwischenmenschliche Fertigkeiten 16 und 17“). Aus unserer Sicht hat es sich sehr bewährt, diese Handouts relativ früh zu besprechen und die Gruppe darin zu schulen, sich gegenseitig zu validieren.

In-Session-Fokus

Es stellt sich die Frage, unter welchen Umständen individuelle oder interaktionelle Prozesse während der Skillsgruppen berücksichtigt und thematisiert werden sollen. Grundsätzlich gilt natürlich die Regel, dass die Besprechung von Hausaufgaben und die Vermittlung von neuem Wissen die primären Ziele der Skillsgruppen sind. Dennoch können und sollen Ereignisse, die während der Sitzungen auftreten, genutzt werden, um exemplarisch und modellhaft die Anwendung von Skills zu verdeutlichen. Bemerkt etwa ein Co-Therapeut, dass eine Patientin zu dissoziieren beginnt, so kann er diese ansprechen und direkt auffordern, antidissoziative Skills anzuwenden. Ergeben sich Streitigkeiten innerhalb der Gruppe, so können Validierungsskills zur Anwendung kommen, usw. Das Motto lautet also: **Jedes Problem ist willkommen, weil es als Möglichkeit genutzt werden kann, Skills anzuwenden.** Andererseits sollte man darauf achten, **zielförderndes Verhalten** der Teilnehmer, auch wenn es zufällig aufgetreten ist, **im Sinne von Skills zu „labeln“**:

> *„Prima, Sie haben gerade angemerkt, dass Sie etwas zu trinken benötigen, das können wir als ‚InSEL-Skill‘ bezeichnen, d. h., Sie versuchen bewusst, Ihren Alltag zu verbessern und für sich zu sorgen.“*

Doch wie immer in der DBT gilt es, die Balance zu wahren zwischen der „Orientierung auf den Augenblick“ – also auf die sich bietende Gelegenheit, Skills unmittelbar umzusetzen – und der „Orientierung auf das Ziel“ – also auf die Notwendigkeit, den „Stoff durchzubringen“. Es ist hilfreich, sich die Aufgaben zu teilen, indem der Co-Therapeut, der „näher an den Patienten dran“ ist, sich auf die „In-Session-Prozesse“ konzentriert, und der Leiter versucht, den Stoff im Blick zu halten.

Hausaufgaben-Kontrolle

Hausaufgaben sind impliziter Bestandteil des Skillstrainings. Jede Stunde beginnt (nach der Achtsamkeitsübung) mit der Kontrolle der Hausaufgaben und endet mit der Vergabe von neuen Hausaufgaben (vor der Achtsamkeitsübung). Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Hausaufgaben zu protokollieren:

Skillswochenprotokoll

Das Skillswochenprotokoll (Software: DBT → Aufgaben → Material für Therapeuten; ma_SWP.pdf) dient dazu, täglich diejenigen Skills zu protokollieren, die intendiert oder nicht intendiert angewendet wurden. Zudem ermöglicht die Skalierung von 0 bis 4 eine graduelle Einschätzung der Wirksamkeit der Skills. Dieses Wochenprotokoll ist hilfreich, um einen raschen Überblick darüber zu bekommen, über welche Skills die Patientin verfügt bzw. an welchen Skills sie gerade arbeitet. Es eignet sich auch gut, um in der Einzeltherapie einen raschen Überblick zu erlangen. (DBT-Therapeuten lassen sich zu Beginn jeder Sitzung zunächst die „Diary Card“ [Software: DBT → Aufgaben → Material für Therapeuten; ma_DC.pdf] und das Skillswochenprotokoll zeigen, um daran ihre Sitzung zu strukturieren.)

Arbeitsblätter

Die einzelnen Arbeitsblätter (Handouts) bauen jeweils auf Infoblättern auf und sind in der Regel selbsterklärend. Sie können also von den Patienten nach einer kurzen Erklärung durch den Therapeuten eigenständig genutzt werden. Zum Teil können oder sollen die Arbeitsblätter während der Gruppensitzung bearbeitet werden, vor allem jedoch sollten sie als Vorgaben für Hausaufgaben verwendet werden. Teilweise sind täglich Übungsaufgaben gefordert, die auch auf diesen Blättern protokolliert werden können.

Skillssammlung

Diese Liste wurde als „Konkrete Skillssammlung“ von Patientinnen entwickelt und hat sich in der Praxis als sehr hilfreich erwiesen. Sie ermöglicht die Umsetzung der manchmal etwas theorielastigen Begriffe in den konkreten Alltag. Die Patientinnen sollen sich anhand der Liste diejenigen Skills heraussuchen, die sie für sich als passend erachten. Es geht also keinesfalls um Vollständigkeit! Manchmal ist die Liste auch hilfreich, um Ideen zu kreieren, oder auch nur, um abzuschätzen, über welche Skills die Patientinnen schon verfügen, ohne dass sie dies so formulieren würden. Die Liste kann von der Software geladen werden (Einführung in das Skillstraining → Aufgaben → Skillssammlung; ma_SkSa.pdf). Sie verdeutlicht noch ein wichtiges Problem: Jedes Skills-Modul enthält eine große Anzahl von spezifischen Verhaltensfertigkeiten. Bei der Auswahl der individuellen Skills ist es sinnvoll, sich auf einige wenige Skills zu beschränken und diese gründlich zu üben, anstatt eine Vielzahl von Skills oberflächlich zu „lernen“.

Strategien im Umgang mit Hausaufgaben

Zunächst ist es sinnvoll, jeder Teilnehmerin ein Zeitkontingent für die Besprechung ihrer Hausaufgaben zuzuordnen. Dieses beläuft sich bei acht Teilnehmerinnen auf ca. sechs