

von Auer ■ Bohus

Interaktives Skillstraining für Jugendliche

mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A)

Das Therapeutenmanual

Inkl. Keycard zur
Programmfreischaltung



 Schattauer

Anne Kristin von Auer ■ Martin Bohus

**Interaktives Skillstraining für
Jugendliche mit Problemen der
Gefühlsregulation (DBT-A)**

Das Therapeutenmanual

Anne Kristin von Auer ■ Martin Bohus

Interaktives Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A)

Das Therapeutenmanual

Unter Mitarbeit von

Katharina Abs

Arne Bürger

Sonia Ludewig

Florian Hammerle

Simone Stojan

Claudia Thurn

Mit 13 Abbildungen und
160 Info- und Arbeitsblättern

**Inklusive Keycard zum Freischalten
der Software „Interaktives Skillstraining
für Jugendliche mit Problemen
der Gefühlsregulation (DBT-A)“**

 **Schattauer**



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: OM43116

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

© 2017 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cartoons und Umschlagabbildung: „Der Fleckenwels“; Kontakt über Frau Dr. v. Auer

Gesetzt von Fotosatz Buck, Kumhausen/Hachelstuhl/Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Datenkonvertierung: Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-43116-2

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26934-5

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Vorwort

„Meine Gefühle aber gleichen einem wilden Araber-Pferd, das ich reiten muss, während alle anderen auf gemütlichen Haflinger-Gäulen dahintrotten.“

Viel treffender können Jugendliche ihre Störung der Emotionsregulation nicht beschreiben. Sie fühlen sich ihren Gefühlen ausgeliefert, dem intensiven Erleben, der hohen Anspannung und den heftigen Schwankungen. Und die meisten der Betroffenen fühlen sich verstanden, ja erleichtert, wenn man ihnen erklärt, dass es sich dabei um objektiv nachweisbare neurobiologische Regulationsstörungen handelt. Dass sie also nicht „schuld“ an ihrem Erleben sind und dass sie etwas tun können, um Kontrolle zu erlangen. Sie können lernen, wie man dieses wilde Araber-Pferd reitet – und dass das Leben dann reich sein kann, sinnerfüllt und sogar besonders intensiv.

Die Skills in diesem Manual sind, um im Bilde zu bleiben, das Zaumzeug dazu: Werkzeuge, die helfen, die intensiven Gefühle zu steuern, die heftigen Schwankungen abzupuffern, die zehrenden Selbstzweifel zu lindern und sich zugehörig zu fühlen zu den Anderen, die manchmal so fern wirken.

Diese Skills – so man sie denn lernt und anwendet – sind wirksam: einige sehr rasch, andere benötigen etwas Zeit. Entwickelt wurden sie im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A). Das Skillstraining ist ein integraler Bestandteil dieses modularen Behandlungsprogramms. Und es ist gut und wichtig zu wissen, dass der wissenschaftliche Wirksamkeits-Nachweis der DBT-A mittlerweile unumstritten ist. Als Therapeuten werden Sie dies bemerken, und es wird Ihren Spaß an der Arbeit beflügeln.

Das Manual orientiert sich an dem sehr erfolgreichen Buch „Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten“ von Martin Bohus und Martina Wolf-Arehult (2. Aufl. 2013), das für Erwachsene geschrieben wurde. Viele dieser Skills haben wir inhaltlich eins zu eins übernommen, haben jedoch die Sprache und die verwendeten Beispiele jugendgerechter gefasst, eine komplett neue Bilderwelt dazu entwickelt und die Erklärungen vereinfacht.

Das Modul „Den Mittelweg finden“ richtet sich jedoch speziell an Jugendliche mit Emotionsregulationsstörungen und an ihre Angehörigen. Hier orientieren wir uns an den Werken von Miller, Rathus und Linehan (2007) und von Fleischhaker, Sixt und Schulz (2011).

Die Arbeit mit der Familie ist ein zentraler Bestandteil der DBT-A, deshalb haben wir dieses Modul um viele praktische Anleitungen erweitert.

Wenn Sie in diesem Manual blättern, werden Sie merken, wie umfangreich es geworden ist. Hoffentlich kommen Sie nicht auf die Idee, Ihren Jugendlichen alle diese Skills beizubringen. Stellen Sie Ihr eigenes Repertoire zusammen, orientieren Sie sich am Bedarf der Gruppe und der einzelnen Patienten. Auch hier gilt: Weniger ist oft mehr.

Wir hoffen und gehen davon aus, dass es Ihnen gelingt, die Jugendlichen zur Selbsthilfe zu ermuntern und sich zusätzliche Informationen und Skills mit der zugehörigen Software zu erarbeiten. Viele Tausend erwachsene Patienten mit Störungen der Emotionsregulation in Deutschland arbeiten seit Jahren sehr erfolgreich mit diesem Programm. Nun liegt es erstmals als Version für Jugendliche vor. Sie können Ihren Zugang

zur Software mit einer Keycard freischalten und das Programm herunterladen. Darüber hinaus kann die Software auch als CD-ROM erworben werden. So können Jugendliche das Programm alleine zu Hause nutzen.

Die Übungen und Beispiele aus dem gesamten Manual sind ein Schatz langjähriger Erfahrung, der hauptsächlich durch die drei Arbeitsgruppen aus Berlin, Mainz und Hamburg/Lübeck zusammengetragen wurde. Am Anfang der einzelnen Module steht jeweils, wer schwerpunktmäßig beteiligt war.

Zusätzlich haben Patientinnen und Kollegen mit Ideen, Kritik und persönlichen Erfahrungen zu diesem Buch beigetragen. Simone Stojan hat viele Abende und Wochenenden für die Überarbeitung des interaktiven Parts geopfert. Ohne sie hätten wir wohl auf diesen Teil verzichten (oder die Veröffentlichung um drei Jahre verschieben) müssen. Wir danken auch dem Verlag, insbesondere Frau Dr. Mülker und Frau Becker, für das Vertrauen und das Engagement, das sie in dieses Projekt investiert haben. Die vielen neu erstellten Cartoons geben dem Werk seine unverkennbare Würze. Hier hat jemand gewirkt, der selbst sehr gut weiß, wie die DBT-A sich anfühlt und funktioniert (oder auch nicht ...); einen herzlichen Dank dafür.

Und natürlich muss an dieser Stelle ein Satz zur Gender-Frage stehen: Um die Sätze nicht unnötig sperrig zu machen, haben wir uns entschlossen, einheitlich die Bezeichnung „Therapeuten“ zu verwenden. Wenn von den Jugendlichen die Rede ist, schreiben wir durchgehend „Teilnehmerinnen“. Wir bitten darum, über diese sprachliche „Verkürzung“ hinwegzusehen. Bei den Arbeits- und Infoblättern sowie in der Software sprechen wir die Jugendlichen direkt an und haben uns daher entschlossen, dort immer die männliche und die weibliche Sprachform zu verwenden.

So wirksam diese Skills auch sind – sie sind in allererster Linie ein Modul der DBT-A. Auch im Skillstraining sind eine gelungene Beziehungsgestaltung, dialektische Grundhaltung und sehr viel motivationale Arbeit grundlegende Voraussetzungen. Dies alles konnten wir in diesem Manual nur anreißen. Wenn Sie also mit Jugendlichen mit einer Emotionsregulationsstörung und deren Familien nach der DBT-A arbeiten wollen, raten wir Ihnen, die entsprechende Literatur zu lesen und die Workshops zur DBT-A, die der Dachverband DBT anbietet, zu besuchen (www.dachverband-dbt.de).

Manchmal sind wir als Therapeuten in den Schwierigkeiten gefangen, die unser Beruf Tag für Tag mit sich bringt, und wir übersehen, was für ein Privileg es ist, mit diesen Jugendlichen zu arbeiten; wieviel Spaß es bereiten kann, Skills zu vermitteln und zu erfahren, wie diese schließlich wirken – und wie ergreifend es oft ist, wenn unsere Jugendlichen allmählich ihre „wilden Pferde“ in den Griff bekommen, um sich auf ihren eigenen Weg zu machen.

Wir hoffen, Sie mit diesem Manual in dieser Arbeit zu bestärken.

Hamburg und Mannheim, im Frühjahr 2017

Anne Kristin von Auer
Martin Bohus

Herausgeber

Dr. rer. nat. Anne Kristin von Auer

Psychologische Psychotherapeutin
Fachkundenachweis für Kinder und Jugendliche
Therapeutin- und Supervisorin für Dialektisch Behaviorale Therapie
für Adoleszente (DBT-A)
DBT-A-Zentrum Nord
Helmut-Steidl-Platz 5, 22143 Hamburg

Prof. Dr. med. Martin Bohus

Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Universität Heidelberg
Wissenschaftlicher Direktor
Institut für Psychiatrische und Psychosomatische Psychotherapie (IPPP)
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim
Stv. Sprecher Klinische Forschergruppe 256
www.kfo256.de
President of the European Society for the Study of Personality Disorders (ESSPD)
www.esspd.eu
Editor-in-Chief, Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation
www.bpded.com

Autoren

Dipl.-Psych. Katharina Abs

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Dipl.-Psych. Arne Bürger

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg
Füchsleinstr. 15, 97080 Würzburg

Dipl.-Psych. Sonia Ludewig

Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychosomatik und -psychotherapie
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck
Triftstraße 139, Haus 4, 23554 Lübeck

Dipl.-Psych. Florian Hammerle

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

Dipl.-Psych. Simone Stojan

Vorwerker Fachklinik für KJPP
Triftstraße 139
23554 Lübeck

Dipl.-Psych. Claudia Thurn

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Inhalt

I DBT für Adoleszente: Skillstraining

1 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)	3
Einführung	3
Struktur und Behandlungsstrategien in der DBT-A	4
2 Emotionsregulationsstörung im Jugendalter	9
Probleme im Umgang mit Gefühlen bei Jugendlichen	9
Emotionsregulationsstörung und Skillstraining im Jugendalter	14
3 Skillstraining	17
Grundlegendes zur Skillsvermittlung	17
Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte des Skillsgruppentrainings	20

II Module des Skillstrainings

4 Grundlagen und Fakten	35
Arne Bürger, Florian Hammerle und Anne Kristin von Auer	
Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	35
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	42
5 Achtsamkeit	58
Florian Hammerle, Arne Bürger und Anne Kristin von Auer	
Ziele dieses Moduls	58
Didaktisches Vorgehen	58
Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	60
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	64
6 Stresstoleranz	77
Arne Bürger, Florian Hammerle und Anne Kristin von Auer	
Ziele dieses Moduls	77
Didaktisches Vorgehen	78

Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	78
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	92
7 Umgang mit Gefühlen (Emotionsregulation)	120
Anne Kristin von Auer	
Ziele dieses Moduls	120
Didaktisches Vorgehen	120
Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	121
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	131
8 Zwischenmenschliche Skills	213
Sonia Ludewig und Anne Kristin von Auer	
Ziele dieses Moduls	213
Didaktisches Vorgehen	213
Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	214
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	223
9 Selbstwert	251
Simone Stojan und Anne Kristin von Auer	
Ziele dieses Moduls	251
Didaktisches Vorgehen	251
Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	253
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	263
10 Den Mittelweg finden	292
Claudia Thurn, Katharina Abs und Anne Kristin von Auer	
Ziele dieses Moduls	292
Didaktisches Vorgehen	293
Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	294
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	310
11 Umgang mit Rauschmitteln	345
Simone Stojan und Anne Kristin von Auer	
Ziele dieses Moduls	345
Didaktisches Vorgehen	345
Einsatz der Info- und Arbeitsblätter	346
Übersicht der Info- und Arbeitsblätter	353

Anhang

Infoblatt Probleme lösen	377
Arbeitsblatt Probleme lösen	381
Achtsamkeitsübungen	383
Aktive Übungen zum Teilwerden	383
Nach außen gerichtete Übungen zum Wahrnehmen und Benennen	393
Nach außen gerichtete Übungen zum Wahrnehmen	394
Ruhigere, eher nach innen gerichtete Übungen zum Wahrnehmen	395
Ruhigere, eher nach innen gerichtete Übung zum Teilwerden	397
Bewusstes Wahrnehmen oder Teilwerden im Alltag	398
Literaturverzeichnis	399
Skillsübersicht	405

Informationen zur Software

Interaktives Skillstraining für Jugendliche freischalten

Das Programm läuft unter Windows (Microsoft® Windows Server 2008, Windows 7, Windows 8.1 Classic oder Windows 10) sowie unter Macintosh (OS X v. 10.10 und höher). Mindestauflösung 1024x768, optimale Auflösung 1280x960 Pixel.

Damit das interaktive Programm fehlerfrei läuft, müssen Adobe Acrobat Reader und Adobe Air auf dem Computer installiert sein.

Das Skillstraining kann mittels einer **Keycard** freigeschaltet werden. Diese Keycard ist dem Buch beigelegt. 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 das Skillstraining mit dem auf der Keycard stehenden Code freischalten. Die genaue Schritt-für-Schritt-Anleitung können Sie der Keycard entnehmen.

Falls Sie mit einer **CD-ROM** arbeiten, legen Sie diese in das CD-ROM-Laufwerk und warten Sie einige Sekunden. Starten Sie die Installation durch Doppelklick auf die Datei „Skillstraining_2.0 Installer.exe“ unter Windows oder „Skillstraining_2.0 Installer“ unter Macintosh.

Interaktives Skillstraining für Jugendliche starten

Das Programm starten Sie, indem Sie nach der Installation „**Skillstraining für Jugendliche.exe**“ 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.

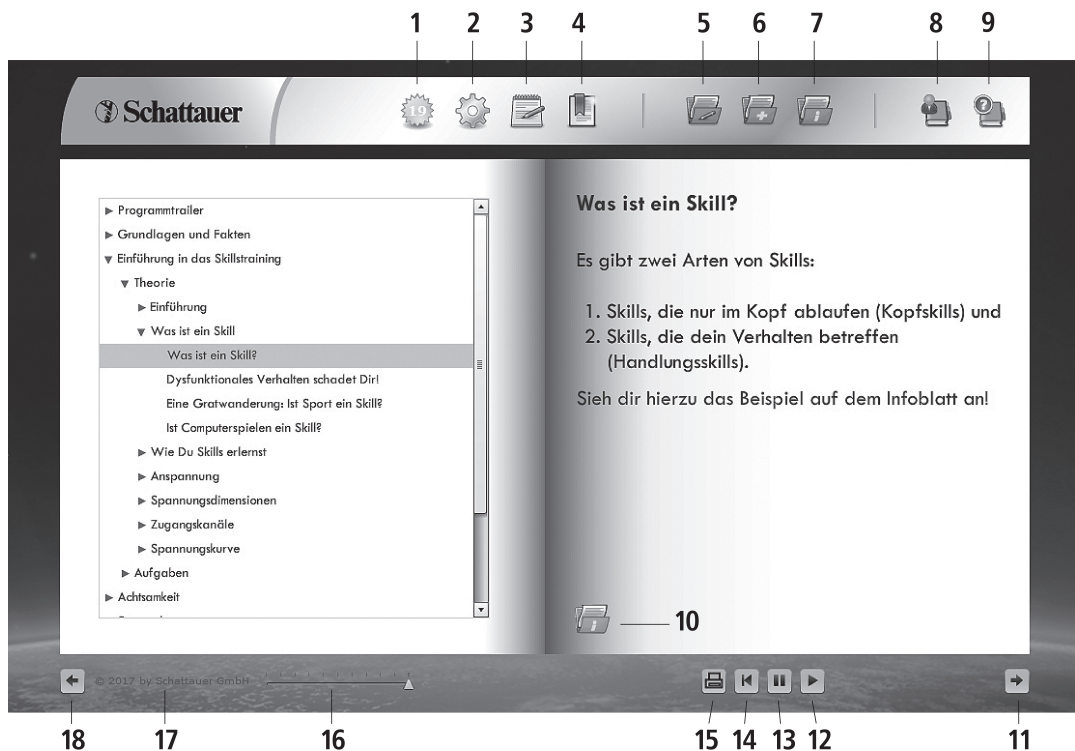


Abb. 1 Die wichtigsten Funktionen des Programms.

Auf der Startseite können Sie auch wählen, ob Sie mit dem Programm von vorne beginnen oder an der Stelle weiterarbeiten möchten, an der Sie bei der letzten Sitzung aufgehört haben.

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 für Jugendliche beinhaltet folgende Abschnitte:

- Programmtrailer
- Grundlagen und Fakten
- Einführung in das Skillstraining
- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Skills zum Umgang mit Gefühlen
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- Selbstwert
- Den Mittelweg finden

Mit den **Pfeilen** unten rechts und links (s. Abb. 1, Symbole 11 und 18) 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 13). Um das Programm wieder weiterlaufen zu lassen, klicken Sie den Vorwärts-Pfeil rechts neben der Pausentaste (s. Abb. 1, Symbol 12). Mit dem Rückwärts-Pfeil links neben der Pausentaste (s. Abb. 1, Symbol 14) 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 die Hintergrundfarben gewechselt werden.

Hilfsmittel und Programmfunktionen

Eigene Beispiele oder Kommentare zu wichtigen Themen können Sie in das „**Notizbuch**“ eintragen (s. Abb. 1, Symbol 3). 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, 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 Notfallkoffers an.

Wichtige Benutzerhinweise und Erklärungen zur Navigation finden Sie auch unter dem Symbol „**Hilfe**“ oben in der Menüleiste (s. Abb. 1, Symbol 9).

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**“ (s. Abb. 1, Symbol 7); ebenso gibt es ein Symbol für „**Zusatzmaterialien**“ (s. Abb. 1, Symbol 6). Wenn Sie diese Symbole oben in der Leiste anklicken, wird ein neues Fenster mit einer Liste der Pdf-Dateien gezeigt.

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 10). 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 15).

Im Programm finden Sie auch eine Sammlung mit konkreten Beispielen von Skills, die sogenannten „**Skills konkret**“, die jederzeit oben in der Leiste aktiviert werden können (s. Abb. 1, Symbol 8). Eine **Skillssammlung** mit vielen Beispielen zu Skills aus den unterschiedlichen Modulen finden Sie auch als Pdf-Datei unter dem Button „**Zusatzmaterialien**“. Mit dem Klick auf „Schattauer GmbH“ links unten (s. Abb. 1, Symbol 17) gelangen Sie zum **Impressum**. Über das Reglersymbol (s. Abb. 1, Symbol 16) können Sie die Lautstärke regeln.

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 10 Punkte) einen Zugang zum Bonusbereich. Hier können jeweils 10 oder 20 Punkte eingelöst werden, bei denen unterschiedliche Belohnungen ausgesucht werden können, z. B. ungewöhnliche Geschichten oder Musik.

Fragen & Antworten

Mehrwahlfragen werden jeweils am Ende eines Moduls im Abschnitt „Aufgaben“ gezeigt. 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 17) sowie weitere Informationen (Entstehungsgeschichte, Autoren etc.) finden Sie direkt innerhalb der Software (**Programmtrailer**). Die **Hilfe-Funktion** innerhalb der Software (s. Abb. 1, Symbol 9) enthält weitere wichtige Benutzerhinweise und Erläuterungen.

I DBT für Adoleszente: Skillstraining

1 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)

Einführung

Die DBT-A wurde in den USA in Kooperation mit Marsha Linehan für die ambulante Behandlung von suizidalen und sich selbst verletzenden Jugendlichen entwickelt (Rathus u. Miller 2002; Miller et al. 2007a).

Um dieser Patientengruppe auch in Deutschland gerecht zu werden, wurde die DBT-A sowohl für den ambulanten (Fleischhaker et al. 2011) als auch für den stationären Kontext (von Auer et al. 2015) im deutschsprachigen Raum adaptiert. Im stationären Bereich wächst das DBT-A-Angebot stetig, der ambulante Bereich ist noch deutlich unterversorgt.

Die DBT-A besteht dadurch, dass sie den Behandelnden und den Patientinnen eine klare Struktur bietet, ein transparentes Vorgehen ermöglicht und jeder Zeit eine Orientierung zu den derzeit angestrebten Zielen bietet. Eine dialektische Sichtweise und akzeptierende und validierende Grundhaltung bilden das Fundament der DBT-A. Auf dieser Grundlage werden den Jugendlichen die sogenannten Skills (Fertigkeiten) vermittelt. Diese stellen – alternativ zu den bisher meist dysfunktionalen Bewältigungsversuchen – Strategien für den Umgang mit sich selbst, seinen Gefühlen und dem Umfeld dar. Die Vermittlung der Skills erfolgt hauptsächlich in der Skillsgruppe. In der Einzeltherapie sowie im stationären Rahmen auch in den Bezugsbetreuerstunden werden die in der Skillsgruppe erlernten Fertigkeiten auf die Bedürfnisse des Einzelnen angepasst und eine Generalisierung in den Alltag unterstützt.

Wir haben im Titel dieses Manuals und auf den Info- und Arbeitsblättern bewusst auf den Begriff der Borderline-Störung verzichtet, insbesondere weil Störungen der Emotionsregulation heute als transdiagnostischer Pathomechanismus verstanden werden, die einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen zugrunde liegen.

Andererseits zeigt eine Vielzahl von Daten, dass gerade Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) ihren Anfang in der Adoleszenz nehmen – und in diesem Alter auch valide und reliabel zu diagnostizieren sind. Die derzeit gültigen S2-Praxisleitlinien für Persönlichkeitsstörungen tragen dem Rechnung, indem diese Diagnose ab dem 16. Lebensjahr gefordert wird. Wir sind uns bewusst, dass dies in der klinischen Praxis nicht immer umgesetzt wird – teils weil es schwierig ist, zwischen schweren Pubertätskrisen und BPS zu unterscheiden, teils weil man der Validität der Diagnose nicht vertraut, zum Teil auch weil man die Jugendlichen vor den stigmatisierenden Konsequenzen unseres Versorgungssystems schützen will. Ein sorgsamer Umgang mit der Diagnosestellung und ein Abschätzen der Vor- und Nachteile sind sicherlich ratsam. Andererseits liegt mit der DBT nun ein evidenzbasiertes Behandlungskonzept vor, das dezidiert diese Diagnose beim Namen nennt und die Betroffenen ausdrücklich ermuntert, sich mit dieser Störung aktiv auseinanderzusetzen. Vor diesem Hintergrund überwiegen aus unserer Sicht die Vorteile, die Diagnose zu stellen. Alle Fachleute sind sich heute einig, dass diese Störung – entsprechende Hilfe vorausgesetzt – genauso reversibel ist wie andere psychische Erkrankungen auch.

Dieses Skillsmanual wurde erstellt, um allen Praktikern eine konkrete Anleitung in der Vermittlung der verschiedenen Skills zu bieten. Das hier vorliegende Manual für die Behandlung von Jugendlichen basiert weitestgehend auf dem Interaktiven Skillstraining für Borderline-Patienten von Bohus und Wolf-Arehult (2013) und wurde um Aspekte aus dem DBT-A-Manual von Fleischhaker et al. (2011) und dem englischen Original von Miller, Rathus und Linehan (2007a) ergänzt. Die Zusammenstellung der Skills wie auch die konkrete Vorgehensweise beruht auf unserer praktischen Erfahrung in der Anwendung der verschiedenen Manuale. Wir haben unsere Empfehlungen und Ideen zusammengestellt, was jedoch nicht heißt, dass Sie nicht Ihre eigene Vorgehensweise wählen und eigene Ideen umsetzen können. Wir möchten Sie ermutigen, einen kreativen Umgang mit den Materialien zu pflegen. Gerade in der Arbeit mit Jugendlichen ist Flexibilität gefragt. Alles, was dazu führt, dass Sie die Jugendlichen für den Einsatz von Skills gewinnen können, ist „erlaubt“.

Im Folgenden soll die Struktur der DBT-A kurz dargestellt werden. Der Schwerpunkt des vorliegenden Manuals liegt jedoch auf der Vermittlung von Skills in der Skillsgruppe.

Struktur und Behandlungsstrategien in der DBT-A

In diesem Kapitel wird nur ein kurzer Überblick über das Konzept und die zentralen Behandlungsstrategien in der DBT-A gegeben. Wer mit der DBT-A arbeitet, sollte eine entsprechende Ausbildung absolvieren, um diese Inhalte zu erlernen. Ausführliche Informationen zum allgemeinen Konzept und den Behandlungsstrategien in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) sind bei Linehan (1996a), Bohus (2002) oder Dimeff und Koerner (2007) nachzulesen. Speziell für die DBT-A werden diese Inhalte ausführlich bei Miller et al. (2007a) dargestellt.

Der folgende Abschnitt soll lediglich die Einordnung des Skillstrainings in eine Gesamtstruktur ermöglichen.

Die DBT-A basiert auf einem **kognitiv-behavioralen Grundkonzept**, wurde jedoch um **achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Methoden** erweitert und steht auf dem Fundament einer **dialektischen Grundhaltung**. Sie besteht aus folgenden Bausteinen:

Elemente der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente

Ambulante DBT-A

- Einzeltherapie (1x/Woche)
- Familiengespräche und/oder Gespräche mit der zugehörigen Jugendhilfeeinrichtung (ungefähr jede 5. Sitzung)
- Skillsgruppe unter Einbezug der Eltern oder anderer Bezugspersonen
- Telefoncoaching
- regelmäßiger Austausch der Therapeuten und Skillsgruppentrainer im DBT-A-Beratungsteam

Stationäre DBT-A: zusätzlich

- eine Elterngruppe (falls der Einbezug der Eltern in die Skillsgruppe nicht möglich ist)
- Bezugspersonenstunden durch den Pflege- und Erziehungsdienst (PED)
- Jugendkonferenz
- Achtsamkeitsgruppe
- Commitmentgruppe (optional)
- Skillscoaching im Stationsalltag

Zu Beginn der Behandlung bestimmt der Einzeltherapeut bzw. im stationären Rahmen das Behandlungsteam mittels Zielanalyse gemeinsam mit der Patientin, welche Verhaltensweisen fokussiert werden. Die Priorisierung erfolgt anhand der Hierarchie der Therapieziele.

Hierarchie der Therapieziele

(Adaption für Jugendliche in Anlehnung an Bohus u. Reicherzer 2012, S. 67)

Therapiestadium I: Schwerwiegende Probleme im Handeln

- Verbesserung der Überlebensfertigkeiten (Umgang mit krisenerzeugendem Verhalten)
- besseres Mitwirken bei der Therapie (Umgang mit therapiezerstörendem oder den Therapiefortschritt behinderndem Verhalten)
- Behandlung psychischer Störungen oder Probleme, die den Schul- oder Ausbildungsbesuch verhindern

Therapiestadium II: Probleme des emotionalen Erlebens

- Verbesserung der sozialen Situation (Integration in die Gleichaltrigengruppe)
- Verbesserung emotionaler Probleme wie Einsamkeit, Selbsthass usw.

Therapiestadium III: Selbstwertprobleme, individuelle Schwierigkeiten

- Verbesserung des Selbstwerts
- Arbeit an weiteren individuellen Zielen

Der Fokus der Therapie liegt auf dem jeweils am höchsten eingestuften Verhalten und wechselt, sobald ein höher hierarchisiertes auftritt.

Über **Verhaltensanalysen** werden die Faktoren herausgearbeitet, die das fokussierte Verhalten auslösen und aufrechterhalten. In den ersten Wochen der Therapie erarbeitet der Therapeut mit der Patientin eine Verhaltensanalyse zu dem priorisierten Verhalten. Typischerweise ist dies der letzte Suizidversuch oder die letzte schwere Selbstverletzung. Die Verhaltensanalyse kann sich jedoch auch auf Alkohol- oder Drogenkonsum, Essattacken, Erbrechen oder Hungern, auf Schulvermeidung, verbale oder körperliche Gewalt oder vieles andere beziehen. Die Erkenntnisse aus der Verhaltensanalyse gehen in die **Lösungsanalyse** ein, die das Ziel hat, alternative Verhaltensweisen zu ermitteln. Je nachdem, in welchen Bereichen Fertigkeitendefizite vorliegen, wird hier am Aufbau von Skills aus den entsprechenden Modulen gearbeitet.

Der **Aufbau von Skills** erfolgt über die konkrete Vermittlung und Einübung von Skills in der **Skillsgruppe** (s. u.) und in den Einzel- oder Bezugspersonenstunden durch den PED. Über **Tagebuchkarten** wird der Therapiefortschritt bezüglich der identifizierten Verhaltensweisen überprüft. Auch **andere Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie**, wie z.B. kognitive Umstrukturierungsprozesse oder Konfrontationsverfahren, kommen zum Einsatz. Darüber hinaus ist ein gutes **Kontingenzmanagement** von besonderer Bedeutung. Grundsätzlich gilt, dass möglichst keine Verstärkung (über soziale Zuwendung) von dysfunktionalem Verhalten durch Therapeuten und Skillstrainer erfolgen sollte. Gleichzeitig wird zielführendes Verhalten durch Zuwendung und Interesse gefördert.

Das Gegengewicht zu den **veränderungsorientierten Methoden** bilden **akzeptanzbasierte Methoden**. Hierzu zählen **Achtsamkeit** und eine **annehmende Haltung**. Das gesamte DBT-Team übt sich in einer nicht-bewertenden, beschreibenden und mitfühlenden Haltung. Dies erfolgt über regelmäßige Achtsamkeitsübungen, das Einhalten

bestimmter Teamregeln auch in Besprechungen (vgl. Bohus 2002) und das Verinnerlichen der **Grundannahmen** (► Infoblatt Grundlagen und Fakten 9).

Eine zentrale Akzeptanzstrategie in der DBT ist die **Validierung**. Validierung vermittelt der Patientin, dass ihre subjektive Sicht der Dinge, ihre Gefühle und Gedanken sowie ihr Verhalten nachvollziehbar, jedoch nicht die einzig mögliche Alternative sind (vgl. Linehan 1996a).

Insbesondere bei Jugendlichen muss Validierung ebenso nonverbal, „untherapeutisch“ und auch außerhalb von Einzelgesprächen erfolgen. Im Modul „Den Mittelweg finden“ (► Kap. 10) wird den Jugendlichen selbst und ihren Eltern Validierung vermittelt. Therapeuten, Skillstrainer und weitere Mitarbeiter des DBT-A-Teams erlernen in der DBT-A-Ausbildung **sieben Validierungsstufen** (► Tab. 1-1).

Tab. 1-1 Validierungsstufen in der DBT-A.

Validierungsstufe		Erläuterung	Beispiel
V1	ungeteilte Aufmerksamkeit	aufmerksam zuhören, Interesse signalisieren, sich an Gesagtes erinnern, nachfragen	Der Therapeut ist mit seiner gesamten Aufmerksamkeit bei der Patientin. T: Du hast letzte Woche erzählt, du schreibst eine Mathearbeit. Wie ist es gelaufen?
V2	genaue Reflexion	das Gesagte zusammenfassen, um Verständnis zu signalisieren	T: Du warst gestern also total im Stress, weil du so viele Termine hattest?
V3	Validierung in Kreuzmodalitäten/ Verbalisieren von Nicht-Gesagtem	Emotionen, Kognitionen oder anderes aussprechen, was die Patientin nicht selbst benennt; dabei den Modus wechseln	T: Wenn du gedacht hast: „Mein Lehrer ist ein Arsch“, musst du wahnsinnig sauer gewesen sein, oder? T: Ich könnte mir vorstellen, es ist dir auch unangenehm, dass ich so viel über dich wissen will, obwohl du mich noch gar nicht kennst.
V4	Validierung in Bezug auf biografische Erfahrungen oder eine biologische Disposition	vermitteln, dass die Reaktion aufgrund der Lerngeschichte oder der biologischen Disposition nachvollziehbar ist	T: Du bist schon öfter gemobbt worden. Klar ist es für dich jetzt eine Überwindung, in die neue Klasse zu gehen. T: Wenn du ein ADHS hast, ist es natürlich schwerer, sich auf den Stoff zu konzentrieren.
V5	Validierung anhand der aktivierten Schemata	Grundannahmen bzw. Schemata als Erklärung für eine Reaktion einbeziehen	T: Wenn du der Meinung bist, „Mich kann eh niemand leiden“, dann kann ich gut verstehen, dass du darüber nachdenkst, nicht zu der Party zu gehen.
V6	radikale Echtheit	die „Norm“ einbeziehen; kennzeichnen, dass ein Verhalten der Norm entspricht oder nicht der Norm entspricht und daher zu Schwierigkeiten führen wird	T: Wenn ich morgen ein Referat halten müsste, wäre ich auch total aufgeregt. T: Wenn du weiter zuschlägst, sobald dich jemand kränkt, wirst du irgendwann mal im Jugendarrest landen.

Tab. 1-1 Fortsetzung

Validierungsstufe		Erläuterung	Beispiel
V7	reziproke Vulnerabilität/Selbstoffenbarung	die eigene Verletzlichkeit offenbaren, wenn die Patientin das tut	P am Therapieende: Ich finde es schade, dass wir uns nicht mehr sehen. T: Das finde ich auch.

Die **dialektische Grundhaltung** akzeptiert das gleichzeitige Bestehen widersprüchlich erscheinender Pole und versucht aus einer „Entweder-Oder-Sicht“ eine „Sowohl-Als-Auch-Perspektive“ zu formen. Eine Balance der Akzeptanz- und Veränderungsstrategien schafft die Grundlage für eine stabile Beziehung zur Patientin und macht einen Veränderungsprozess möglich. Die Beziehungsgestaltung zu den Jugendlichen in der DBT-A ist durch einen **schnellen Wechsel zwischen Akzeptanz- und Veränderungsstrategien** gekennzeichnet.

Das Thema Dialektik wird später im Modul „Den Mittelweg finden“ (► Kap. 10) ausführlicher aufgegriffen.

Um die Therapiemotivation und damit die Selbstverpflichtung (Commitment) zur aktiven Teilnahme an der Therapie zu erhöhen, ergänzte Linehan (1996a) ihren Therapieansatz um spezielle **Commitmentstrategien** (► Tab. 1-2).

Tab. 1-2 Commitmentstrategien zur Erhöhung der Therapiemotivation.

Strategie	Erläuterung	Beispiel
Betonen der freien Wahlmöglichkeit	Es wird betont, dass die Entscheidung bei der Patientin liegt, ohne die realistischen Konsequenzen zu unterschlagen.	T: Es ist natürlich deine Entscheidung, ob wir daran arbeiten, dass du im Unterricht weniger störst. Wenn wir nicht daran arbeiten, könnte deine Versetzung allerdings gefährdet sein.
Erinnern an frühere Zustimmung	Wenn die Motivation abzunehmen scheint, wird daran erinnert, welche Ziele die Patientin vorher genannt hatte oder welche Absprachen getroffen wurden.	T: Als du die Therapie begonnen hast, hast du gesagt, du wolltest lernen, dich nicht mehr zu verletzen. Welches waren damals noch mal die Gründe dafür, dass du daran arbeiten wolltest?
Pro und Contra	Kurz- und langfristige Konsequenzen eines Verhaltens bzw. einer Verhaltensveränderung werden abgewogen.	T: Lass uns mal in Ruhe schauen, was kurz- oder langfristig für oder gegen den Drogenkonsum spricht.
Fuß in der Tür und Tür ins Gesicht	Eine kleine Anforderung wird gestellt und von größeren Anforderungen gefolgt. Eine etwas übertrieben hohe Anforderung wird gestellt, um dann die Anforderung deutlich zu verringern.	T: Welches ist der erste Skill auf deiner Skillskette? Kannst du mit dem mal anfangen? T: Schau dir doch die Station erst mal an. T: Ich finde, du solltest ab jetzt jeden Tag 2 Stunden Sport machen. ... Okay, vielleicht kannst du damit anfangen, jeden zweiten Tag 30 Minuten joggen zu gehen.

Tab. 1-2 Fortsetzung

Strategie	Erläuterung	Beispiel
Advocatus Diaboli	Der Therapeut argumentiert „im Sinne des Teufels“ – also z. B. <i>für</i> ein dysfunktionales Verhalten, um der Patientin zu ermöglichen, ohne Ge-sichtsverlust die gegenteilige Haltung einzunehmen. Dies funktioniert nur, wenn die Pa-tientin eigentlich schon etwas mehr dazu tendiert, etwas verändern zu wollen.	T: Also ehrlich gesagt habe ich jetzt auch den Eindruck, dass es in deiner Situation zu viel verlangt wäre, eine Therapie zu machen. Du kommst ja auch ganz gut klar, solange du dich selbst verletzen kannst.
Cheerleading	Der Therapeut feuert an bzw. äußert, dass er der Patientin die nächsten Schritte zutraut und an sie glaubt.	T: Ich bin fest davon überzeugt, dass du das schaffen wirst.

Das Commitment der Patientinnen und auch der Eltern oder anderer Bezugspersonen, diese Therapie zu machen, an bestimmten Zielen zu arbeiten, Skills einzusetzen und Vieles mehr ist die Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf. Das Commitment schwankt bei Jugendlichen mit einer Emotionsregulationsstörung besonders stark und muss immer wieder überprüft und erneuert werden. Außerdem ist es bei Jugendlichen, die gerade mit ihrer Autonomieentwicklung beschäftigt sind, besonders wichtig zu betonen, dass wir ihr Commitment brauchen. Natürlich fördern auch die dialektische Grundhaltung und die Validierung das Commitment der Patientinnen.

Im Folgenden beziehen wir uns auf das Skillstraining. Der Einsatz aller genannter und weiterer noch ungenannter DBT-Strategien ist jedoch unerlässlich, um Erfolge zu erzielen. Daher möchten wir Sie ermutigen, sich (falls noch nicht geschehen) mit der oben angeführten Literatur zu beschäftigen und weitere Fortbildungsangebote zur DBT-A zu nutzen.

2 Emotionsregulationsstörung im Jugendalter

Probleme im Umgang mit Gefühlen bei Jugendlichen

Das Jugendalter ist eine kritische Phase für die Entwicklung der Emotionsregulation. Jugendliche reagieren stärker auf emotionsauslösende Situationen (z. B. Stroud et al. 2009), erfahren häufiger negative oder gemischte Gefühle (z. B. Riediger et al. 2009, 2014) und zeigen schnellere Stimmungswechsel (z. B. Larson et al. 2002). Die Regulation der Emotionen scheint in diesem Erleben von Jugendlichen eine Schlüsselrolle zu spielen (z. B. Opitz et al. 2012; Riediger u. Klipker 2014) und ist vermutlich zentral für die generelle Fähigkeit, sich an die sozialen und emotionalen Herausforderungen in diesem Alter anzupassen (z. B. Yap et al. 2007; Riediger u. Klipker 2014). Nach der Definition von Gross (1999) umfasst die Emotionsregulation bewusste und automatische Prozesse, die beeinflussen, welche Emotionen wir erleben, wann wir diese erleben und wie wir diese erfahren und ausdrücken.

Im Jugendalter häufen sich Situationen, die emotional fordernd sind. In dieser Zeit werden die Konflikte mit den Eltern häufiger, die Interaktion mit Gleichaltrigen gewinnt an Bedeutung und macht verletzlicher, zudem gibt es die ersten sexuellen und Liebeserfahrungen. Gleichzeitig finden starke hormonelle Umstellungen statt, die eine sexuelle Reifung sowie Veränderungen in der Körpergröße und den Proportionen bewirken. Aufgrund des körperlichen Wandels ändern sich auch die Erwartungen des sozialen Umfeldes: Von Jugendlichen, die wie Erwachsene aussehen, wird erwartet, dass sie sich wie Erwachsene verhalten (Dahl 2004). Große Umbrüche vollziehen sich ebenso in der Psyche, etwa eine Veränderung der kognitiven Funktionen und des moralischen Denkens. Dies führt auch dazu, dass die Heranwachsenden sich stärker mit denjenigen Aspekten ihres Daseins beschäftigen, die die eigene Daseinsberechtigung und Zukunft betreffen, was wiederum starke Emotionen auslösen kann (z. B. Thorne 2004). Diese Herausforderungen an die Entwicklung fördern i. d. R. die Entfaltung von Fertigkeiten, welche die Identitäts- und Autonomieentwicklung sowie andere Aufgaben des Übertritts in das Erwachsenenalter betreffen (Erikson 1968). Dies funktioniert jedoch nur dann, wenn die Herausforderungen nicht zur Überforderung werden (Yap et al. 2007). Die Fähigkeit zur Emotionsregulation scheint bei der Frage, ob ein Jugendlicher diese Entwicklungsaufgaben angemessen bewältigt, eine zentrale Rolle zu spielen.

Zimmer-Gembeck und Skinner (2011) beschäftigten sich mit 58 Studien, die Bewältigungsstrategien von der Kindheit bis zur Jugend beleuchten. Die Regulationskapazitäten scheinen in dieser Phase mit steigendem Alter zuzunehmen. Emotionale Situationen werden besser verstanden und das Repertoire an Emotionsregulationsskills ist besser entwickelt. Darüber hinaus scheinen die Jugendlichen immer besser in der Lage zu sein, die für die jeweilige Situation passende Strategie auszuwählen. So werden etwa Problemlösestrategien vermehrt dann eingesetzt, wenn die Situation beeinflussbar ist (z. B. Leistungsprobleme in der Schule), während Ablenkung eher dann genutzt wird, wenn die Situation nicht zu beeinflussen ist (z. B. die Erkrankung eines Elternteils). Die Autoren berichten jedoch auch, dass diese Entwicklungen anscheinend nicht linear verlaufen. Einige Studien zeigen, dass es während dieser Phase auch Zeiten geben kann

(insbesondere das frühe Jugendalter), in denen die Jugendlichen wieder vermehrt mit der Regulation ihrer Gefühle kämpfen oder maladaptive Strategien wie kognitive Vermeidung, Grübeln oder verbale Angriffe einsetzen. So nutzen 13-jährige Jugendliche beispielsweise kognitive Strategien wie positive Neubewertung, Aufmerksamkeitslenkung oder vorausschauende Planung sehr viel seltener als junge Erwachsene (Garnefski et al. 2002).

Gross (1999) geht davon aus, dass ein adaptiver Emotionsregulationsstil davon abhängt, wie flexibel das Individuum die unterschiedlichen Skills zur Gefühlssteuerung einsetzen kann. In einer Überblicksarbeit beschäftigen sich Compas und Kollegen (2001) mit 63 Studien zur Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. Sie schließen, dass problemfokussierte und sich der Situation stellende Bewältigungsstrategien mit einer besseren psychischen Anpassung in Kindheit und Jugend einhergehen. Zu diesen Strategien gehören positives Denken, eine genaue Situationsanalyse und eine selektive Aufmerksamkeit auf positive Aspekte der Situation. Sich weder der Sachlage noch seinen Gefühlen zu stellen, scheint hingegen mit einer geringeren psychischen Anpassung einherzugehen. Zu diesen Strategien gehören Vermeidung, Rückzug und Emotionsunterdrückung. Aber auch negative Kognitionen über sich und die Situation sowie das unregulierte Herauslassen von Gefühlen scheinen sich negativ auf die psychische Anpassung auszuwirken. In einer Longitudinalstudie über ein Jahr an Schülern der Klassen 8 und 9 (Ciarrochi et al. 2008) wurde gezeigt, dass eine geringe Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen, einen Anstieg von Angst, eine Abnahme positiver Gefühle und eine Abnahme von sozialer Unterstützung voraussagt. All diese Beobachtungen passen zu der Definition von Gratz und Roemer (2004).

Definition

Emotionsregulation umfasst

- das Wahrnehmen und Verstehen von Gefühlen,
- die Akzeptanz von Gefühlen und
- die Fähigkeit, impulsives Verhalten zu kontrollieren und sich in Übereinstimmung mit den angestrebten Zielen auch beim Erleben negativer Gefühle flexibel zu verhalten.

(nach Gratz u. Roemer 2004)

Es gibt Belege dafür, dass eine gute Emotionsregulationsfähigkeit mit einer höheren sozialen Kompetenz, einem stärker ausgeprägtem prosozialem Verhalten, einer besseren akademischen Laufbahn und weniger Problemen mit Externalisierung und Internalisierung führt (z. B. Bell u. Calkins 2000; Buckley u. Saarni 2009; Silk et al. 2003; Zeman et al. 2006). Eine gute Fähigkeit zum Umgang mit Gefühlen steht außerdem in Zusammenhang mit einer höheren Akzeptanz in der Gleichaltrigengruppe und einer geringen Gefahr, von Gleichaltrigen gemobbt und ausgeschlossen zu werden (Buckley u. Saarni 2009).

Eine maladaptive Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen wird heute als vermittelnder Faktor bei der Entwicklung verschiedener psychischer Probleme gesehen (z. B. Gunnar et al. 2009; Shortt et al. 2010; Sumter et al. 2010). Hierzu gehören Angststörungen (Überblick bei Mohr u. Schneider 2013), Depressionen (Überblick bei Horn u. Pössel 2013), Störungen des Sozialverhaltens (Überblick bei Stadler u. Danielsson 2013), Autismusspektrumstörungen (Überblick bei Altgassen u. Kretschmer 2013), Auf-

merksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Überblick bei Legenbauer u. Holtmann 2013), Traumafolgestörungen (Überblick bei Schmid 2013), Essstörungen (Überblick bei Munsch u. Hilbert 2013) und ebenso das nicht-suizidale selbstverletzende Verhalten (NSSV) oder Borderline-Symptome (Überblick bei In-Albon u. Bürli 2013).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass an der Entwicklung der Emotionsregulationsfähigkeit im Jugendalter **sowohl intra- als auch interpersonelle Faktoren** beteiligt sind. Auf die einzelnen Faktoren wird im Folgenden kurz eingegangen.

Neurophysiologie

In der Entwicklung vom Kind zum Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden **kognitive Kontrollfunktionen komplexer und effizienter** (Überblick bei Yurgelun-Todd 2007). Die Veränderungen werden der Reifung des präfrontalen Kortex zugeschrieben (z. B. Casey et al. 2008, 2010; Steinberg 2008). Diese Reifung umfasst eine Verringerung der grauen Substanz, verursacht durch die Elimination nicht genutzter synaptischer Verbindungen, was vermutlich eine umgrenztere Aktivierung bestimmter Hirnareale ermöglicht. Studien zur kognitiven Kontrolle weisen darauf hin, dass in der Entwicklung vom Kind zum jungen Erwachsenen mit zunehmendem Alter der dorsolaterale präfrontale Kortex verstärkt aktiviert wird und die Nutzung bestimmter ausgewählter Hirnareale, die für die kognitive Kontrolle zuständig sind, immer effizienter funktioniert (Überblick bei Casey et al. 2008; Steinberg 2008). Es ist davon auszugehen, dass der Einsatz von kognitiver Kontrolle eine Voraussetzung für eine effektive Emotionsregulation darstellt (Gray u. Braver 2007; Ochsner u. Gross 2005). Verschiedene Studien mit Teilnehmern unterschiedlichen Alters weisen auf genau diesen Zusammenhang hin (z. B. Compton et al. 2008; Hoeksma et al. 2004; Robinson 2007).

Da sich die kognitiven Kontrollfunktionen von der Kindheit zum Erwachsenenalter verbessern und der präfrontale Kortex reift, sollte man davon ausgehen, dass sich in dieser Zeit sowohl die allgemeine Selbstregulationsfähigkeit als auch speziell die Emotionsregulationsfähigkeit verbessert (Casey et al. 2010). Eine hohe Impulsivität und Risikobereitschaft im Jugendalter und eine geringere Fähigkeit, Versuchungen und dem Einfluss der Gleichaltrigengruppe zu widerstehen, sprechen jedoch gegen diese Annahme (Riediger u. Klipker 2014; Luerksen u. Ayduk 2014). Auch die Befunde einer erhöhten negativen Emotionalität und der emotionalen Instabilität im Jugendalter (z. B. Ciarrochi et al. 2008; Larson et al. 2002) sprechen eher dafür, dass der **Anstieg in der Emotionsregulation nicht linear verläuft**. Daher gehen verschiedene Experten heute davon aus, dass man neben der Reifung des präfrontalen Kortex auch subkortikale und andere Hirnareale berücksichtigen muss, die an der Verarbeitung von emotionalen Informationen beteiligt sind (z. B. Casey et al. 2010; Steinberg 2008). Diese Autoren nehmen an, dass die strukturelle und funktionelle Reifung dieser verschiedenen Hirnsysteme nicht parallel verläuft. Nach ihrer Ansicht entwickelt sich das limbische System früher als der präfrontale Kortex (Bardo 2004; Casey et al. 2008, 2010; Chambers et al. 2003, Rutherford et al. 2010). Diese unterschiedlichen Zeitverläufe können dazu führen, dass Emotionswahrnehmung und -regulation in bestimmten Phasen des Jugendalters nicht gut aufeinander abgestimmt sind.

Möglicherweise greift die simple Betrachtung der Reifung von Hirnstrukturen auch zu kurz, um die komplexen Vorgänge in der Emotionsverarbeitung zu verstehen. So könnte die Reifung bestimmter Hirnstrukturen auch zu einer **differenzierteren und komplexeren Emotionswahrnehmung** führen (Pfeifer u. Allen 2012), die den Jugendlichen dann wiederum überfordert, da er noch nicht die passenden Emotionsregulationsskills

ausgebildet hat oder das Umfeld ihn nicht ausreichend in der Verarbeitung dieser Wahrnehmung unterstützt (s. u.).

Aufgrund der neurophysiologischen Veränderungen, die das jugendliche Gehirn durchläuft, scheint es besonders anfällig für die Entwicklung einer Emotionsregulationsstörung zu sein.

Bildgebende Verfahren, die sich diesem Thema im Jugendalter widmen, sind rar. Bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung hat der Einsatz von bildgebenden Verfahren äußerst widersprüchliche Befunde ergeben (Überblick bei Fonagy et al. 2015), was die Autoren darauf zurückführen, dass es sich hier um heterogene Stichproben gehandelt hat und sich strukturelle Veränderungen im Gehirn bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen noch nicht vollständig materialisiert haben. Die letztere Aussage spricht dafür, schon in diesem Alter zu intervenieren.

Genetik, Molekulargenetik

Molekulargenetische Studien legen nahe, dass es **biologische Unterschiede in der emotionalen Reaktivität** gibt, die z. B. mit Polymorphismen des Serotonintransporters zu tun haben (Canli u. Lesch 2007). Amstadter et al. (2012) ermittelten, dass 10- bis 14-Jährige mit einem genetischen Polymorphismus des Serotonintransporters oder des Dopamintransporters schlechter bei einer Aufgabe abschnitten, die die Fähigkeit zur Stresstoleranz maß. Andere Studien wiesen nach, dass Kinder und Jugendliche, die einen Polymorphismus des Serotonintransporter-Gens aufwiesen, die stärksten Borderline-Züge zeigten (Hankin et al. 2011). Belsky et al. (2012) fanden einen Zusammenhang von Misshandlung und Borderline-Zügen bei 12-Jährigen, der nur dann bestand, wenn es in der Familie bereits eine psychische Krankheitsgeschichte gab, was für eine genetisch bedingte Vulnerabilität spricht.

Auch hier ist die Studienlage noch unbefriedigend. Auch wenn man davon ausgeht, dass es eine neurobiologische bzw. genetische Prädisposition für das Auftreten von Problemen der Emotionsregulation geben kann, so greift eine isolierte Betrachtung zu kurz. Die Einflüsse des sozialen Umfeldes, die ebenfalls auf neurophysiologische Prozesse einwirken, sind unumstritten. Die Effekte genetisch bedingter biologischer Unterschiede in der emotionalen Reaktivität auf die Emotionsregulation (Canli u. Lesch 2007) scheinen beispielsweise durch eine sichere Bindung abgepuffert zu werden (Zimmermann et al. 2009) – womit der Einfluss der Familie ins Spiel kommt.

Familiäre Einflüsse

Die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, wird maßgeblich durch die Interaktion eines Menschen mit seinem sozialen Umfeld geprägt. Der familiäre Einfluss auf die Entwicklung der Emotionsregulation wird über verschiedene Wege vermittelt (Morris et al. 2007):

- Das Kind lernt am Modell. Es beobachtet, wie die Eltern ihre eigenen Gefühle regulieren.
- Die Eltern leiten das Kind direkt im Umgang mit seinen Gefühlen an und gehen selbst mit dessen Gefühlen um.
- Das familiäre Klima er- oder entmutigt den freien Ausdruck von Gefühlen.

Untersuchungen unterstützen diese Annahmen. So hat sich gezeigt, dass die **Emotionsregulationsfähigkeit der Eltern** und **deren Einstellung zu Gefühlen** einen Einfluss auf die Emotionsregulation ihrer Kinder haben (Hunter et al. 2011; Katz u. Hunter 2007; Morris et al. 2007; Teti u. Cole 2011).

- Kinder von depressiven Müttern haben z. B. häufiger Schwierigkeiten mit der eigenen Emotionsregulation (Dagne u. Snyder 2011; Feldman et al. 2009, Hoffman et al. 2006).
- Die Stresstoleranz von Müttern steht in Zusammenhang mit der Stresstoleranz ihrer Töchter (Daughters et al. 2014).
- Starker Stress wird von Jugendlichen als weniger belastend erlebt, wenn ihre Eltern sich einfühlsam und unterstützend verhalten. Das Gegenteil ist der Fall, wenn die Eltern stark kontrollierend handeln (Boudreault-Bouchard et al. 2013).
- Jugendliche mit einer geringen Stresstoleranz, deren Eltern eher streng und mit wenig Einfühlungsvermögen auf den Stress ihrer Kinder reagieren, haben weniger oder weniger gute Freundschaften (Ehrlich et al. 2013).
- Unterstützen die Eltern ihre Kinder auf eine einfühlsame Weise, so entwickeln diese ein höheres Selbstwertgefühl, während ein wenig einfühlsamer und fordernder Erziehungsstil ein geringes Selbstwertgefühl begünstigt (Boudreault-Bouchard et al. 2013, Martinez u. Garcia 2007).
- Die zentrale Rolle einer geringeren familiären Unterstützung wurde auch für das Auftreten und die Aufrechterhaltung von NSSV nachgewiesen (Brausch u. Gutierrez 2010; Crowell et al. 2009; Tatnell et al. 2014).
- Familien von selbstverletzenden Jugendlichen scheinen eher ein unsicheres Bindungsmuster aufzuweisen (Martin et al. 2011; Tatnell et al. 2014) und ihre Kinder stärker zu kritisieren und zu invalidieren (You u. Leung 2012).
- In einem Konfliktgespräch zeigten diese Familien weniger positive Gefühle, mehr negative Emotionen und einen geringeren Zusammenhalt im Vergleich zu Familien nicht-selbstverletzender Jugendlicher (Crowell et al. 2008). Dieser Effekt scheint über Schwierigkeiten in der Emotionsregulation mediiert zu sein (Adrian et al. 2011).
- Passend zu diesen Befunden wurde festgestellt, dass unterstützende familiäre Beziehungen vor dem Auftreten von NSSV schützen und eine größere Rolle spielen als die Beziehung zu Gleichaltrigen (Brausch u. Gutierrez 2010; Giletta et al. 2012; Kaminski et al. 2010; Taliaferro et al. 2012).

Das Jugendalter stellt die Eltern vor eine zusätzliche Herausforderung. Obwohl Jugendliche autonomer werden und sich daher z. B. stärker an der Gleichaltrigengruppe und den Medien orientieren, bleibt der Einfluss der Eltern in dieser Phase groß (Bariola et al. 2011; Shortt et al. 2010; Yap et al. 2008). Allerdings benötigen Jugendliche eher eine indirekte Unterstützung, indem sie mit den Eltern über mögliche Strategien zur Emotionsregulation sprechen können, als eine direkte Instruktion (Morris et al. 2007). Ob es den Eltern gelingt, eine gute Balance zwischen Anleitung und Struktur auf der einen und Freiheit zur Autonomieentwicklung auf der anderen Seite herzustellen, ist für die emotionale Entwicklung der Jugendlichen von großer Bedeutung. Jugendliche, die von ihren Eltern abhängig bleiben, scheinen eher internalisierende Probleme (z. B. Depressionen) zu entwickeln, während Jugendliche, die die Unterstützung ihrer Eltern in Bezug auf ihre Emotionsregulation ablehnen, ein stärkeres Risiko für die Entwicklung von externalisierenden Problemen (z. B. Regelverstöße und Delinquenz, Substanzmissbrauch und Gewaltdurchbrüche) haben (Überblick bei Bell u. Calkins 2000; Morris et al. 2007).

Dabei ist ebenso zu berücksichtigen, dass die Fähigkeit der Eltern, angemessen zu reagieren, auch davon abhängt, wie ihre Kinder sich verhalten. **So hat etwa die Intensität, mit der Emotionen vom Kind wahrgenommen und ausgedrückt werden, einen Einfluss auf die Reaktionen der Eltern.** Verschiedene Studien implizieren, dass Eltern größere Schwierigkeiten haben, mit den Gefühlen der Jugendlichen umzugehen, wenn diese unkontrolliert ausgedrückt werden. Dadurch verändert sich die Fähigkeit der Eltern, Emotionsregulation anzuleiten, und auch das familiäre Klima wird beeinträchtigt. Beide Faktoren können wiederum einen negativen Einfluss auf die Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien des Jugendlichen haben (z. B. Dishion et al. 2004; Schulz et al. 2005). Ob Eltern in der Lage sind, angemessen auf ihr Kind zu reagieren, auch wenn dieses starke Gefühlsausbrüche zeigt, ist wiederum abhängig von ihrer eigenen Fähigkeit, Stress zu tolerieren und Gefühle zu regulieren. Diese Befunde unterstützen das bio-soziale Modell von Linehan (1996a; s. u.).

Leider werden häufig auch massive **negative familiäre Einflüsse** wie häusliche körperliche oder sexuelle Gewalt oder eine emotionale Vernachlässigung als Ursachen einer Emotionsregulationsstörung gefunden (Burns et al. 2010; Kim u. Cicchetti 2010; Koss et al. 2011; Robinson et al. 2009; Wilson et al. 2011). Speziell bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gibt es eine hohe Evidenz für den Einfluss negativer familiärer Erfahrungen, insbesondere emotionaler Vernachlässigung und körperlichen und sexuellen Missbrauchs (Überblick bei Fonagy u. Luyten 2015 oder Chanen u. Kaess 2012). Es ist jedoch zu betonen, dass diese Bedingungen vorliegen können, aber nicht müssen. Eine kurze Erläuterung zum Umgang mit dieser Frage in der Therapie findet sich in ► Kapitel 10 „Den Mittelweg finden“.

Die angeführten Studienergebnisse sprechen für **frühe Interventionen** bei Jugendlichen mit Problemen der Emotionsregulation bzw. für **Präventionsprogramme** (vgl. Chanen et al. 2008; Fonagy et al. 2015). Die DBT-A richtet sich an Jugendliche, die bereits psychisch auffällig geworden sind, und bezieht die Familie mit ein. Wenngleich die DBT-A ursprünglich für Jugendliche mit Suizidalität und NSSV entwickelt wurde, spricht heute viel dafür, Jugendliche mit Emotionsregulationsschwierigkeiten allgemein in das Behandlungsprogramm zu integrieren (s. u.).

Emotionsregulationsstörung und Skillstraining im Jugendalter

Nach den vorangehend beschriebenen Befunden ist davon auszugehen, dass das Jugendalter eine kritische Phase für die Entwicklung der Emotionsregulation darstellt, weil die Jugendlichen sich verschiedenen Entwicklungsaufgaben stellen müssen und ihr Gehirn ebenso wie der restliche Körper in dieser Zeit starken Veränderungsprozessen unterliegt. Eine bewusste Auseinandersetzung mit emotionalen Zuständen und Problemen sowie ein flexibler und situationsangepasster Umgang mit Gefühlen scheinen die psychische Anpassung zu unterstützen. Dies spricht dafür, die bewusste Auseinandersetzung mit Emotionsregulationsstrategien und deren Einsatz in unterschiedlichen Situationen zu fördern. Die **Vermittlung von entsprechenden Strategien (Skills) in der Skillsgruppe** entspricht genau diesen Anforderungen:

- Die Jugendlichen erlernen neue Strategien von den Skillsgruppentrainern, aber auch voneinander, und tauschen sich über den sinnvollen Einsatz dieser Fertigkeiten und ihre Erfahrungen mit dem Einsatz aus.
- Der Austausch untereinander unterstützt das Autonomiebestreben. Daher sollten die Skillsgruppentrainer den Gruppenteilnehmerinnen ebenso Raum für den Austausch untereinander einräumen.
- Da der Erwerb adaptiver Emotionsregulationsstrategien maßgeblich auch von der familiären Umgebung geprägt wird, ist der Einbezug der Familie ebenfalls sinnvoll (► Kap. 10).

Die DBT-A wurde primär für Jugendliche konzipiert, die ein stark dysfunktionales Verhalten zeigen, etwa NSSV und Suizidgedanken oder -versuche, aber auch anderes impulsives Verhalten wie Essattacken, Erbrechen, Drogen- und Alkoholmissbrauch, körperliche Gewalt, riskantes Sexualverhalten und andere Risikoverhaltensweisen (vgl. Rathus u. Miller 2015). Hierbei handelt es sich um Jugendliche, die häufig die Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erfüllen. Im Rahmen der DBT-A benötigen diese Patientinnen ein intensives Behandlungsprogramm, welches ihnen neben der **Vermittlung von Skills** eine **einzeltherapeutische Behandlung** nach DBT-Prinzipien und ein **Telefoncoaching** sowie den Therapeuten ein **DBT-Beratungsteam** mit anderen Behandlern bietet.

Auch Patientinnen, die nur wenige Kriterien der BPS erfüllen oder unter anderen psychischen Störungen oder weniger schwerwiegenden Problemen leiden, können von der Skillsvermittlung profitieren – sie benötigen dann nicht unbedingt das gesamte DBT-A-Setting. Zu dieser Gruppe gehören z. B. Jugendliche, die

- in der Peergruppe verstärkt Alkohol oder Cannabis konsumieren,
- sich oberflächlich selbst verletzen,
- starke Unregelmäßigkeiten im Essverhalten zeigen,
- nicht in der Lage sind, Freundschaften oder Beziehungen zu halten,
- Schwierigkeiten haben, ihren Ärger zu kontrollieren,
- den Schulbesuch vermeiden,
- sich sozial ängstlich zeigen und sich sozial zurückziehen und/oder
- zu viel Medien konsumieren.

Übereinstimmend mit den vorangehend genannten Arbeiten sieht die DBT all diese **Schwierigkeiten als Konsequenz von Problemen der Emotionsregulation** an.

Jugendliche mit Problemen der Emotionsregulation haben i. d. R. Schwierigkeiten, mit Stress umzugehen, ein robustes Selbstwertgefühl zu entwickeln sowie stabile Beziehungen zu Gleichaltrigen und zur Familie aufzubauen und zu halten. Die Module der DBT-A beziehen sich daher neben der konkreten Vermittlung von Emotionsregulationsskills auf genau diese Bereiche, wobei eine klare Abgrenzung der einzelnen Aspekte nicht immer möglich ist. Die Module interagieren miteinander und manche Skills können mehreren Modulen zugerechnet werden.

- Das **Modul „Achtsamkeit“** stellt die Basis für den Erwerb aller Skills dar. Die Achtsamkeitsskills sollen den Jugendlichen helfen, sich selbst – also die eigenen Gedanken, Gefühle, Körperreaktionen und Handlungsimpulse – bewusster wahrzunehmen und sich damit auch bewusster zu steuern.
- Die **Stresstoleranzskills** sollen es ermöglichen, weniger impulsiv zu reagieren, langfristig mehr Verantwortung für sich und sein Leben zu übernehmen und die Realität so anzunehmen, wie sie ist.

- Die Skills aus dem Bereich „**Umgang mit Gefühlen**“ zielen darauf ab, seine Gefühle besser annehmen und tolerieren zu können, sie abzuschwächen oder zu verändern, soweit es sinnvoll ist, und positive Gefühle häufiger werden zu lassen.
- Die **zwischenmenschlichen Skills** erweitern die sozialen Kompetenzen mit dem Ziel, Beziehungen und die Selbstachtung zu verbessern.
- Das **Selbstwertmodul** ist explizit zur Verbesserung des Selbstwertes entwickelt worden. Hierbei geht es um eine höhere Akzeptanz der eigenen Person, um eine positivere Einstellung zu sich selbst und der Welt sowie – ergänzend zu den zwischenmenschlichen Fertigkeiten – um den Aufbau eines unterstützenden sozialen Netzes.
- Das **Modul „Den Mittelweg finden“** ist speziell für die Arbeit mit Jugendlichen und Bezugspersonen gemeinsam entworfen. Es zielt darauf ab, die Konflikte innerhalb der Familie zu verringern und den Anteil an wertschätzender Kommunikation zu erhöhen. Hier werden Lernprinzipien, Validierung und Dialektik vermittelt.
- Das **Modul „Umgang mit Rauschmitteln“** ist eine mögliche Ergänzung, wenn die Jugendlichen hier Auffälligkeiten zeigen.

Falls Sie Störungsbilder behandeln, bei denen die Impulsivität eine untergeordnete Rolle spielt, so sollten Sie anhand des Störungsbildes und der individuellen Problematik der Jugendlichen entscheiden, welche Module Sie vermitteln. Unserer Erfahrung nach profitieren alle Störungsbereiche von der Vermittlung der Skills aus den Modulen „Achtsamkeit“, „Umgang mit Gefühlen“, „Zwischenmenschliche Skills“ und „Selbstwert“. Nicht alle Jugendlichen erleben eine starke innere Anspannung (z. B. depressive Jugendliche). Diese Patientinnen können dann evtl. nicht viel mit dem Begriff der inneren Anspannung anfangen und müssen sich nicht so ausführlich mit den kurzfristig wirksamen Stresstoleranzskills auseinandersetzen. Für diese Jugendlichen sind auch nicht alle Arbeits- und Infoblätter aus dem Modul „Grundlagen und Fakten“ geeignet, da diese teilweise stark an einer Borderline-Symptomatik orientiert sind. Die langfristig wirksamen Stresstoleranzskills, die auf die Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben abzielen, sind jedoch auch für diese Patientinnen von Bedeutung. Nach unserer Erfahrung profitieren ebenso alle Familien psychisch erkrankter Jugendlicher vom Modul „Den Mittelweg finden“.

Das vorliegende Skillstraining in seiner intensiven Form wurde für die Therapie von Jugendlichen mit Borderline-Symptomen entwickelt. Der bestehende Wissensfundus zum Einsatz der DBT in der Behandlung von BPS-Patientinnen stammt jedoch hauptsächlich aus der Erwachsenentherapie. Daher stellen wir beim Hintergrundwissen zu den einzelnen Modulen jeweils die aktuellen Erkenntnisse zur Borderline-Störung im Erwachsenenalter vor und ergänzen diese um Befunde aus dem Jugendbereich.

3 Skillstraining

Grundlegendes zur Skillsvermittlung

Wie viele andere Begriffe, die aus den USA übernommen wurden, haben wir auch den Begriff „Skills“ beibehalten. Er ist kurz und prägnant und klingt für die Jugendlichen wesentlich interessanter als „Fertigkeiten“, die deutsche Übersetzung von Skills. Eine eigene, z. T. angloamerikanische Sprache für die verschiedenen Skills ermöglicht den Jugendlichen, sich mit dem Konzept zu identifizieren.

Neben der dialektischen und achtsamen Grundhaltung wird das Vermitteln von Skills als Kernstück der DBT betrachtet.

Nach Bohus und Wolf-Arehult (2013, S.2) erfolgt die **Skillsvermittlung in vier Schritten**:

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

Während in der **Skillsgruppe** theoretisches Wissen vermittelt wird und Übungen mit den Skills unter Non-Stress-Bedingungen stattfinden (Schritt I und III), strebt man im Rahmen der Einzeltherapie die individuelle Anpassung der Skills und deren Übertragung auf den Alltag der Patientin an (Schritt II und VI; vgl. Bohus u. Wolf-Arehult 2013, S. 3).

Geleitet durch Informationen aus Verhaltens- oder Kettenanalysen werden in der **Einzeltherapie** dysfunktionale Verhaltensmuster und Skillsdefizite herausgearbeitet. Die Patientin wird angehalten, in Zukunft Skills als zielförderndes Alternativverhalten (Stufe IV) einzusetzen. Der Einzeltherapeut hat dabei die Aufgabe, der Patientin bewusst zu machen, welche Strategien sie bereits einsetzt, und sie darin zu unterstützen, diese auch in Krisensituationen anzuwenden. Weiterhin fördert er den Einsatz neu erworbener Skills in Alltagssituationen. Um die Generalisierung der Skillsanwendung auf Krisensituationen zu ermöglichen, steht der Einzeltherapeut darüber hinaus für ein Skillscoaching am Telefon zur Verfügung. Zusätzlich hat er die Aufgabe, am Commitment zum Einsatz von Skills zu arbeiten.

Im **stationären Setting** erfolgt auch in den Bezugspersonenstunden des Pflege- und Erziehungsdienstes (PED) eine individuell abgestimmte Skillsvermittlung. Die Mitarbeiter des PED als Bezugspersonen unterstützen beim Einsatz von Skills im Stationsalltag unter Non-Stress-Bedingungen genauso wie in Hochspannungssituationen und bei Belastungserprobungen am Wochenende im familiären Umfeld oder in der Jugendhilfeeinrichtung. Während der Belastungserprobungen stehen die Mitarbeiter des PED zudem für ein telefonisches Skillscoaching zur Verfügung.

Die Skills werden in der DBT-A anhand von sechs verschiedenen Modulen vermittelt. Das Sucht-Modul lässt sich ergänzend nutzen, falls Bedarf besteht.

Module in der Skillsvermittlung

Die ambulante DBT-A umfasste bisher die Module „Achtsamkeit“, „Stresstoleranz“, „Umgang mit Gefühlen“, „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“ und „Den Mittelweg finden“. Im

Interaktiven Skillstraining für Borderline-Patienten (Bohus u. Wolf-Arehult 2013) wurden die ersten vier Aspekte um die Module „Selbstwert“ und „Umgang mit Sucht“ ergänzt und der Bereich der Emotionsregulation erweitert. Das vorliegende Skillsmanual für Jugendliche greift diese Erweiterungen auf und orientiert sich daher stark an dem Manual für erwachsene Patienten, hält die Arbeitsblätter jedoch kürzer und jugendgerecht und bezieht außerdem das von Miller et al. (2007a) entwickelte und von Fleischhaker et al. (2011) ins Deutsche übertragene Modul „Den Mittelweg finden“ wieder mit ein.

Spannungskurve und zugehörige Module

In der DBT sprechen wir häufig von **innerer Anspannung**. „Anspannung ist der allgemeine Erregungszustand einer Person. Wenn eine Veränderung der Anspannung auftritt, verändern sich auch Körperreaktionen, Gedanken, Gefühle und Verhalten“ (Bohus u. Wolf-Arehult 2013, S. 65). Die Anspannung lässt sich auf einer subjektiven Skala in einen Bereich von 0 bis 100 % einordnen. Dabei ist in der DBT eine Anspannung von 70 % als der Punkt definiert, an dem das Denken darauf eingeeengt ist, wie dieser Zustand „so rasch wie möglich beendet werden kann“ (vgl. Bohus u. Wolf-Arehult 2013, S. 65). Ab 70 % sprechen wir von „Hochspannung“. Eine mittlere Anspannung liegt bei 30–70 %,

Abb. 3-1 Bereiche der Anspannung.

Spannung	
100 % ↑	<p>Hochspannung</p> <p>Gedanken: _____</p> <p>Gefühle: _____</p> <p>Körperliche Merkmale: _____</p> <p>Verhalten: _____</p>
70 %	<p>-----</p> <p>Mittlere Anspannung</p> <p>Gedanken: _____</p> <p>Gefühle: _____</p> <p>Körperliche Merkmale: _____</p> <p>Verhalten: _____</p>
30 %	<p>-----</p> <p>Niedrige Anspannung</p> <p>Gedanken: _____</p> <p>Gefühle: _____</p> <p>Körperliche Merkmale: _____</p> <p>Verhalten: _____</p>

von einer niedrigen Anspannung gehen wir bei einem Wert bis 30 % aus. Dabei lassen sich die Skillsmodule den verschiedenen Spannungsbereichen zuordnen (vgl. Bohus u. Wolf-Arehult 2013, S. 68) (► Abb. 3-1).

Die Grundlage für den erfolgreichen Einsatz von Skills und die Reduktion von schädlichen Verhaltensweisen bilden die langfristig wirksamen Stresstoleranzskills (Entscheidung für den neuen Weg, innere Bereitschaft und Annehmen der Realität). Wurde keine Entscheidung für den neuen Weg getroffen, besteht keine innere Bereitschaft, das zu tun, was mir hilft, und bin ich nicht bereit, die Realität so anzunehmen, wie sie im Moment ist, so wird es mir nicht gelingen, über den Einsatz von Skills mein Leben zu verändern.

Im **Hochspannungsbereich** werden die kurzfristig wirksamen Stresstoleranzskills eingesetzt, um die Anspannung so weit zu reduzieren, dass die Person wieder handlungsfähig wird. Befindet die Anspannung sich dann im mittleren Bereich, so hat der Einsatz weiterer kurzfristig wirksamer Stresstoleranzskills keinen Sinn mehr. Im Regelfall geht es jetzt darum, mit intensiven Gefühlen umzugehen und/oder eine zwischenmenschliche Situation zu bewältigen. Es müssen also Skills zur Emotionsregulation oder zwischenmenschliche Skills eingesetzt werden. Diese können natürlich auch jederzeit im unteren Spannungsbereich eingesetzt werden. Achtsamkeit ist die Basis für jeden Einsatz von Skills, geübt werden kann sie jedoch am besten im niedrigen Spannungsbereich. Oft denken die Patientinnen und auch ihre Therapeuten nur an Stresstoleranzskills, wenn sie von Skills sprechen, doch Therapeuten und Pädagogen müssen unbedingt darauf achten, dass sie alle Module in die Skillsarbeit einbeziehen.

Die **zentralen Skills** sind unserer Erfahrung nach auch im Jugendbereich die **Emotionsregulationsskills**. Ein Commitment für den Einsatz der kurzfristig wirksamen Stresstoleranzskills zu erlangen ist jedoch einfacher – wahrscheinlich weil es dem Bedürfnis, die unangenehme Situation zu vermeiden, am ehesten entspricht. Die Patientinnen müssen wissen, dass sie andere Skills brauchen, nachdem sie erfolgreich kurzfristig wirksame Stresstoleranzskills angewendet haben. Erfolgt dies nicht, so gerät die Anspannung schnell wieder in den Hochspannungsbereich. Langfristig ist das Ziel, rechtzeitig Emotionsregulationsskills oder zwischenmenschliche Skills einzusetzen, um zu verhindern, dass die Betroffenen überhaupt in Hochspannung geraten. Auch Therapeuten und Mitarbeiter des PED neigen dazu, in schwierigen Situationen Stresstoleranzskills anzubieten und die Emotionsregulationsskills zu vernachlässigen.

Um Enttäuschungen vorzubeugen, welche die Motivation, Skills anzuwenden, schnell erlahmen lassen, sollte von Anfang an auch auf die Nachteile beim Einsatz von Skills im Vergleich zu selbstschädigendem Verhalten hingewiesen werden. Zu diesem Zweck bietet es sich an, gemeinsam mit den Jugendlichen eine Pro-&-Contra-Liste zur Anwendung von Skills im Vergleich zum Einsatz selbstschädigender Verhaltensweisen anzufertigen (► Arbeitsblatt Stresstoleranz 7). Nichts hilft kurzfristig so effektiv und zuverlässig wie das selbstschädigende Verhalten. Wenn Jugendliche sagen, dass der Einsatz von Skills nicht hilft, muss überprüft werden, ob die Erwartungen realistisch sind, ob außer Stresstoleranzskills auch weitere Skills genutzt wurden und ob die Skills zu dieser Situation gepasst haben. Erst wenn diese Punkte geklärt sind, sollten Sie das Commitment hinterfragen.

Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte des Skillsgruppentrainings

Wie vorangehend bereits aufgeführt, wird in der Skillsgruppe theoretisches Wissen vermittelt und der Einsatz von Skills unter standardisierten Non-Stress-Bedingungen geübt (vgl. Bohus u. Wolf-Arehult 2013, S. 3). Auf den folgenden Seiten möchten wir praktische Anregungen zur Arbeit mit Jugendlichen in der Skillsgruppe geben. Wir orientieren uns hierbei vorwiegend am Interaktiven Skillstraining von Bohus und Wolf-Arehult (2013), am DBT-A-Arbeitsbuch von Fleischhaker et al. (2011) und dem Buch zur DBT-A von Miller et al. (2007a). Der vorliegende Leitfaden beruht auf der Zusammenstellung der Ideen dieser Autoren sowie eigenen Ergänzungen und hat sich in unserer klinischen Arbeit als hilfreich erwiesen.

Vorbereitung auf die Skillsgruppe

In der Regel sollte jede Jugendliche, die an der Skillsgruppe teilnimmt, auch in einzeltherapeutischer Behandlung sein. Eine individuelle Vorbereitung auf die Gruppe sollte durch ein Vorgespräch mit dem Einzeltherapeuten oder einem der Skillstrainer erfolgen. Hier sollte die Jugendliche mit dem Ziel des Trainings, den Modulen und den Regeln vertraut werden und explizit ein Commitment dazu geben, dass sie unter diesen Bedingungen an der Gruppe teilnehmen will. Sie unterschreibt hierzu den Skillsgruppenvertrag (► Infoblatt Grundlagen und Fakten 11). Auch die Eltern oder Sorgeberechtigten sollten vor Beginn der Gruppensitzungen diese Informationen erhalten und ein Commitment zu ihrer Teilnahme geben. Die Inhalte werden z. T. später in der Gruppe wiederholt.

Im **stationären Rahmen** hat es sich bewährt, eine **Commitmentgruppe** einzuführen. An dieser nehmen die Jugendlichen in den ersten drei Behandlungswochen teil. In der Commitmentgruppe werden z. T. die Inhalte des Moduls „Grundlagen und Fakten“ vermittelt. Als weitere Themen werden dort besprochen:

- Wer (außer dir) möchte, dass du behandelt wirst, und wie groß ist dein eigener Anteil? (Dies kann als „Motivationskuchen“ für jede Patientin ans Flipchart gezeichnet werden.)
- Welches sind die kurz- und langfristigen Vor- und Nachteile für eine Behandlung?
- Welches sind deine persönlichen Ziele einer Behandlung?
- Welche Hindernisse könnten während der Behandlung auftreten?
- Welche Unterstützung wünschst du dir vom Behandlungsteam?
- Welche Unterstützung wünschst du dir von den Mitpatientinnen?

In der letzten Sitzung äußert die Patientin klar, ob sie sich für oder gegen die Behandlung entschieden hat und welche Ziele sie sich für die Behandlung setzt.

Ablauf und Struktur

In der ursprünglichen Form der ambulanten DBT-A nach Miller et al. (2007a) finden die Skillsgruppensitzungen über 16 Wochen einmal pro Woche statt und dauern zwei Stunden (inkl. Pause von 10–15 Minuten). Eltern oder andere Bezugspersonen nehmen hier an allen Sitzungen teil. Da die Konzentrationsspanne bei vielen Jugendlichen nicht so lang ist, hat es sich aus unserer Sicht bewährt, die Sitzungen auf eine Dauer von 1,5 Stunden zu verkürzen. Um den erweiterten Inhalten des vorliegenden Skillsmanuals gerecht zu werden, müssen die Sitzungen der ambulanten Gruppe über einen längeren

Zeitraum von ungefähr einem Jahr stattfinden. Natürlich ist es möglich, je nach Bedarf der Patientengruppe Schwerpunkte zu setzen und dadurch den Zeitraum zu verkürzen. Aus praktischen Gründen haben wir uns entschieden, die überwiegende Anzahl an Skillsgruppensitzungen nur mit den Jugendlichen durchzuführen. Am Ende jedes Moduls werden die Eltern oder Bezugspersonen zur Skillsgruppe eingeladen. Die Jugendlichen erklären ihren Eltern, was sie in diesem Modul gelernt haben. Am Modul „Den Mittelweg finden“ nehmen die Eltern jedoch durchgängig teil. Eine mögliche zeitliche Aufteilung, in der alle Module durchlaufen werden, ist in ► Tabelle 3-1 dargestellt.

Tab. 3-1 Verteilung der Module auf die Skillsgruppensitzungen.

Einführung in das Skillstraining	2 Sitzungen
Achtsamkeit	2 Sitzungen + 1 Sitzung mit Eltern/Bezugspersonen
Stresstoleranz	6 Sitzungen + 1 Sitzung mit Eltern/Bezugspersonen
Wiederholung Achtsamkeit	1 Sitzung
Umgang mit Gefühlen	9 Sitzungen + 1 Sitzung mit Eltern/Bezugspersonen
Wiederholung Achtsamkeit	1 Sitzung
Zwischenmenschliche Skills	5 Sitzungen + 1 Sitzung mit Eltern/Bezugspersonen
Wiederholung Achtsamkeit	1 Sitzung
Den Mittelweg finden	6 Sitzungen mit Eltern/Bezugspersonen
Wiederholung Achtsamkeit	1 Sitzung
Selbstwert	6 Sitzungen + 1 Sitzung mit Eltern/Bezugspersonen
	= insgesamt 45 Sitzungen
Umgang mit Rauschmitteln (bei Bedarf)	5 Sitzungen + 1 Sitzung mit Eltern/Bezugspersonen

Natürlich sind eine Einbeziehung der Eltern bzw. Bezugspersonen über die gesamte Dauer sowie eine andere zeitliche Aufteilung ebenfalls möglich. Das Modul „Umgang mit Rauschmitteln“ wird in der Regel nicht in der Gruppe durchgeführt, es sei denn, es handelt sich speziell um ein Behandlungsangebot für suchtkranke Jugendliche oder der Großteil der Jugendlichen hat Schwierigkeiten im Umgang mit Rauschmitteln.

Das Thema **Achtsamkeit** als Basis für den Einsatz aller Skills wird am Ende jedes Moduls einmal wiederholt.

Im **stationären Rahmen** finden die Gruppensitzungen i. d. R. über drei Monate zweimal wöchentlich statt und dauern ebenfalls jeweils 90 Minuten (inkl. 10–15 Minuten Pause). In vielen Kliniken ermöglicht der praktische Alltag die Durchführung nur einer Skillsgruppe pro Woche. Dann ist es sinnvoll, die Dauer auf zwei Stunden zu verlängern. Da hier weniger Termine zur Verfügung stehen, müssen Schwerpunkte gesetzt werden. Es bietet sich an, im stationären Rahmen die Module „Stresstoleranz“, „Achtsamkeit“, „Umgang mit Gefühlen“ und „Zwischenmenschliche Skills“ zu vermitteln. Besteht die Möglichkeit, eine spezielle Achtsamkeitsgruppe zu implementieren, kann diese zum Üben, aber auch zur Vermittlung der Theorie genutzt werden. In manchen Kliniken wird eine soziale Kompetenzgruppe angeboten. Ist dies der Fall, kann das Modul „Zwischenmenschliche Skills“ hier integriert werden, und man hat in der Skillsgruppe je nach Bedarf Raum für ein weiteres Modul.

In der Regel sind die **ambulanten DBT-A-Gruppen** halb offen. Neue Mitglieder können bei Beginn eines neuen Moduls integriert werden. Da die letzte Sitzung eines Moduls mit den Eltern stattfindet, verabschieden wir Patientinnen, die die Gruppe verlassen, in der Wiederholungssitzung zur Achtsamkeit. Damit sich der Abschied einer Patientin und die Begrüßung einer neuen Patientin nicht überschneiden, laden wir die neue Patientin erst zur ersten Sitzung des neuen Moduls ein. Zum Modul „Den Mittelweg finden“, das von Beginn an mit den Eltern zusammen durchgeführt wird, nehmen wir keine neuen Patientinnen auf.

Im stationären Setting ist die Gruppe aus Belegungsgründen offen. Neue Jugendliche werden zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in die Gruppe integriert, da sie sonst in der vorgegebenen Zeit nicht alle Module durchlaufen können. Auch während der Commitmentphase besuchen die Jugendlichen bereits die Skillsgruppe. Dies hilft ihnen, das Konzept besser kennenzulernen und eine Entscheidung zu treffen.

Wurde der erste Durchlauf erfolgreich abgeschlossen, ist ein zweiter Durchgang der ambulanten Skillsgruppensitzungen möglich. Er stabilisiert die Patientinnen und ist oft auch deswegen sinnvoll, weil die Jugendlichen im ersten Durchlauf aufgrund von Scham, Unsicherheit und Anspannung einige Inhalte noch nicht aufgenommen haben. Zurzeit planen wir die Durchführung einer Skillsgruppe für Fortgeschrittene, die wir nur zu Beginn und Ende jeder Sitzung begleiten wollen, den Zwischenteil sollen die Jugendlichen in Eigenregie gestalten.

Im stationären Rahmen ist eine Wiederaufnahme nach erfolgreichem Abschluss des ersten Aufenthaltes und einer Zwischenphase von mindestens drei Monaten, in denen die Patientinnen mit dem Gelernten Erfahrungen im Alltag gesammelt haben, möglich. Die Teilnehmerinnen sollten in dieser Zwischenzeit keinen Suizidversuch unternommen und sich einigermaßen stabil gehalten haben. Damit möchten wir vermeiden, dass die Wiederaufnahme eine erneute Zunahme der Symptomatik verstärkt.

Die Skillsgruppe dient der **Vermittlung von Skills** und ist **keine „Prozessgruppe“**. Sollten die Jugendlichen Themen einbringen, die im Rahmen der Skillsvermittlung nicht besprochen werden können und den Ablauf der Gruppensitzungen beeinträchtigen würden, verweisen die Skillstrainer sie an den Einzeltherapeuten.

Die Skillsgruppe sollte von **zwei Trainern** geleitet werden. Dabei werden die Aufgaben folgendermaßen aufgeteilt: Der eine Trainer („Pusher“) behält den „roten Faden“ in der Hand. Er ist dafür zuständig, dass die vorgenommenen Themen strukturiert bearbeitet werden und die Zielorientierung nicht verloren geht. Der zweite Trainer („Validierer“) übernimmt die validierende Rolle. Er behält die Gruppe im Blick. Er achtet auf die Patientinnen, auf ihre Stimmung und Anspannung. Er validiert Schwierigkeiten, spricht eine Patientin an, wenn er den Eindruck hat, diese gerate unter hohe Anspannung, und klärt kurz mit ihr ab, welche Skills sie einsetzen kann. Wenn der Pusher zu schnell vorschreitet, bemerkt der Validierer dies und bremst das Tempo. Dabei sollten die Trainer einander gegenüber sitzen, um Blickkontakt aufnehmen zu können. Die Rollen sollten vor der jeweiligen Sitzung abgesprochen sein. Bei einem gut eingespielten Team können sie auch während der Sitzung wechseln. Im stationären Rahmen ist es ratsam, einen Mitarbeiter aus dem PED als Skillstrainer hinzuzunehmen. Dies fördert den Transfer der Inhalte auf die Station und ermöglicht den Stationsmitarbeitern, die Patientinnen in einer anderen Rolle zu erleben. Die Anzahl der Patientinnen liegt normalerweise bei sechs bis acht.

Allgemeine **Methoden**, die in der Skillsgruppe angewandt werden, sind Psychoedukation, Bearbeitung vorgegebener Themen in der Großgruppe, Kleingruppenarbeit, Hausaufgaben, Übungen und weitere spezifische Methoden wie z. B. Rollenspiele.

Der Ablauf der Gruppensitzungen gliedert sich folgendermaßen:

Ablauf der Skillsgruppensitzungen

- Eingangsrunde/Besprechung des Skillsprotokolls
- Achtsamkeitsübung
- Besprechung der Hausaufgaben
- Einführung oder Weiterführung des aktuellen Themas
- Vergabe neuer Hausaufgaben
- Abschlussrunde

Unserer Erfahrung nach ist es sinnvoll, die Inhalte – wann immer möglich – im Dialog mit den Jugendlichen zu entwickeln und die Arbeitsblätter danach zusammen zu lesen. Beim alleinigen Lesen der Arbeitsblätter verlieren die Jugendlichen häufig das Interesse und können sich schlecht konzentrieren. Die Ideen und Anmerkungen der Jugendlichen sammeln wir am Flipchart. Wir fragen die Patientinnen, ob eine von ihnen selbst am Flipchart schreiben möchte. Das ist oft der Fall. Die Jugendlichen berichten, dass ihnen das Schreiben am Flipchart dabei hilft, sich zu konzentrieren oder nicht zu dissoziieren.

Eingangsrunde

Die Eingangsrunde kann unterschiedlich gestaltet werden. In unserer Arbeit hat es sich bewährt, zwei Fragen zu stellen:

1. „Welche Skills hast du seit der letzten Gruppensitzung eingesetzt?“ Hierbei können sich die Jugendlichen an ihrem Skillsprotokoll (► S. 35) orientieren.
2. „Was nimmst du dir für die heutige Sitzung vor?“

In der Regel bitten wir eine Teilnehmerin zu beginnen und lassen die Jugendlichen dann reihum antworten. Diese Struktur hilft, alle zur Mitarbeit zu animieren, und wirkt längeren Pausen entgegen, die evtl. zu Bewertungsprozessen und Anspannung führen könnten. Wir fragen bewusst nicht allgemein, wie die Stimmung ist oder wie es den Jugendlichen geht, da dies viel Raum für negative Antworten gibt und wenig Lernfortschritt ermöglicht. Wenn wir bei den Jugendlichen erfragen, was sie sich vornehmen, fragen wir sie auch, welche Skills sie dafür einsetzen könnten. Nimmt sich eine Jugendliche z. B. vor, „dabei zu bleiben“, kann man sie fragen, wie hoch ihre Anspannung ist, ob sie Stresstoleranzskills benötigt oder ob ihr andere Fertigkeiten helfen, „dabei zu bleiben“. Dies könnten Fertigkeiten wie „Mitschreiben“ oder „Sich aktiv beteiligen“ sein, evtl. muss sie dafür „ihrem Gefühl entgegengesetzt handeln“. Da im Skillstraining jede Gelegenheit genutzt werden sollte, Skills beim Namen zu nennen und einzuordnen, bietet sich auch die Eingangsrunde dafür an. Die Skillsgruppentrainer beantworten die beiden Fragen für sich selbst ebenfalls und dienen damit als Modell für den Einsatz von Skills.

Achtsamkeitsübung

Nach der Eingangsrunde machen wir eine Achtsamkeitsübung. Dabei wechseln wir aktive mit ruhigen Achtsamkeitsübungen ab – auch abhängig vom Spannungsniveau und dem Aktivitätsniveau, das gerade in der Gruppe vorherrscht. Es sollte darauf geachtet werden, dass die normalerweise weniger beliebten ruhigen Übungen ebenfalls Raum bekommen. Einige Achtsamkeitsübungen, die sich besonders gut für die Arbeit mit Jugendlichen eignen, haben wir im Anhang aufgelistet. Jugendliche, die schon länger in

der Gruppe sind, können selbst Achtsamkeitsübungen anleiten oder Wünsche äußern. Manchmal erfinden sie auch neue Übungen.

Besprechung der Hausaufgaben

Als Nächstes werden die Hausaufgaben aus der letzten Gruppensitzung besprochen. Jede Jugendliche trägt ihre Aufgaben vor. Die Zeitanteile sollten dabei gerecht verteilt sein und einige Minuten pro Patientin betragen. Die Skillstrainer sollten sich über jede ausgeführte Hausaufgabe freuen und die Teilnehmerin verbal, durch Gestik und Mimik verstärken. Bei Patientinnen, die mit Lob Schwierigkeiten haben, können sie etwas zurückhaltender sein.

Möchte eine Jugendliche vor der Gruppe nicht genauer auf den Inhalt der Hausaufgabe eingehen, so reicht es auch, wenn sie vorträgt, welche Erfahrung sie mit der Übung gemacht hat und ob sie ihr leicht oder schwer gefallen ist. Gegebenenfalls können zusätzlich andere Fragen gestellt werden. So kann die Patientin zeigen, dass sie sich mit der Aufgabe auseinandergesetzt hat und welche Lernerfahrung sie gemacht hat, ohne dass sie dazu gedrängt wird, zu tief in die Inhalte einzusteigen.

Entsteht der Eindruck, dass die Teilnehmerin über inhaltliche Details berichtet, die andere Jugendliche zu stark belasten könnten, so sollte auf die Einzeltherapie verwiesen werden. Dabei ist es wichtig, der Patientin zu verdeutlichen, dass sie ernst genommen wird, und ihr Bedürfnis, über diese Situation zu sprechen, zu validieren. Es wird mit ihr besprochen, wie sie das Thema in die Einzeltherapie einbringen kann (Einsatz von zwischenmenschlichen Skills), anschließend wird der Fokus wieder auf den Einsatz und die Erfahrung in der Anwendung der Skills gerichtet.

Berichtet eine Jugendliche, dass der Einsatz von Skills „nichts gebracht“ habe, sollte kurz herausgearbeitet werden, was damit gemeint ist und woran dies gelegen hat. Häufig haben die Teilnehmerinnen die Erwartung, dass der Einsatz von Skills zu einer genauso schnellen und starken Entlastung führt wie z.B. eine Selbstverletzung. Hier ist eine Informationsvermittlung wichtig. Der Einbezug von anderen Jugendlichen und deren Wissen oder Erfahrung ist für die Patientin häufig hilfreicher als alles, was die Skillstrainer beitragen können.

Hat eine Teilnehmerin die Hausaufgaben nicht gemacht, so erarbeitet der Skillstrainer eine Mini-Verhaltensanalyse hierzu: „Was hat dich daran gehindert, die Hausaufgaben zu machen?“ Selbst wenn die Jugendlichen meist sagen, sie hätten es vergessen, so können andere Faktoren wie störende Gedanken oder Gefühle oder mangelnde Fertigkeiten eine Rolle gespielt haben. Um eine kurze Lösungsanalyse zu erarbeiten, müssen die Gründe für die Nicht-Anfertigung der Hausaufgaben verstanden worden sein. Die Herausarbeitung dieser Gründe ist der Jugendlichen meist unangenehm. Der Skillstrainer sollte sich jedoch nicht dazu verleiten lassen, deswegen darauf zu verzichten oder zu schnell fortzufahren, auch wenn es für ihn selbst ebenfalls nicht angenehm ist. Die aversive Konsequenz ist an dieser Stelle durchaus erwünscht. Aversiv ist auch, dass der Skillstrainer eher distanziert reagiert, wenn Hausaufgaben nicht angefertigt wurden. Der zweite Skillstrainer sollte jedoch darauf achten, dass die Gründe, die dazu geführt haben, keine Hausaufgaben zu machen, ausreichend validiert werden. Bei der Erarbeitung der Lösungsanalyse kann die Gruppe hilfreich sein. Es wird darauf bestanden, dass die Hausaufgabe bis zur nächsten Gruppe angefertigt oder in die nächste Einzeltherapiesitzung oder Bezugsbetreuerstunde mitgebracht wird. Dies muss dann auf jeden Fall weitergegeben werden, damit es nicht in Vergessenheit gerät.

Werden Hausaufgaben häufig nicht ausgeführt, liegt vermutlich ein Commitmentproblem vor. Dies muss an den Einzeltherapeuten weitergegeben und von diesem mit

der Patientin – meist über die Erarbeitung einer ausführlicheren Verhaltensanalyse – bearbeitet werden.

Im stationären Setting spielen die Hausaufgaben in der Skillsgruppe insgesamt eine geringere Rolle als in der ambulanten Therapie. Das liegt daran, dass die Jugendlichen im stationären Alltag mehrfach am Tag zum Einsatz von Skills angeleitet und aufgefordert werden und dass auch in den Bezugspersonenstunden des PED Hausaufgaben gegeben werden.

Einführung oder Weiterführung des aktuellen Themas

In der folgenden Zeit wird das gerade aktuelle Thema weiter bearbeitet. Die Durchführung der einzelnen Module wird im Teil II des Buches „Module des Skillstrainings“ erläutert.

Vergabe neuer Hausaufgaben

Zum Ende der Stunde werden neue Hausaufgaben gegeben. Die Instruktion für die Hausaufgaben sollte von einer Teilnehmerin wiederholt werden, um sicherzugehen, dass sie verstanden wurde. Es lohnt sich, darauf zu achten, dass die Jugendlichen sich den Auftrag aufgeschrieben haben. In der ambulanten Therapie nutzen die Jugendlichen oft auch die modernen Medien (Facebook, WhatsApp), um sich gegenseitig über die Hausaufgaben zu informieren. Im stationären Rahmen kann eine Unterstützung bei der Durchführung der Hausaufgaben durch das Stationsteam besprochen werden. Eine Tafel, die auf der Station angebracht ist und auf der eine Patientin die Hausaufgaben der letzten Skillsgruppe notiert, ist ebenfalls hilfreich. Die Stationsmitarbeiter einigen sich zusätzlich darauf, in der Morgenrunde zu fragen, welche Hausaufgaben es in der Skillsgruppe gab.

Abschlussrunde

In der Abschlussrunde fragen wir: „Was war dir in der heutigen Sitzung wichtig?“ Bei der Antwort können die Jugendlichen sich auf inhaltliche Punkte, auf ihr eigenes Verhalten oder auf beides beziehen. Sie sagen z. B.: „Es war mir wichtig, etwas über Gefühle zu lernen.“, „Es war mir wichtig, dass ich über den Einsatz von Skills dabeibleiben konnte.“, „Es war mir wichtig, dass ich heute ein Rollenspiel mitgemacht habe.“ Der Skillstrainer hebt bei jeder Teilnehmerin das hervor, was ihm positiv aufgefallen ist, und validiert oder benennt es, wenn er den Einsatz von Skills beobachtet hat (z. B.: „Ich hatte den Eindruck, es war heute eine schwierige Stunde für dich. Vermutlich musstest du oft entgegengesetzt handeln.“). Hat der Trainer die Vermutung, dass die Jugendliche angespannt ist, fragt er in der Abschlussrunde nach der Anspannung und danach, welche Skills die Patientin nach Abschluss der Gruppensitzung einsetzen kann oder ob sie Unterstützung benötigt. Auch an der Abschlussrunde nehmen die Skillsgruppentrainer gleichberechtigt teil.

Skillsgruppensitzung mit Eltern bzw. Bezugspersonen

Zum letzten Termin eines Moduls werden jeweils die Eltern oder andere Bezugspersonen eingeladen. Am Modul „Den Mittelweg finden“ nehmen die Eltern durchgängig teil.

Vorbereitung

Die gemeinsame Gruppensitzung wird in der vorausgehenden Sitzung mit den Jugendlichen vorbereitet. Wir lassen die Teilnehmerinnen wiederholen, welche Skills sie in diesem Modul gelernt haben, und teilen auf, wer in der abschließenden Sitzung welche Skills vorstellt. Die Hausaufgabe in dieser Sitzung besteht darin, die Vorstellung dieser

Skills vorzubereiten. Natürlich können die Jugendlichen sich in Kleingruppen zusammentun und auch von den Skillstrainern während der Vorstellung Unterstützung erhalten. Eine Teilnehmerin übernimmt es, den Eltern zur Einführung die Spannungskurve mit der Zuordnung der Module zu den Spannungsbereichen (► Infoblatt Grundlagen und Fakten 3) vorzustellen.

Ablauf

Die Gruppensitzung mit den Eltern beginnt mit einer Vorstellungsrunde, in der alle ihren Namen und Wohnort nennen und berichten, zu wem sie gehören. Als Nächstes führen wir gemeinsam eine Achtsamkeitsübung durch, die meist von einer Jugendlichen angeleitet wird. Eine Teilnehmerin präsentiert die Spannungskurve und die Zuordnung der Module. Dann stellen alle Jugendlichen die von ihnen vorbereiteten Skills vor. Manchmal machen sie Übungen mit den Erwachsenen. Die Eltern können sich beteiligen und Fragen stellen. In der Abschlussrunde sagt jeder Teilnehmer (Eltern, Jugendliche, Skillsgruppentrainer), was ihm in dieser Sitzung wichtig war und was er mitnimmt. Die Abschlussrunden sind unserer Erfahrung nach oft emotional berührend. Die Eltern sind i. d. R. beeindruckt von dem, was ihre Kinder in der Gruppe schaffen, und von der Ernsthaftigkeit, mit der die Jugendlichen sich engagieren. Die Jugendlichen wiederum sind froh, ihren Eltern zeigen zu können, was sie in der Gruppe leisten.

Regeln und weitere Aspekte

Regeln

Die Regeln sind im Infoblatt 11 des Moduls „Grundlagen und Fakten“ aufgeführt. Sie werden mit der Gruppe besprochen. Im Vertrag zur Skillsgruppe unterschreiben die Teilnehmerinnen, dass sie bereit sind, sich an die Regeln zu halten (► Infoblatt Grundlagen und Fakten 11).

Im stationären Rahmen sind die meisten Punkte schon im allgemeinen Behandlungsvertrag geregelt, sodass es evtl. keine zusätzlichen Regeln für die Gruppe geben muss. Die Regeln umfassen den Umgang mit Drogen und Alkohol, das Ansprechen bestimmter Themen wie etwa Suizidalität und den respektvollen Umgang miteinander. Was unter „respektvollem Umgang“ gemeint ist, besprechen wir detailliert mit den Gruppenteilnehmerinnen (z. B. nicht über andere Wortbeiträge lachen). Auch auf die Vertraulichkeit der in der Gruppe besprochenen Themen legen wir Wert. Der Umgang mit Unpünktlichkeit und einem Verlassen der Gruppe wird nachfolgend ausführlich erläutert.

Unpünktlichkeit

Die bei uns stationär behandelten Jugendlichen haben zu diesem Thema selbst eine Regel entwickelt. Diese lautet: *„Die Person, die als Letzte zu spät zur Skillsgruppe kommt, muss in der nächsten Skillsgruppe ein Gedicht darüber vortragen, warum sie zu spät gekommen ist, oder für alle Beteiligten eine Kleinigkeit [z. B. Kekse] mitbringen.“* Seit es diese Regel gibt, kommt Unpünktlichkeit dort sehr viel seltener vor. Diese Regel gilt selbstverständlich auch für die Skillstrainer! Sie können sich an dieser Regel orientieren, können aber auch selbst mit ihrer eigenen Gruppe eine Regel erarbeiten. Eventuell identifizieren sich die Jugendlichen dann mehr damit und geben eher ihr Commitment, sich daran zu halten.

In der ambulanten Skillsgruppe, in der Staus oder eine verspätete Bahn zur Unpünktlichkeit beigetragen haben können, wurde die Regel etwas großzügiger formuliert: Wer 15 Minuten zu spät kommt, muss eine Wiedergutmachung an die Gruppe leisten.

Versäumte Sitzungen werden im stationären Setting als den Therapiefortschritt gefährdendes oder – je nach Ausmaß – auch als therapiezerstörendes Verhalten behandelt. Das heißt, die Jugendlichen müssen eine Verhaltensanalyse dazu schreiben und man arbeitet in der Einzeltherapie oder den Bezugspersonengesprächen des PED daran, welche Skills sie einsetzen können, damit die Teilnahme möglich ist. Natürlich gibt es Ausnahmen, bei denen die Abwesenheit entschuldigt ist. Dies gilt z. B. für körperliche Erkrankungen oder einen anderen wichtigen Termin, der wahrgenommen werden muss. Im ambulanten Setting ist das Verpassen von Gruppenterminen teilweise durch den Schul- und Ausbildungsalltag bedingt. Ist ein Versäumen der Gruppensitzung absehbar, wird darauf bestanden, dass die Jugendlichen sich rechtzeitig abmelden (mindestens 24 Stunden vorher). Nach drei verpassten Sitzungen findet jedoch immer ein Gespräch mit den Skillsgruppentrainern statt, in dem das weitere Vorgehen besprochen wird. Auch hier kann der Auftrag erteilt werden, eine Verhaltensanalyse anzufertigen, diese in der Einzeltherapie zu besprechen und dort Lösungen zu erarbeiten. Ein weiteres Versäumen von Sitzungen kann zum Ausschluss aus der Gruppe führen.

Verlassen der Gruppe während der Sitzung

Grundsätzlich sollten die Jugendlichen ermutigt werden, bei hoher Anspannung in der Gruppe entsprechende Skills einzusetzen, damit sie die Gruppe nicht verlassen müssen. Eine Skillsbox mit verschiedenen Skills sollte im Gruppenraum vorhanden sein. Erfahrenere Patientinnen sollten sich vor der Gruppensitzung möglichst selbstständig mit Skills für die Gruppe ausstatten. Wenn eine Teilnehmerin jedoch nicht mehr in der Lage ist, Skills im Gruppenraum einzusetzen, weil ihre Anspannung zu hoch ist, ist es ihr erlaubt, die Gruppe kurz zu verlassen. Im ambulanten Setting ist es ratsam, dass einer der Skillsgruppentrainer die Patientin nach draußen begleitet und mit ihr abspricht, welche Skills sie einsetzt und wann sie wieder in die Gruppe kommt. Im stationären Rahmen können die Patientinnen auf die Station gehen und dort die Absprachen mit einem Mitarbeiter treffen. Wenn eine Teilnehmerin die Gruppe verlässt, sollte sie mitteilen, dass sie den Raum verlässt, um Skills anzuwenden, damit die anderen Patientinnen und auch die Trainer sich keine Sorgen machen müssen.

Das Verlassen der Gruppe sollte jedoch wirklich erst dann gewählt werden, wenn der Einsatz von Skills innerhalb der Gruppe nicht mehr möglich ist. Gerade im stationären Rahmen haben wir erlebt, dass Jugendliche immer häufiger die Gruppensitzung verlassen und die Anzahl derer, die die Gruppe verließen, wuchs. In der Eingangsrunde nahmen sie sich vor, „rauszugehen, wenn es nicht mehr geht“. In einem solchen Fall ist es ratsam, dieses Thema aufzugreifen und mit der gesamten Gruppe die Vor- und Nachteile sowie mögliche Alternativen zu diesem (Vermeidungs-)Verhalten zu besprechen, ohne es zu verbieten. Verlässt eine Patientin regelmäßig die Gruppensitzung und können die Skillstrainer kein Alternativverhalten mit ihr verabreden, so sollte dies in der Einzeltherapie unter dem Punkt „den Therapiefortschritt gefährdendes Verhalten“ bearbeitet werden.

Hat eine Patientin eine Gruppensitzung oder einen Teil der Sitzung verpasst, ist sie selbst dafür zuständig, sich über den Inhalt und die Hausaufgaben zu informieren.

Integration neuer Patientinnen in die Skillsgruppe

Unserer Erfahrung nach ist es nicht immer leicht, neue Teilnehmerinnen in die Gruppe zu integrieren, gerade wenn die Gruppe einen engen Zusammenhalt entwickelt hat.

Kommt eine Patientin zum ersten Mal in die Skillsgruppe, findet folgendes Begrüßungsritual statt:

- Falls die Trainer die Patientin noch nicht kennen, stellen sie sich ihr vor.
- Die Patientin stellt sich vor, nennt ihren Namen, ihr Alter und den Ort, an dem sie lebt. Sie erhält von den Skilltrainern die Erlaubnis, sich während der ersten Gruppensitzung zurückzuhalten.
- In der Eingangsrunde stellen sich die anderen Patientinnen kurz vor. Ergänzend erhalten sie den Auftrag, der neuen Teilnehmerin einen Tipp zum besseren Ankommen in der Gruppe zu geben und/oder zu benennen, wie sie sich in ihrer ersten Skillsgruppensitzung gefühlt haben. Dies soll dazu führen, dass die einzelnen Jugendlichen sich in die damalige Situation zurückversetzen und sich damit besser in die neue Teilnehmerin einfühlen können.

Im ambulanten Rahmen ist es üblich, dass die Teilnehmerin, die als Letzte in die Gruppe gekommen ist, der neuen Patientin die Spannungskurve mit den zugehörigen Skillsmodulen (► Infoblatt Grundlagen und Fakten 3) vorstellt. Das ist auch deswegen sinnvoll, weil die neue Patientin am Beginn eines neuen Moduls hinzukommt und die Einordnung dieses Moduls in die Spannungskurve zum Einstieg eine Orientierung für alle bietet.

Im stationären Rahmen gibt es zusätzliche Begrüßungsrituale, die die Integration in die Patientengruppe erleichtern sollen. So erklärt sich z. B. eine Teilnehmerin bereit, „Pat-in“ für die neue Patientin zu sein, sie in alle Regeln und Stationsabläufe einzubeziehen, ihr die Örtlichkeiten zu zeigen usw. Diese Methode hat sich bewährt.

Verabschiedung von Patientinnen aus der Gruppe

Für die Verabschiedung einer Teilnehmerin aus der Skillsgruppe haben wir ein Abschiedsritual entwickelt. In der letzten Skillsgruppensitzung dieser Patientin werden die letzten 20 Minuten für die Verabschiedung reserviert. Eine Jugendliche übernimmt die Aufgabe, auf die Zeit zu achten und rechtzeitig Bescheid zu geben.

Die Patientin, die verabschiedet wird, zieht eine Bilanz zu ihrer Therapiezeit. Sie sagt, was ihr wichtig war, was sie gelernt hat, was für sie schwierig war usw. Dann gibt sie dem Rest der Gruppe etwas mit auf den Weg (z. B. „Ich wünsche euch, dass ihr die Therapie durchzieht.“ oder „Ich wünsche euch, dass ihr schafft, was ihr euch vorgenommen habt.“). Manche Jugendlichen geben auch jeder einzelnen Teilnehmerin individuell einen Wunsch mit auf den Weg. Danach bekommt die ausscheidende Patientin von allen anderen Jugendlichen und den Skilltrainern eine Rückmeldung sowie einen Wunsch für den weiteren Weg. Auch wenn die Jugendlichen vorher oft Angst vor der Verabschiedung haben, so haben wir noch nie erlebt, dass sie sich dieser Abschlussrunde entziehen. Die Verabschiedungen werden sehr ernst genommen. Die Rückmeldungen sind durchgängig differenziert und konstruktiv. Nach der Abschiedsrunde erhält die Patientin eine Urkunde über die erfolgreich absolvierte Skillsgruppe, auf der das DBT-A-Team unterschrieben hat. Mit diesem Ritual wird die Sitzung an solchen Tagen beendet, eine Abschlussrunde passt nicht mehr zur emotionalen Stimmung. Die Patientinnen lernen durch dieses Ritual, Verabschiedungen nicht zu vermeiden, und erfahren, dass diese trotz hoher Emotionalität zu verkraften sind.