



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Martin Bohus, Ruben Vonderlin

DBT-Skillstraining

Das Trainer-Manual

Unter Mitarbeit von Miriam Biermann, Jan Glasenapp und Julia Schmelz

Mit Grafiken von Jesse Finkelstein

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

J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstraße 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2025 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text

und Data Mining i.S.v. § 44b UrhG vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Illustration von Jesse Finkelstein

Gedruckt und gebunden von Druckerei C.H.Beck, Nördlingen

Lektorat: Karla Seedorf

Projektmanagement: Dr.Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40195-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20694-4

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Prof. Dr. med. Martin Bohus

Prof.emeritus
an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
J 5, 68159 Mannheim

Dr. Ruben Vonderlin

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
J 5, 68159 Mannheim

Dr. Miriam Biermann

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim
J 5, 68159 Mannheim

Julia Schmelz

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rotenwaldstraße 60
70197 Stuttgart

Dr. Jan Glasenapp

Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University
Clinical Mental Health Center
264 Guangzhou Road
Nanjing, 210029
China

Dieses Trainer-Manual basiert im Wesentlichen
auf den Entwicklungen von Marsha Linehan (2015).

Für die praktische Arbeit empfehlen wir den Band
DBT-Skillstraining – Das Patienten-Manual.

VORWORT ZUR DRITTEN AUFLAGE

von Martin Bohus

Die erste Auflage des Skillstraining-Manuals wurde von M. Linehan im Jahr 1993 zeitgleich mit ihrem Therapie-Handbuch zur Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) für Borderline-Störungen publiziert (Linehan 1993a, 1993b). Zum damaligen Zeitpunkt gab es eine einzige randomisierte kontrollierte Studie, die die Überlegenheit der DBT gegenüber unspezifischer Routinebehandlung bei chronisch suizidalen Patientinnen mit Borderline-Störungen (BPS) zeigte. M. Linehan hatte das Skillstraining ursprünglich nicht als eigenständiges Therapieprogramm konzeptualisiert, sondern als integralen Bestandteil des modularen Therapiekonzeptes der DBT. Grundsätzlich sollten damals immer Einzeltherapie, Skillsgruppe, Telefoncoaching und Konsultationsteam kombiniert werden. Seither hat sich vieles geändert und einiges ist doch gleich geblieben: Das Skillstraining wurde angepasst und evaluiert – für andere Diagnosegruppen, für nicht-klinische Populationen, für spezifische Altersgruppen und verschiedene Settings; zusammen mit Einzeltherapie oder als solitäre Programme, als Komplettangebot oder in einzelnen Modulen. Bei all diesen vielfältigen neuen Formaten und Modalitäten imponiert doch das hohe Maß an Kontinuität und inhaltlicher Konsistenz. So ist das Grundprinzip der Skills in den letzten dreißig Jahren unverändert: Skills bleiben hoch spezifische Selbstinstruktionen, die gezielt eingesetzt werden, um kurzfristig automatisiertes Erleben und Verhalten zu korrigieren und damit langfristig Veränderungen der inneren Einstellungen und Sichtweisen gegenüber sich selbst und der Welt zu kultivieren.

Korrigieren und kultivieren. Dies verweist auf die beiden Quellen der Skills: moderne Verhaltenstherapie und Zen. Zwei kulturell und philosophisch sehr unterschiedliche Systeme, die jedoch einige wesentliche Gemeinsamkeiten haben: beide »Schulen« kümmern sich um bewusste und gezielte Modifikation des Erlebens und Verhaltens. Während es in der Verhaltenstherapie darum geht, automatische dysfunktionale Reaktionsmuster durch zielführendes Verhalten zu ersetzen, geht es im Zen darum, Gelassenheit und Weisheit zu fördern. Die Methodik ist die gleiche: Man verfolgt eine Idee, setzt sich ein Ziel und versucht, dieses kleinteilig im kontinuierlichen Übungsprozess umzusetzen. Man beobachtet sich selbst bei diesem kontinuierlichen Prozess und versucht, konstruktiv mit seinen Unzulänglichkeiten umzugehen.

Aber nicht nur die Mechanik der Skills speist sich aus diesen beiden Schulen, es sind auch deren Inhalte. Wenn die DBT als übergeordnetes Therapieziel formuliert, den Patientinnen zu helfen, ein »sinnerfülltes Leben« (a live worth living) zu gestalten, geht sie damit dezidiert über die Modifikation von dysfunktionalen Verhaltensmustern hinaus, wie dies die traditionelle Verhaltenstherapie im Blick hat. Vielmehr greift die DBT unmittelbar in die Bewusstmachung von persönlichen Werten und deren Umsetzung im sozialen Kontext ein. Sie erweitert damit den therapeutischen Ansatz von der Krankheitsbewältigung zur Lebensgestaltung. Oder umgekehrt, im dialektischen Sinne: Die DBT nutzt Lebensgestaltung zur Krankheitsbewältigung, und sie richtet die Skills dahingehend aus. Dies erklärt, weshalb die Skills der DBT auf derart breites Interesse stoßen: Vom Kindergarten bis in die Seniorenheime, in Gefängnisse, Schulen und Therapieeinheiten, von schwer erkrankten chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen bis zur Führungsebene im Management – DBT-Skills und -Lebensweisheiten scheinen sich rhizomartig zu verbreiten.

Dass die Ursachen für diesen breiten Erfolg weniger im traditionell-therapeutischen Kontext zu verorten sind als vielmehr in den Hinweisen und Übungen zur Lebensgestaltung, liegt auf der Hand. Indem aber die DBT das Feld der klinischen Psychologie in Richtung Positive Psychologie und Lebensgestaltung überschreitet, verliert sie auch die therapeutische Neutralität. Jetzt geht es nicht mehr nur darum, das psychische Leiden der Individuen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu lindern, vielmehr kommen ethische und moralische Aspekte ins Spiel. Wie sollte man sein Leben gestalten? Auf welche Ziele hin sollte man es ausrichten? Hier nimmt die DBT – sich auf buddhistische Psychologie beziehend – dezidiert Stellung und postuliert offensiv prosoziales Verhalten. Sie verweist auf die Verantwortung gegenüber anderen, auf die Relativierung der je eigenen Bedeutung, auf Perspektivenübernahme, auf echte Anteilnahme am Leben anderer und nachhaltige, sozialverträgliche Planung der eigenen Lebensentwürfe. All diese Aspekte sind in der DBT immer schon angelegt, in der 2015 publizierten zweiten Auflage von Linehans Skills-Manual erscheinen sie jedoch deutlich akzentuierter (Linehan 2015). Ich empfinde es als tiefes Geschenk, dass ich M. Linehan in den langen Jahren ihrer Arbeit an ihrem Manual persönlich begleiten durfte.

Weshalb war es notwendig, diese dritte Auflage des DBT-Skills-Manuals als eine vollständig überarbeitete Neuauflage herauszugeben? Erstens hatte M. Linehan mit der Neuauflage ihres Skills-Manuals 2015 neue Standards vorgegeben, die dringend aufgegriffen und berücksichtigt sein wollten. Zweitens sollten die DBT-Skills nun so formuliert und ausgeweitet werden, dass auch Patientinnen mit komplexer PTBS damit arbeiten können, wenn sie an einem DBT-PTBS-Behandlungsprogramm teilnehmen (Bohus & Vonderlin 2024).

Und drittens werden Sie in diesem Manual einige neue Handouts finden, die sich mit maladaptiven emotionalen Netzwerken beschäftigen, die mit Angst vor Verlassenwerden und sozialer Abwertung zu tun haben. Dies sind Arbeitsblätter, die sich im klinischen Alltag am ZI Mannheim ausgezeichnet bewährt haben und gegenwärtig in einer großen randomisierten Studie getestet werden (Vonderlin et al. 2025).

Ich gehe davon aus, dass sich die nosologischen Begrifflichkeiten hinsichtlich Borderline- und traumaassoziierten Störungen in den nächsten Jahren grundlegend ändern werden. Insbesondere europäische Wissenschaftler arbeiten daran, die traditionelle Fixierung des Traumabegriffs als Folge körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung zu erweitern und wiederholte soziale Traumatisierungen wie emotionalen Missbrauch, Vernachlässigung oder traumatische Invalidierung als Trauma-kriterium anzuerkennen (z.B. Neuner 2023). Damit würde es sich anbieten, die Borderline-Störung aus dem Sektor der Persönlichkeitsstörungen herauszunehmen und dem Spektrum der traumaassoziierten Störungen zuzuordnen, welches dann sowohl physische als auch soziale Traumata umfasst. Ein erweitertes Behandlungskonzept, die Trauma-Fokussierte DBT (TF-DBT) wird den Behandlungsschwerpunkt der Borderline-Störung auf die Verarbeitung traumatischer Erfahrung in Kindheit und Jugend legen. Das entsprechende Therapie-Manual wird 2026 publiziert und auf diese 3. Auflage des Skills-Manuals zurückgreifen.

Was hat sich in der dritten Auflage des Skills-Manuals geändert?

Das **Modul Achtsamkeit** wurde vollständig überarbeitet. Die Ideen dazu stammen aus den langjährigen Zen-Retreats, die ich mit M. Linehan, Elke Max und Jan Glasenapp am Benediktushof bei Würzburg anbieten durfte. Der »Ring der Achtsamkeit« steht für ein neues Organisationsprinzip, das die bekannten Modalitäten (drei Was- und drei Wie-Fertigkeiten) beibehält. Das *Wise-Mind*-Konzept wurde völlig neu und erfahrungsbasierter überarbeitet und rückt damit ins Zentrum der gesamten DBT.

Im **Modul Stresstoleranz** wurde das Thema Krisenbewältigung neu organisiert und um umfangreiche Materialien zum Umgang mit Dissoziation ergänzt.

Deutliche Veränderungen erfuhr auch das Modul zum **Umgang mit Emotionen**. Zum einen wurde es an die Bedürfnisse traumatisierter Patientinnen angepasst und entsprechend erweitert, zum anderen wurde das Thema der multiplen Emotionen und emotionalen Netzwerke neu eingeführt und ausgearbeitet. Dies betont und stärkt die Bedeutung des meta-emotionalen Ansatzes auf Kosten der traditionellen kognitiven Bearbeitung von Emotionen.

Auch das Modul zu **zwischenmenschlichen Fertigkeiten** wurde erheblich erweitert. Die Schnittstellen zur Einzeltherapie wurden ergänzt. Didaktisch steht nun der erfahrungsbasierte Ansatz in Form von Rollenspielen und Gruppenarbeiten im Zentrum.

Um diese umfängliche Erweiterung auszubalancieren, wurden die beiden Module »Selbstwert« und »Umgang mit Sucht« nicht mehr in die dritte Auflage aufgenommen. Letzteres war möglich, weil mittlerweile ein eigenständiges DBT-Sucht-Manual vorliegt (Zimmermann et al. 2021). Das Modul zum Selbstwert hatte sich in der Praxis nicht bewährt. Der Ansatz war deutlich zu kognitiv. Die wesentlichen Skills zur Verbesserung des Selbstkonzeptes sind nun in den Übungen zu *Wise Mind* verankert.

Wenn man das gesamte neu konzipierte Training überblickt, so entwickelt sich der didaktische Schwerpunkt weg von psychoedukativer Wissensvermittlung hin zu geführter erfahrungsbasierter Kompetenzvermittlung. Methodisch reduziert sich dadurch die Zeit, die wir mit frontaler Lehre verbringen, zugunsten von erlebnisbasierten Rollenspielen. Letztere erfordern natürlich gruppentherapeutische Kompetenzen, die auch entsprechend geschult werden sollten.

Therapeutinnen, die bereits über eine Grundausbildung als Skillstrainerinnen verfügen und lediglich nach einem »Update« fragen, also nach einer kompakten Schulung der neuen Inhalte dieses Skills-Manuals, seien an die AWP-Freiburg verwiesen: <https://www.awp-freiburg.de/>.

Ich hoffe, es wird spürbar, wie sehr ich die Modifikationen dieser dritten Auflage des Deutschen Skills-Manuals als konsequente Fortsetzung von M. Linehans Arbeit sehe, und verbeuge mich vor ihrem Genie.

Von Ruben Vonderlin

Die DBT steht an einem Punkt des Übergangs. Als 1993 das erste DBT-Manual erschien, war ich gerade zwei Jahre alt. Ich gehöre also zu jener Therapeutengeneration, die nicht mehr die Möglichkeit hatte, Marsha Linehan persönlich zu begegnen. Und trotzdem – mehr als drei Jahrzehnte später begeistert die DBT weiterhin eine neue Generation von Therapeutinnen und Therapeuten – nicht allein aufgrund ihrer gewachsenen wissenschaftlichen Evidenz, sondern vor allem durch die Haltung, die ihr zugrunde liegt.

Ohne Zweifel ist DBT eines der am besten empirisch untersuchten Psychotherapieverfahren. Und die solide Forschungslage erklärt, warum wir in unserer Ausbildung mit ihr in Kontakt kommen. Und doch könnte man sie – als ein Produkt der 1990er-Jahre – längst für überholt halten. Aber sie bleibt bemerkenswert lebendig. Was also macht ihre anhaltende Attraktivität aus, jenseits von Effektstärken und Publikationszahlen?

Oft wird die DBT mit den »Skills« identifiziert – jenen konkreten Fertigkeiten, die Patientinnen und Patienten helfen, Krisen zu bewältigen, Emotionen zu regulieren und den Alltag zu strukturieren. Diese Skills sind zweifellos zentral und ein wesentlicher Grund für die große Verbreitung der DBT. Sie wirken pragmatisch, unmittelbar und alltagstauglich – für Patientinnen ebenso wie für Therapeutinnen. Gleichzeitig birgt genau diese Zugänglichkeit die Gefahr, die DBT auf ihre Techniken zu reduzieren. Wie viele andere begann auch ich, Skills auswendig zu lernen, Diary Cards auszuteilen und Validierungsstrategien unters Kopfkissen zu legen –, um schließlich zu bemerken, dass eine Therapie stagnieren kann, wenn sie sich auf die reine Vermittlung von Techniken beschränkt. Denn das Ziel der DBT besteht nicht nur darin, Patientinnen und Patienten zu befähigen, ihren Alltag zu bewältigen, sondern ihnen auch zu helfen, ein sinnerfülltes Leben zu führen.

In diesem Sinn liegt die eigentliche Besonderheit der DBT in ihrer Haltung – jener dialektischen Grundhaltung, die die Skills erst mit Leben füllt: in der Weisheit, anzuerkennen, dass auch Skills ihre Grenzen haben; in der Einsicht, dass alles im Fluss ist und sich verändert; und in der Überzeugung, dass Akzeptanz selbst ein Motor für Veränderung sein kann, die von innen heraus entsteht. Achtsamkeit und Präsenz bilden das Fundament dieser Haltung. Sie prägen uns als Therapeutinnen und Therapeuten in einer Haltung von Mitgefühl, Gelassenheit und Weisheit. Genau das ist es, was Patientinnen und Patienten befähigt, die Folgen aversiver Beziehungserfahrungen zu überwinden und Verbundenheit mit sich selbst und der Welt zu entwickeln.

Oder, wie es eine Teilnehmerin in einer meiner Schulungen einmal formulierte: »Die DBT ist nicht ausschließlich Psychotherapie – mit der DBT leisten wir auch Friedensarbeit.« Vielleicht ist es gerade das, was die DBT auch nach mehr als drei Jahrzehnten – und gerade in unserer heutigen Zeit – unverändert aktuell macht.

Ich empfinde die DBT als ein großes Geschenk – ein Geschenk, das mich sowohl psychotherapeutisch als auch menschlich tief geprägt hat. Ich bin Martin Bohus dankbar für alles, was ich in den vergangenen Jahren lernen durfte. Es erfüllt mich mit Stolz und Dankbarkeit, Teil dieser Weiterentwicklung und Fortführung der DBT zu sein.

Die Borderline-Störung mag auf den ersten Blick komplex erscheinen. Betrachtet man sie jedoch aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive – als Ergebnis aversiver zwischenmenschlicher Lernerfahrungen in Verbindung mit individuellen Vulnerabilitäten –, werden die vielfältigen Symptomausprägungen wie Angst vor Verlassenwerden und sozialer Demütigung oder Selbsthass verständlich. Die intensiven Gefühle von Scham, Angst und Wut sowie eine ausgeprägte Sensitivität gegenüber Zurückweisung und sozialer Bedrohung sind nicht nur erklärbar, sondern auch zutiefst nachvollziehbar. Für die Psychotherapie ergibt sich daraus die zwingende Konsequenz, diese Lernerfahrungen – insbesondere im Hinblick auf Selbstkonzept und zwischenmenschliche Schwierigkeiten – nicht nur zu betrachten, sondern aktiv zu bearbeiten. Eine trauma-fokussierte Weiterentwicklung der DBT halte ich daher für notwendig und erlebe ihre Wirksamkeit immer wieder in meiner eigenen therapeutischen Arbeit.

Mit dem breiten Spektrum, das die DBT heute bietet – in der Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung, Validierung und Forderung, mit Blick auf vergangene Lernerfahrungen und in die Zukunft, zwischen

Exposition und Skills und mit Wise Mind als Zentrum, das diese Gegensätze balanciert –, entfaltet sie ihre unverwechselbare Dynamik im therapeutischen Prozess.

Die DBT steht an einem Punkt des Übergangs und ich bin sehr dankbar, dass ich ihn mitgestalten kann.

Heidelberg, im Herbst 2025

Ruben Vonderlin

INHALT

1 Einführung in das DBT-Skillstraining	13
1.1 Was versteht man unter Skills?	14
1.2 Die Module des Skilltrainings	15
1.2.1 Achtsamkeit (Mindfulness)	15
1.2.2 Stresstoleranz (Distress Tolerance Skills)	15
1.2.3 Umgang mit Gefühlen (Emotion Regulation Skills)	16
1.2.4 Zwischenmenschliche Fertigkeiten (Interpersonal Effectiveness Skills)	16
1.3 Zum Stand der Forschung: Wirksamkeit des Skilltrainings	16
1.3.1 Ist eine Skillsgruppe als Stand-alone-Treatment wirksam?	16
1.3.2 Wer kann von DBT-Skillsgruppen profitieren?	17
1.3.3 Wodurch wirkt die Skillsgruppe im Allgemeinen und worauf sollte man bei der Durchführung achten?	18
1.3.4 Wie gut wirkt das Modul Achtsamkeit?	19
1.3.5 Wie gut wirkt das Modul Stresstoleranz?	20
1.3.6 Wie gut wirkt das Modul Emotionsregulation?	20
1.3.7 Wie gut wirkt das Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten?	21
1.3.8 Neuere Entwicklungen und innovative Ideen für DBT-Skillsgruppen	22
1.4 DBT – Regeln und Prinzipien	22
1.4.1 Hierarchie der Behandlungsfoki in der Skillsgruppe	24
1.4.2 DBT-Grundannahmen	26
1.4.3 Dialektik	31
1.4.4 Akzeptanz	32
1.4.5 Veränderung	34
1.4.6 Flexibilität	35
1.5 Das Konsultationsteam	35
1.5.1 Grundlagen des Konsultationsteams	35
1.5.2 Konsultationsteam-Vereinbarung	38
1.5.3 Wie organisiert man ein Konsultationsteam?	42
1.5.4 Wie gestaltet man die Tagesordnung?	45
1.5.5 Umgang mit Videoaufzeichnungen	46
1.6 Settings, Struktur und Abläufe	46
1.6.1 Grundlagen der Skills-Vermittlung	46
1.6.2 Die ambulante Gruppentherapie	49
1.6.2.1 Patientinnen	49
1.6.2.2 Trainerinnen	51
1.6.2.3 Kooperation mit externen Behandlerinnen	52
1.6.2.4 Die Skillsgruppe im Stand-alone-Modus	53
1.6.2.5 Prinzipien und Regeln in der Gruppe	54
1.6.2.6 Abläufe	58
1.6.3 Skills in der ambulanten Einzeltherapie	66
1.6.3.1 Skills in DBT-PTBS	68
1.6.4 Skillstraining im (teil)stationären Setting	69
1.6.4.1 Skills in post-akuten stationären Behandlungsprogrammen	72
1.6.4.2 Skills in elektiven stationären/teilstationären DBT-Intensivprogrammen	73
1.6.5 Online-Therapie	76
1.6.5.1 Grundlegende Rahmenbedingungen	76
1.6.6 Skillstraining für Angehörige	78
1.7 Therapeutenblätter und Imaginationsübungen	81

2 Info- und Arbeitsblätter	109
2.1 Hintergrundwissen	109
2.1.1 Ziele des Hintergrundwissens	109
2.1.2 Hintergrundwissen: Info- und Arbeitsblätter	109
2.2 Einführung in das Skillstraining	111
2.2.1 Ziele der Einführung	111
2.2.2 Einführung in das Skillstraining: Info- und Arbeitsblätter	111
2.3 Modul Achtsamkeit	117
2.3.1 Ziele des Moduls Achtsamkeit	117
2.3.2 In aller Kürze: Was ist Achtsamkeit in der DBT?	117
2.3.3 Vertieftes Hintergrundwissen	119
2.3.4 Zen und Psychotherapie	121
2.3.5 Wie wirkt achtsamkeitsbasierte Psychotherapie?	122
2.3.6 Das Konzept <i>Wise Mind</i>	129
2.3.7 Wie vermitteln wir Achtsamkeit in der DBT?	133
2.3.8 Didaktik in der Praxis	136
2.3.9 Achtsamkeit: Info- und Arbeitsblätter	144
2.4 Modul Stresstoleranz und Dissoziation	172
2.4.1 Ziele des Moduls Stresstoleranz und Dissoziation	172
2.4.2 Hintergrundwissen	173
2.4.3 Stresstoleranz und Dissoziation: Info- und Arbeitsblätter	177
2.5 Modul Umgang mit Gefühlen	193
2.5.1 Ziele des Moduls Umgang mit Gefühlen	193
2.5.2 Hintergrundwissen	194
2.5.3 Didaktik in der Praxis	209
2.5.4 Umgang mit Gefühlen: Info- und Arbeitsblätter	213
2.6 Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten	234
2.6.1 Ziele des Moduls Zwischenmenschliche Fähigkeiten	234
2.6.2 Hintergrundwissen	234
2.6.3 Didaktik in der Praxis	237
2.6.4 Zwischenmenschliche Fertigkeiten: Info- und Arbeitsblätter	238
2.7 Allgemeine Materialien	262
2.7.1 Hintergrundwissen: Werte in der Psychotherapie	262
2.7.2 Allgemeine Materialien: Info- und Arbeitsblätter	265
 3 Tabellarische Übersicht der Kursinhalte	 273
3.1 Geschlossene ambulante Gruppe, in Ergänzung zu DBT-Einzeltherapie	273
3.2 Halb offene ambulante Gruppe, in Ergänzung zur DBT-Einzeltherapie	279
3.3 Geschlossene ambulante Gruppe ohne begleitende DBT-Einzeltherapie (Stand-alone-Modus)	284
3.4 Halb offene ambulante Gruppe ohne begleitende DBT-Einzeltherapie (Stand-alone-Modus)	290
3.5 Stationäre oder teilstationäre Krisenintervention	296
3.6 Stationäre oder teilstationäre Post-Krisen-Behandlung	298
3.7 Monomodulare Skillsgruppe Achtsamkeit (12 Wochen)	299
3.8 Monomodulare Skillsgruppe Emotionsregulation (12 Wochen)	301
3.9 Monomodulare Skillsgruppe Zwischenmenschliche Fertigkeiten (12 Wochen)	303
3.10 Monomodulare Skillsgruppe Zwischenmenschliche Fertigkeiten (24 Wochen)	305
3.11 Skillsgruppen im elektiven stationären DBT-Programm (12 Wochen)	308
3.12 Ausgewählte Skills(-gruppe) für DBT-PTBS	312

4 Hintergrundwissen	314
4.1 Diagnostik der Borderline-Störung und komplexen PTBS	314
4.1.1 Diagnostik der Borderline-Störung	314
4.1.2 Diagnostik der komplexen PTBS	315
4.2 Therapeutische Kompetenzen	315
4.3 Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	318
4.4 DBT für komplexe PTBS	323
4.5 Was ist die Trauma-Fokussierte Dialektisch-Behaviorale Therapie (TF-DBT)?	326
4.6 Psychohygiene	327
5 Literatur	333
6 Register	343

1 EINFÜHRUNG IN DAS DBT-SKILLSTRAINING



1.1 Was versteht man unter Skills?

M. Linehan (1993a) definierte Skills als »kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen«. Diese Reaktionen können bewusst eingesetzt werden oder auch automatisiert sein. Gemäß dieser Definition verwenden alle Menschen, auch Borderline-Patientinnen, täglich eine Vielzahl von Skills, ohne dass sie sich dessen bewusst werden.

Diese Sichtweise wurde von den meisten Vertretern der DBT übernommen und auch gelehrt. Sie birgt den Vorteil der Destigmatisierung, weil Skills als »normale« Verhaltensmuster beschrieben werden, die Patientinnen mit Borderline-Störung eben noch nachlernen müssen. M. Linehan hatte diese Definition bewusst gewählt, um darauf hinzuweisen, dass Borderline-Patientinnen mentale Fertigkeiten erlernen sollten, die auch Gesunde im alltäglichen Leben einsetzen, nur eben ohne sich dessen bewusst zu sein. Aber diese Sichtweise birgt auch einige Probleme. Streng genommen wäre gemäß dieser Definition auch Zähneputzen ein Skill, oder Nahrungsaufnahme und Fahrradfahren, also eigentlich jedwede mentale oder verhaltensrelevante Tätigkeit, die sich langfristig als nicht schädlich erweist für die Betroffenen und deren Umgebung. Es liegt auf der Hand, dass diese sehr weit gefasste Definition sowohl auf konzeptioneller Ebene als auch in der Praxis zu erheblichen Diskussionen und Missverständnissen führt. Dies betrifft alle vier Module des Skilltrainings.

Berücksichtigt man etwa die neueren Forschungsergebnisse zur Emotionsregulation bei Patientinnen mit Borderline-Störungen oder komplexer PTBS, so finden sich deutliche Hinweise auf mikrostrukturelle und neurofunktionelle Alterationen der fronto-limbischen Emotionsregulation (z.B. Perez-Rodriguez et al. 2018). Diese neuronalen Veränderungen manifestieren sich auf der klinisch-phänomenologischen Ebene im Sinne von emotionaler Instabilität, Hypersensitivität und Hyperintensität.

Man sollte also davon ausgehen, dass diese neurobiologisch bedingten intensiven und lang anhaltenden Emotionen eben **zusätzlicher** bewusster Steuerungsmechanismen bedürfen, über die Gesunde nicht nur nicht verfügen, sondern diese eben auch nicht oder nur sehr selten benötigen. Die Vorstellung, dass Gesunde fortwährend präkognitive

inhibitorische Top-down-Prozesse (also unbewusste Skills) einsetzen, um Emotionen zu regulieren, deckt sich kaum mit der derzeit akzeptierten wissenschaftlichen Sichtweise, die eher die Bedeutung **autoregulativer** Prozesse im Mittelhirnbereich betont (z.B. Shackman & Wager 2019), die sicherlich nicht in Form von Skills extrahiert werden können. Bewusstseinsnahe Steuerungsprozesse, wie sie bei Skills eingesetzt werden, kommen bei gesunden Menschen eher selten zum Einsatz, sind sie doch deutlich langsamer und verbrauchen deutlich mehr Energie.

Diese Überlegungen lassen sich auch auf das Gebiet der Achtsamkeit übertragen: Nur sehr wenige Menschen sind in der Lage, sich unter Alltagsbedingungen non-bewusst auf den Strom der gegenwärtigen Informationen zu fokussieren, in annehmender Haltung, ohne zu bewerten, und daraus nachhaltig sinnvolle und sozialverträgliche Handlungen abzuleiten. Schade eigentlich, es wäre besser bestellt um diese Welt. Nicht umsonst definiert etwa Jon Kabat-Zinn die Praxis der Achtsamkeit als eine bewusste, gezielte mentale Übung, die über die Alltagserfahrung **hinausweist** (Kabat-Zinn 2001).

Auch wenn es um die gezielte Unterbrechung von Krisen oder von dissoziativen Zuständen geht, dürfen wir davon ausgehen, dass dazu **spezifische Fertigkeiten** benötigt werden, die nicht im automatisierten Repertoire von Gesunden zu finden sind.

Und wie verhält es sich in zwischenmenschlichen Situationen, dem vierten Modul des Skilltrainings? Zieht man die bahnbrechenden Arbeiten von Kahneman zu den Mechanismen von automatisierter und kontrollierter Urteilsbildung heran (Tversky & Kahneman 1981), so wird deutlich, dass sich auch im zwischenmenschlichen Bereich automatisiertes, von Kahneman als »schnell« bezeichnetes Denken in wesentlichen Aspekten von kontrolliertem (»langsamem«) Denken unterscheidet. Während Ersteres auf der Verarbeitung von wenigen selektierten Informationen beruht, daher rasch, hoch ergonomisch und scheinbar mühelos um den Preis einer gewissen Fehleranfälligkeit operiert, verarbeitet das kontrollierte Denken (und darunter subsumieren wir die Skills) eine weit größere Anzahl von Kontextvariablen. Diese geringere Fehlerquote erfordert allerdings ein höheres Maß an Energie und motivationalem Aufwand.

In anderen Worten: Skills sind weit mehr als bewusst gemachte automatisierte Prozesse von Sekunden. Sie sind eine eigene Kategorie.

Wie im Vorwort schon ausgeführt, würden wir daher eine enger gefasste Definition bevorzugen. Wir können DBT-Skills hinsichtlich ihrer Funktion in zwei Gruppen unterteilen: zum einen in die **kurzfristig wirksamen Selbstinstruktionen**, die bewusst eingesetzt werden, um automatisiertes Erleben und Verhalten gezielt zu korrigieren. Zum anderen in Übungen und Verhaltensweisen, die darauf angelegt sind, **langfristig Veränderungen** der inneren Einstellungen gegenüber sich selbst und der Welt zu kultivieren. Dazu gehören etwa präventiv wirksame Skills, die auf eine Verbesserung der emotionalen Vulnerabilität zielen, oder auch die Imaginationsübungen zu *Wise Mind*.

Aber auch kurzfristig wirksame Skills werden sich nach längerer Übung automatisieren, das heißt, von der bewussten Steuerung in non-bewusstes Erleben und Verhalten übergehen. Dann verhält man sich »skillful«, also angemessen, aber man benötigt nicht mehr die dezidierten Steuerungsprozesse, und damit setzt man keine Skills mehr ein, sondern prozessiert diese automatisch.

Wie aber fördert man diesen Prozess der Automatisierung, ohne die sich der Alltag doch sehr anstrengend oder holprig anfühlen würde? Viele Betroffene stellen diese Frage gar nicht, weil sie die Antwort bereits erraten: durch üben, üben, üben. Wir begrüßen die neuen Teilnehmerinnen einer Skillsgruppe beim Vorgespräch mit der Frage, ob sie jemals gelernt haben, ein Instrument zu spielen. Und falls sie auf diesem Gebiet keine Erfahrung machen konnten, so haben die meisten Patientinnen Bekanntschaft mit anderen komplexen Prozessen gemacht, die anfangs sehr langsam und **anstrengend** verliefen, bis sie sich schließlich automatisierten: Tanzen, Basketball, Skifahren, Fremdsprachen lernen, die Liste lässt sich beliebig erweitern. Immer geht es darum, bewusste, linear gesteuerte Prozesse durch permanente Wiederholung in Automatismen zu verwandeln. Erst mit den Automatismen kommen Leichtigkeit und Geschmeidigkeit ins Spiel und damit schließlich auch der Spaß und bisweilen berauschende Momente.

1.2 Die Module des Skilltrainings

M. Linehan gliederte das Skillstraining in **vier Module**, die wir in diesem Manual beibehalten. Ausführliche Erläuterungen finden Sie im Kapitel 2 dieses Bandes, hier wollen wir nur einen kurzen Überblick zur Orientierung geben.

1.2.1 Achtsamkeit (Mindfulness)

Das Achtsamkeitsmodul bildet das grundlegende Fundament des gesamten Skilltrainings. Es wird sowohl am Anfang des Trainings eingeführt als auch in regelmäßigen Abständen wiederholt. **Achtsamkeit in der DBT verfolgt zwei Ziele:** Erstens geht es darum, die **meta-emotionalen Fähigkeiten** zu verbessern, um das heißt gezielt **Kompetenzen** zu verbessern, die eigenen Emotionen, Gedanken und Handlungsimpulse zu beobachten und zu beschreiben, ohne den jeweiligen Handlungsimpulsen zu folgen. Zweitens geht es darum, eine nicht-wertende, wohlwollende und akzeptierende **Haltung** gegenüber sich selbst und anderen zu entwickeln. Die von M. Linehan konzeptualisierten »Was-Fertigkeiten« (wahrnehmen, beschreiben, teilwerden) und »Wie-Fertigkeiten« (offen annehmen, im Augenblick sein und umsichtig handeln) lassen sich in Form eines Ringes darstellen, in dessen Mitte *Wise Mind* platziert ist.

Das Prinzip des **Wise Mind** bezeichnet in der DBT den inneren Zustand, in dem **emotionale** und **rationale Anteile** des Denkens in Balance sind, also einen mentalen Modus, in dem Menschen auf eine **kohärente, intuitive und situationsangemessene Weise** handeln können – weder rein impulsiv-emotional noch rein intellektuell-distanziert. Um der fundamentalen Bedeutung von *Wise Mind* in der DBT Rechnung zu tragen, haben wir das Wise-Mind-Konzept in dieser Auflage des Skills-Manuals deutlich erweitert und vertieft. Die Details finden Sie im Kapitel 2.3.

1.2.2 Stresstoleranz (Distress Tolerance Skills)

Auch das Modul der Stresstoleranz verfolgt **zwei Ziele:** Einerseits geht es darum, den Umgang mit **akuten Krisen- und Belastungssituationen** zu verbessern (intensive Spannungszustände, Dissoziation und Krisenmodi), andererseits geht es darum,

langfristig die Toleranz für aversive Emotionen, Kränkungen, schlechte Laune und Ungerechtigkeit zu erhöhen. Also darum, eine **annehmende Haltung** zu entwickeln, um auf dieser Basis handlungsfähig zu bleiben. Detailliertere Ausführungen finden Sie in Kapitel 2.4.

1.2.3 Umgang mit Gefühlen (Emotion Regulation Skills)

Das Modul zur Emotionsregulation vermittelt den Patientinnen einerseits **Verständnis** für die Entstehung, Funktion und Steuerung von Emotionen, andererseits **grundlegende Kompetenzen**, aversive Emotionen zu regulieren, multiple Emotionen zu erkennen und zu handhaben, und schließlich lernen sie Verhaltensmuster, um ihre emotionale Vulnerabilität zu reduzieren. Eine Neuerung in dieser Auflage des Skills-Manuals besteht in der Entwicklung von sog. »Schlüssel-Emotionen-Netzwerke« (SEN) wie Furcht vor Verlassenwerden und Furcht vor sozialer Demütigung. Auch hierzu finden sie alle Details in Kapitel 2.5.

1.2.4 Zwischenmenschliche Fertigkeiten (Interpersonal Effectiveness Skills)

Das vierte Modul fokussiert auf den Aufbau und Erhalt **stabiler, erfüllender sozialer Beziehungen** sowie auf die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse durchzusetzen, Grenzen zu setzen und dabei die Beziehung und Selbstachtung zu wahren. Gerade Patientinnen mit Borderline-Symptomatik erleben in diesem Bereich häufig intensive Konflikte, instabile Beziehungen oder Schwierigkeiten, Autonomie und Bindung in Balance zu halten. Details finden Sie in Kapitel 2.6.

1.3 Zum Stand der Forschung: Wirksamkeit des Skilltrainings

Die Struktur des Skilltrainings lädt zum Experimentieren ein. Die Module können einzeln oder in Kombination angeboten werden, auch innerhalb eines Moduls lassen sich die Skills variieren. Im Rahmen der Einzeltherapie können Skills auch einzeln angeboten werden. Diese Flexibilität ist vorteilhaft und hat sicherlich zur weiten Verbreitung der Skills im psychiatrisch-psychotherapeutischen

Kontext beigetragen. Andererseits ist es naturgemäß schwierig, wissenschaftlich fundierte Aussagen zur Wirksamkeit der jeweiligen Kombinationen zu machen.

Wenn man nach den Kriterien für die jeweilige Auswahl der Module und Skills fragt, stehen klinische Überlegungen und Praktikabilität meist im Vordergrund. Das ist auch gut so. Dennoch ist es sicherlich hilfreich, den aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung zu berücksichtigen und in die jeweiligen Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen, soweit eben verfügbar. Das folgende Kapitel bietet einen kurzen und selektiven Überblick über die aktuellen Erkenntnisse der Therapieforschung zur Anwendung und Wirkung von DBT-Skillsgruppen und leitet daraus einige konkrete Implikationen für das therapeutische Handeln ab.

Zunächst werden wir die verschiedenen Kontexte und Zielgruppen darstellen, in denen Skillsgruppen häufig angeboten werden, mit besonderem Fokus auf Skillsgruppen als Stand-alone-Intervention. Anschließend werden Studien zu Wirkmechanismen und Untersuchungen einzelner Module und Komponenten betrachtet (sogenannte Dismantling-Studien).

Um die Relevanz und Implikationen der dargestellten Befunde für die therapeutische Arbeit nicht aus dem Auge zu verlieren, orientieren wir uns in diesem Kapitel an häufig gestellten klinischen Fragen, denen wir immer wieder begegnen. Eine Google-Scholar-Suche im Mai 2024 ergab 42 200 Treffer für die Suchanfrage »DBT skills group«. Dies deutet auf eine sehr breite, aber auch sehr heterogene Evidenzlage hin. Dieses Kapitel stellt daher lediglich die zentralen Befunde und deren Implikationen für die therapeutische Arbeit zusammen, erhebt dabei jedoch keinen Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit.

1.3.1 Ist eine Skillsgruppe als Stand-alone-Treatment wirksam?

Aufgrund der einfachen Anwendbarkeit und Kosteneffizienz von Gruppentherapie werden DBT-Skillsgruppen häufig als alleinige Behandlung, also als Stand-alone-Treatment ohne begleitende Einzeltherapie, angeboten. Wirksamkeits-Studien mit Borderline-Patientinnen können diese Praxis untermauern, sie zeigen eine generelle Wirksamkeit von Skillsgruppen als eigenständige Behandlung (siehe Valentine et al. 2015; Valentine et al. 2020).

Die Studienlage im Vergleich zwischen alleiniger Skillsgruppe und kombinierter DBT-Behand-

lung (Einzeltherapie plus Skillstraining) ist jedoch deutlich schlechter. Lyng et al. (2020) verglichen in einer naturalistischen, nicht-randomisierten Studie die Effektivität von DBT-Skillsgruppen als Stand-alone-Treatment mit kombinierter DBT für Borderline-Patientinnen. Dabei fanden sie keine Unterschiede der Wirksamkeit im klinischen Outcome, jedoch eine 2,4-fach erhöhte Drop-out-Rate in der alleinigen Gruppenbehandlung (38 % vs. 16 %). Die wohl bekannteste Studie zur Effektivität der einzelnen DBT-Komponenten stammt von Marsha Linehan selbst (Linehan et al. 2015). In dieser Studie wurden Patientinnen mit Borderline-Störungen zu einer alleinigen Gruppenbehandlung plus individuellem Case-Management, DBT-Einzeltherapie plus Aktivitätsgruppe oder kombinierter DBT (Einzel- und Gruppentherapie) randomisiert. Dabei wurden vor allem Suizidalitäts-Maße als Outcomes erfasst. Entgegen der ursprünglichen Hypothese führten alle drei Bedingungen zu einer signifikanten Verringerung der Suizidversuche, Suizidgedanken, der medizinischen Schwere der beabsichtigten Selbstverletzung und der Inanspruchnahme von Krisendiensten aufgrund von Suizidalität. Die Reduktion von Anzahl und Schwere der Selbstverletzungen zeigte sich jedoch in den Bedingungen als wirksamer, die eine Gruppentherapie einschlossen. Dies deutet darauf hin, dass der Erwerb von DBT-Fertigkeiten in der Gruppe eine wichtige Komponente sein könnte, um optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen. Die Drop-out-Raten waren am geringsten in der Kombinationsbehandlung (24 %) und erhöhten sich bei der alleinigen Einzeltherapie (48 %) und der alleinigen Gruppentherapie (39 %). Vor diesem Hintergrund wäre allerdings auf die große randomisierte Studie zur Wirksamkeit von DBT-PTBS hinzuweisen (Bohus et al. 2020). Hier wurden die Skills ausschließlich im Rahmen der Einzeltherapie angeboten, die Drop-out-Raten lagen bei 25 %.

Eine weitere klinische Anmerkung sei hier erlaubt: Unter Forschungsbedingungen sind alle Teilnehmerinnen angewiesen, die jeweiligen Therapieangebote auch tatsächlich wahrzunehmen. Viermaliges Versäumen einer Sitzung in Folge, sei dies nun Einzeltherapie oder Skillsgruppe, führt automatisch zum Ausschluss aus der Studie. Wir müssen mittlerweile davon ausgehen, dass ca. 15 % der Studienabbrecher angeben, dass sie mit den Skillsgruppen nicht zurechtkommen – sei dies terminlich, inhaltlich oder sozial bedingt. Wir würden daher raten, sich unter klinischen Bedingungen nicht zu rigide an die Forschungsvorgaben zu halten, sondern im Einzelfall (nach Diskussion im Kon-

sultationsteam) individuell zu entscheiden (siehe auch Kapitel 1.6.2.5).

Fazit: Der Stand der Forschung legt die Empfehlung nahe, Patientinnen mit Borderline-Störungen DBT-Skillsgruppen anzubieten. Falls irgend möglich, sollten diese mit Einzeltherapie kombiniert werden. Dies ist jedoch nicht zwingend notwendig, sofern kein freier Behandlungsplatz im Einzelsetting zur Verfügung steht.

1.3.2 Wer kann von DBT-Skillsgruppen profitieren?

In einem systematischen Review stellen Delaquis et al. (2022) die Evidenzlage von DBT-Skillsgruppen als **transdiagnostische Behandlung**, also für Patientinnen mit unterschiedlichen psychischen Störungen **ohne Persönlichkeitspathologie** dar. Über zwölf randomisierte kontrollierte Studien hinweg zeigen die Ergebnisse moderate bis hohe Effektstärken von DBT-Gruppen im Vergleich zu Wartelisten und aktiven Kontrollgruppen (between-group): $g = 0.50$ für depressive Symptomatik, $g = 0.83$ für Essstörungssymptomatik, $g = 0.45$ für Angstsymptomatik und $g = 0.48$ für die Emotionsregulation in diesen Störungsgruppen. Dies weist darauf hin, dass DBT-Skillsgruppen **auch außerhalb** der Borderline-Störung effektiv eingesetzt werden können.

Ein besonderer Kontext für DBT-Skillsgruppen ist der **Straf- oder Maßregelvollzug**. Eine aktuelle Übersichtsarbeit von Cunha et al. (2024) identifizierte insgesamt 28 Studien zu DBT mit straffälligen Personen. Diese Studien berichten über eine Reduktion von Schwierigkeiten der Emotionsregulation und Impulsivität, Aggression und impulsivem Verhalten, Feindseligkeit, Externalisierung von Schuld, Symptome von Angst, Depression und/oder geringem Selbstwertgefühl, selbstverletzendes und dysfunktionales Verhalten, PTBS-Symptome sowie Drogen- und Alkoholabstinenz. Es wurde auch über eine Verringerung der Inhaftierung, des Rückfallrisikos, des Regelverstoßes und geringere Rückfallquoten bei Nachuntersuchungen berichtet.

Auch im **Präventionskontext** haben sich DBT-Gruppeninterventionen als effektiv erwiesen, insbesondere bei der Früherkennung und Frühbehandlung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten, z.B. bei Studierenden (Pistorello et al. 2012). Auch die groß angelegte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit des DBT-basierten Programmes »Lebe Balance«, die über 3500 Teilnehmer analysierte, zeigte gute Wirksamkeit hinsichtlich Reduktion allgemeiner psychischer Belastung ($g = 0.40$)

und einer signifikanten Risikoreduktion für die Entwicklung von psychischen Störungen (Bohus, Lysenko et al. 2013; Lysenko et al. 2016, 2019). Auch im Bereich der Prävention am Arbeitsplatz konnte ein DBT-basiertes Gruppenprogramm für Führungskräfte (»Führung in Balance«) die Gesundheit sowie die gesunde Selbst- und Mitarbeiterführung der teilnehmenden Führungskräfte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant stärken ($g = 0.19 - 0.59$; Vonderlin et al., 2021; 2023). Ein nicht neuer, aber in der Forschung noch unterrepräsentierter Ansatz ist, DBT-Skillsgruppen zur Verbesserung der **Emotionsregulation bei Eltern** einzusetzen. Erste Befunde aus Pilotstudien sind vielversprechend und weisen darauf hin, dass Skillsgruppen neben der Emotionsregulation und psychischen Gesundheit von Müttern auch deren Erziehungsverhalten signifikant verbessert. Erkenntnisse aus Tagebuchkarten zeigten, dass die Mütter ca. fünf Skills pro Tag im Erziehungsbereich nutzten, was einen großen Einfluss auf ihr Erziehungsverhalten hatte (Martin et al. 2017).

Fazit: DBT-Skillsgruppen können nicht nur für Patientinnen mit Borderline-Störung, sondern in verschiedensten Kontexten und bei unterschiedlichen Störungsbildern effektiv eingesetzt werden. Dabei werden in Studien in der Regel kontext- und zielgruppenspezifische Anpassungen oder Auswahl der Skills vorgenommen.

1.3.3 Wodurch wirkt die Skillsgruppe im Allgemeinen und worauf sollte man bei der Durchführung achten?

Die Suche nach den sogenannten **Wirkmechanismen** von Psychotherapie nimmt einen zentralen Platz in der Psychotherapieforschung ein. Oftmals gleicht dieses Unterfangen jedoch der Suche nach der berühmten Nadel im Heuhaufen. Psychotherapeutische Veränderungen unterliegen komplexen, häufig individuellen Prozessen, die für empirische Wissenschaften oft schwer zu erfassen sind. Dennoch versuchen wir, einen kurzen Überblick über die aktuelle Forschungslage zu geben, um klinische Implikationen aufzuzeigen, auf welche therapeutischen Veränderungsmechanismen bewusst fokussiert werden können.

In einem theoretischen Artikel postuliert Marsha Linehan vier zentrale und spezifische Wirkmechanismen der DBT: Achtsamkeit, Validierung, Fokussierung auf Emotionen und Problemverhalten sowie Dialektik (Lynch et al. 2006). Während Achtsamkeit und die Fokussierung auf Emotionen sich

den Gruppenmodulen direkt zuordnen lassen, finden sich Dialektik und Validierung in vielfältigen Interventionen und spiegeln sich in der therapeutischen Grundhaltung wider. Empirische Studien zeigen, dass Patientinnen, die sich in Therapiesitzungen validiert fühlen, weniger negativen Affekt nach der Sitzung aufweisen. Im Gegensatz dazu berichten Patientinnen bei gefühlter Invalidierung von einem stärkeren negativen Affekt nach der Sitzung. Dieser Effekt war stärker bei Patientinnen mit ausgeprägter Borderline-Symptomatik (Benitez et al. 2019).

Ein bewusster Einsatz von **Validierungs- und dialektischen Strategien** sollte daher allen DBT-Therapeutinnen am Herzen liegen. Viele praxisnahe und klinische Anwendungsmöglichkeiten der Dialektik finden sich beispielsweise in Swensons ausgezeichnetem Werk zur Praxis der DBT (Swenson 2016).

Darüber hinaus ist der wohl am häufigsten untersuchte allgemeine Wirkmechanismus von DBT-Skillsgruppen die Nutzung und Umsetzung **neu erlernter Fertigkeiten im Alltag** der Patientinnen. Dieser Wirkmechanismus bezieht sich vor allem auf die sogenannte Skill-Defizit-Annahme in der bio-sozialen Theorie, nämlich dass Patientinnen neue Fertigkeiten erlernen müssen, um einen adaptiven Umgang mit ihren Emotionen zu entwickeln (Chapman & Owens 2020).

Die erste Studie, die die Nutzung von Skills im Alltag genauer untersuchte, stammt von der Arbeitsgruppe von Marsha Linehan selbst. Neacsiu, Rizvi und Linehan (2010) zeigten, dass, obwohl alle Patientinnen angaben, vor Beginn der Behandlung bereits einige DBT-Skills anzuwenden, die Teilnehmenden in einer DBT-Behandlung dreimal so viele Skills nach der Therapie anwandten als in einer Kontrollbehandlung. Signifikante Mediationseffekte deuteten auch darauf hin, dass die Anwendung von DBT-Fertigkeiten den Rückgang von Suizidversuchen und Depressionen sowie die Zunahme der Wutkontrolle im Laufe der Zeit vollständig vermittelte. Die Anwendung von DBT-Skills vermittelte auch teilweise den Rückgang der nicht-suizidalen Selbstverletzungen im Laufe der Zeit.

In einer Tagebuchstudie untersuchten Southward et al. (2022) den Einsatz von DBT-Skills im Alltag über 16 Wochen DBT-Behandlung in einer transdiagnostischen Stichprobe. Die Anzahl der genutzten DBT-Skills nahm während der Behandlung zu, die Wirksamkeit einzelner Skills jedoch nicht. Die Teilnehmenden nutzten mehr Skills an Tagen mit mehr Stress und Angst, was eine Abnahme von Stress und Angst am nächsten Tag vorhersagte. An

Tagen, an denen die Teilnehmer über eine höhere Effektivität berichteten, nutzten sie mehr Skills als ihr persönlicher Durchschnitt bei hohem negativem Affekt.

Um die **Umsetzung der Skills im Alltag** zu messen, wurde ein DBT-spezifischer Fragebogen entwickelt: die Dialectical Behavior Therapy Ways of Coping Checklist (DBT-WCCL; Neacsiu, Rizvi, Vitalino et al. 2010); deutsche Version (Burmeister et al. 2016), die auch in der klinischen Praxis angewendet werden kann.

Fazit: Patientinnen berichten auch schon vor der DBT-Behandlung von Skills, die sie bereits nutzen. Diese könnten zu Beginn einer Gruppentherapie gesammelt und gewürdigt werden. Die Fertigkeiten werden von Patientinnen als wirksam erlebt, diese Einschätzung verändert sich über die Therapie hinweg nicht. Das Repertoire und die Anzahl an Fertigkeiten nehmen jedoch zu und sollten in der Therapie aktiv gefördert werden. Maßnahmen zur Begleitung der Skill-Anwendung (z.B. Tagebuchkarten) können helfen, den Therapieprozess zu unterstützen.

Neben der Skills-Anwendung können positive Beziehungserfahrungen und die **Gruppenkohäsion** als weitere eigenständige Wirkfaktoren postuliert werden. Obwohl die DBT mit ihrem dialektischen Ansatz einen expliziten Fokus auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der Gruppenkohäsion legt, gibt es bisher nur wenige Studien, die dies untersuchen. In einer Skillsgruppe mit Suchtpatientinnen zeigte sich, dass positive Beziehungserfahrungen über die Gruppenzeit hinweg zunahmen und negative Beziehungserfahrungen abnahmen. Negative Beziehungserfahrungen wiesen einen signifikanten negativen Zusammenhang mit der Anzahl der Abstinenztage nach Behandlungsende auf (Cavicchioli et al. 2021).

Fazit: Es sollte ein expliziter Fokus auf die Gestaltung der Gruppenkohäsion gelegt werden. Hierbei können Gruppenregeln, der Umgang mit Stolpersteinen (2.2 AB 1; Patientenmanual S. 39), gemeinsame Achtsamkeitsübungen, gegenseitige Validierung und ein bisschen Humor sicherlich hilfreich sein.

1.3.4 Wie gut wirkt das Modul Achtsamkeit?

In einer randomisierten Studie untersuchten Elices et al. (2016) die Effekte der beiden **Module Achtsamkeit** und **Zwischenmenschliche Fertigkeiten**. Es zeigte sich, dass in der Achtsamkeitsgruppe

40 % der Patientinnen klinisch relevante Veränderungen auf der BSL-23 (Bohus et al. 2009; Wolf et al. 2009), zeigten, während in der Gruppe, die ausschließlich Zwischenmenschliche Fertigkeiten anbot, lediglich 13 % der Patientinnen eine klinisch relevante Veränderung aufwiesen. Über die gesamte Stichprobe hinweg zeigte das Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten als alleiniges Modul keinerlei signifikante Veränderungen bezüglich klinischen Outcomes, was wir zum Anlass nahmen, dieses Modul grundlegend zu modifizieren. Die stärksten Veränderungen wurden in der Achtsamkeitskomponente »Decentering« gefunden, d.h. Abstandnehmen von eigenen Gedanken und Gefühlen. Es liegt die Vermutung nahe, dass die weiteren Module der Skillsgruppe vor allem in Kombination mit der Grundfertigkeit der Achtsamkeit ihre Wirkung entfalten. Die Kombination der Module wurde in der Studie allerdings nicht untersucht.

Zeifman et al. (2020) untersuchten die Effekte einer Skillsgruppe auf Achtsamkeit und deren Prädiktionseffekt für klinische Outcomes. Sie zeigten, dass im Vergleich zu einer aktiven Wartelisten-Kontrollgruppe eine stärkere Zunahme von Achtsamkeit, gemessen mit dem Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS, Baer et al. 2004), zu verzeichnen war. Außerdem war die Zunahme von Achtsamkeit signifikant mit der Abnahme der allgemeinen Psychopathologie korreliert, was darauf hinweist, dass die klinische Veränderung durch DBT-Skillsgruppen durch eine Verbesserung der meta-emotionalen Kompetenzen vermittelt sein könnte.

Mitchell et al. (2019) untersuchten genauer, welche **Facetten der Achtsamkeit** durch die Teilnahme an der Skillsgruppe die stärksten Veränderungen zeigen und das klinische Outcome prädictieren. Auf den Facetten des Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, Baer et al. 2006; Baer et al. 2008), das mehrere Facetten der Achtsamkeit erhebt (observing, describing, acting with awareness, nonjudging of inner experience und nonreactivity to inner experience), zeigten sich die größten Effekte auf den Dimensionen »acting with awareness« und »nonjudging of inner experience«, die auch am stärksten mit einer Reduktion der klinischen Symptomatik korreliert waren. Dies steht im Einklang mit meta-analytischen Befunden von Eeles & Walker (2022), die in einem Review über elf Studien hinweg die größten Effekte von DBT-Achtsamkeitstraining auf »acting with awareness« und »nonjudgment« zeigten.

Fazit: Achtsamkeit bildet konzeptionell und empirisch eine wichtige Grundlage für Module und

damit einen zentralen Wirkfaktor zur Veränderung des klinischen Symptombilds. Patientinnen sollten in regelmäßigen Übungen immer wieder angeleitet werden, eigene Gedanken, Gefühle und Handlungsimpulse bewusst mit Abstand (awareness) und einer annehmenden Haltung (non-judgemental) zu betrachten.

1.3.5 Wie gut wirkt das Modul Stresstoleranz?

Das Modul der Stresstoleranz hat das Ziel, Patientinnen dabei zu unterstützen, auch im Krisenmodus zielorientiert zu handeln, und langfristig die Anfälligkeit für Krisen zu reduzieren. Dies betrifft unter anderem den Umgang mit innerer Anspannung.

Viele Studien weisen darauf hin, dass Patientinnen dazu tendieren, Zustände **intensiver Anspannung** durch Selbstverletzungen oder andere Problemverhaltensweisen zu beenden (Kleindienst, Bohus et al. 2008; Ludäscher et al. 2009). Im Rahmen des Stresstoleranz-Moduls werden Skills mit starken sensorischen Inputs gelehrt, um Anspannung zu kupieren. Die neurobiologischen Wirkmechanismen sind noch weitgehend unklar, es gibt jedoch Befunde, die zeigen, dass kaltes Wasser im Gesicht zu einer raschen Aktivierung des parasympathischen Systems und damit zu einer Abnahme der physiologischen Erregung, einer Abnahme der Herzfrequenz und zu einer rasch einsetzenden kognitiven Beruhigung führt (sogenannter Tauchreflex, Muth et al. 2005).

In einer qualitativen Arbeit befragten Schaich et al. (2021) 24 Borderline-Patientinnen nach ihren Erfahrungen mit Stresstoleranz-Skills. 25 % der Patientinnen gaben an, diese täglich zu nutzen, während 46 % der Patientinnen Stresstoleranz-Skills mehrmals die Woche einsetzten. Nahezu alle Patientinnen nutzten akzeptanzbasierte Strategien (96 %), gefolgt von Selbstberuhigung (63 %) und TIP-Skills (Hochstress-Skills) über die fünf Sinne (54 %). Anwendung fanden die Skills vor allem in zwischenmenschlich schwierigen Situationen (58 %), bei intensiven Emotionen (33 %) und nur 21 % der Patientinnen nutzten diese bei tatsächlich hoher Anspannung. Interessanterweise stimmten alle Patientinnen der Aussage zu, dass die Effektivität der Stresstoleranz-Skills abhängig vom Spannungslevel ist und dass Stresstoleranz-Skills einen abrupten Abfall der Anspannung erzeugen. Außerdem gaben alle Patientinnen an, dass in einem ersten Schritt die Akzeptanz der Skills und in einem zweiten Schritt das regelmäßige Üben des

Einsatzes den Erfolg der Skills bestimmt. Alfonsso et al. (2022) weisen darauf hin, dass die Vermittlung von Stresstoleranz-Skills auch die Selbstwirksamkeit der Patientinnen steigert, mit Stress und Anspannung umzugehen.

Im Rahmen von DBT-Studien zeigte sich, dass eine erhöhte Stresstoleranz auch unabhängig von der Verbesserung der Achtsamkeit die Therapieeffekte auf die Psychopathologie prädiizierte. Dies weist darauf hin, dass die Verbesserung der Stresstoleranz als eigenständiger Wirkmechanismus in der DBT aufgefasst werden kann (Zeifman et al. 2020).

Fazit: Ein Großteil der Patientinnen berichtet, dass Stresstoleranz-Skills zur Regulation der inneren Anspannung nützlich sind. Insbesondere Hochstressskills sollten nur bei hoher Anspannung eingesetzt werden, um anschließend an den Kernbereichen der Emotionsregulation arbeiten zu können. Stresstoleranz-Skills können dabei helfen, die Selbstwirksamkeit von Patientinnen zu stärken.

1.3.6 Wie gut wirkt das Modul Emotionsregulation?

Verbesserung der Emotionsregulation wird häufig als der zentrale Wirkfaktor der DBT beschrieben und zeigt sich darin, dass die DBT, wann immer es möglich ist, explizit die emotionalen Prozesse fokussiert.

Die DBT integriert dabei die verschiedenen Module der Skillsgruppe, die alle zur Verbesserung der Emotionsregulation beitragen sollen. So wird beispielsweise im Modul Achtsamkeit geübt, Emotionen und Gedanken bewusst wahrzunehmen und mit einer nicht-wertenden Haltung zu betrachten. Im Modul Stresstoleranz erlernen Patientinnen Techniken, um intensive innere Anspannung auszuhalten, ohne in destruktive Verhaltensmuster zurückzufallen. Im Modul Emotionsregulation wird gezielt an der Veränderung und Steuerung emotionaler Reaktionen gearbeitet. Und das Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten hilft, emotionale Konflikte in Beziehungen zu bewältigen.

Der wohl bekannteste Fragebogen zur Erhebung der Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (die Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz & Roemer 2004) postuliert unterschiedliche Facetten der Emotionsdysregulation: Nicht-Akzeptanz emotionaler Reaktionen, Schwierigkeiten, unter Emotionen zielorientiert zu handeln, Schwierigkeiten der Impulskontrolle, Mangel an emotionaler Awareness, eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulations-Strategien und Mangel an emotionaler

Klarheit. Ziel des Moduls Emotionsregulation sollte es sein, alle Facetten zu adressieren.

Gibson et al. (2014) und Neacsiu et al. (2014) untersuchten die Effekte von DBT bei Borderline-Patientinnen auf die einzelnen Facetten der DERS. Gibson et al. (2014) zeigte Prä-Post-Effekte von $d = 0,16$ (Impulskontrolle) bis $d = 0,38$ (Emotionale Klarheit und Akzeptanz von Emotionen). Neacsiu et al. (2014) zeigte Prä-Post-Effekte von DBT in einem transdiagnostischen Sample von $d = 0,53$ (Awareness) bis $d = 2,15$ (Regulationsstrategien).

McMain et al. (2013) untersuchten in einem RCT (DBT vs. General Psychiatric Management) anhand von Selbstauskünften die Rolle von Affekt, Problemlösung und emotionaler Kontrolle auf Borderline-Symptomatik und zwischenmenschliche Fertigkeiten. Eine verbesserte Affektbalance, definiert als Verhältnis zwischen positiven und negativen Gefühlen, sowie die Fähigkeit, Emotionen zu benennen, prädizierten eine Verringerung der Symptombelastung sowie eine verbesserte zwischenmenschliche Funktion.

Konzeptuell postuliert die DBT enge Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und Emotionsregulation, da Erstere die Fähigkeit zur meta-emotionalen Kompetenz verbessern sollte, was wiederum die Voraussetzung schafft, die emotionalen Reaktionen gezielter zu steuern. Die diesbezügliche Datenlage ist allerdings überschaubar.

Schmidt et al. (2024) erhoben Achtsamkeit und Emotionsregulation auf wöchentlicher Basis über eine Achtsamkeits-Skillsgruppe hinweg. Sie zeigten, dass erhöhte Achtsamkeit die Emotionsregulation in der nächsten Woche prädizierte. Entscheidende Dimensionen waren hierbei die Nichtbewertung von Affekten, ein erhöhtes Körperbewusstsein sowie die Fähigkeit, Gefühle und Gedanken mit Abstand zu betrachten.

Neurowissenschaftliche Untersuchungen zeigten auch, dass Veränderungen in der Emotionsregulation mit spezifischen Veränderungen in der Amygdala-Regulation und einer Zunahme von grauer Substanz im angulären Gyrus und supramarginalen Gyrus assoziiert waren (Goodman et al. 2014; Herpertz et al. 2018; Mancke et al. 2018).

Fazit: Die explizite Fokussierung auf emotionale Prozesse und die Verbesserung der Emotionsregulation sind wesentliche Elemente der DBT, die maßgeblich zur Wirksamkeit der Therapie beitragen. Die kontinuierliche Förderung der Fähigkeit, Emotionen bewusst wahrzunehmen, zu akzeptieren und zu regulieren, stellt einen zentralen Bestandteil der therapeutischen Arbeit dar und sollte in jeder Phase der Behandlung betont werden. Dabei

werden immer wieder folgende Aspekte in der Forschung diskutiert: Zulassen, Beschreiben und Benennen von Emotionen, Akzeptanz von Emotionen, das Fördern emotionaler Klarheit, eine erhöhte Affektbalance als dialektischer Prozess zwischen positiven und negativen Emotionen.

1.3.7 Wie gut wirkt das Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten?

Zu den spezifischen Wirkmechanismen des Moduls Zwischenmenschliche Fertigkeiten gibt es bisher nur sehr begrenzte empirische Forschung. In der theoretischen Arbeit von Choudhary & Thapa (2012) werden mögliche Wirkmechanismen und Effekte dieses Moduls erörtert. Sie postulieren, dass die Fertigkeiten dabei helfen können, Beziehungsprobleme zu lösen, Validierungs- und Akzeptanzstrategien die Zurückweisungssensitivität und negative Gefühle vermindern können und dass dialektisches Denken Schwarz-Weiß-Denken auflösen kann, indem durch Akzeptanz und Veränderung ein Mittelweg gefunden wird. Empirische Daten zu diesen Effekten sind jedoch bisher spärlich.

In der Studie von Elices et al. (2016) wurden die interpersonellen Fertigkeiten als eigenständiges Modul bei Borderline-Patientinnen untersucht. Dabei zeigten sich keine signifikanten Effekte dieses Moduls auf die Psychopathologie, was darauf hinweist, dass die Wirksamkeit möglicherweise stärker in der Kombination mit anderen DBT-Modulen zum Tragen kommt. Ein aufstrebender Bereich in der Forschung ist die funktionale interpersonelle Emotionsregulation, bei der eigene Emotionen durch die Einbindung anderer Personen reguliert werden, z.B. durch Emotional Sharing. Hierzu gibt es noch wenig spezifische Forschung, aber die theoretische Grundlage deutet auf potenziell bedeutende Effekte hin (Howard & Cheavens 2023).

Besonders im Bereich der Adoleszenten-Therapie wurden Skillsgruppen im Mehrpersonensetting, wie z.B. mit Paaren und Angehörigen, untersucht (z.B. Fruzzetti et al. 2007). Wilks et al. (2017) zeigen, dass DBT-Gruppen nach dem Family-Skills-Konzept zu einer Verbesserung der Familienbeziehungen führen können. Nach einer 20-wöchigen DBT-Gruppe berichteten Familien über eine höhere Zufriedenheit und weniger Feindseligkeit und Belastung (Prä-Post-Effektstärke $d = 1,10$). Diese Gruppen umfassten jedoch alle DBT-Module und nicht nur die interpersonellen Fertigkeiten, und es wurde keine Kontrollgruppe einbezogen. Daher sind weitere Studien notwendig, um die spezi-

fischen Effekte der interpersonellen Fertigkeiten in einem Multipersonen-Setting zu untersuchen. Besonders die Effekte im Alltag durch Ambulatory-Assessment-Erhebungsmethoden oder aus Sicht von Interaktionspartnern (z.B. Partner, Angehörige) würden wichtige Hinweise auf die Wirksamkeit und Wirkweise der interpersonellen Fertigkeiten geben.

Fazit: Das Modul der zwischenmenschlichen Fertigkeiten sollte nach aktuellem Forschungsstand mit vorherigen Skills aus den Modulen der Achtsamkeit und Emotionsregulation verknüpft werden. Skillsgruppen im Multipersonen-Setting mit Angehörigen und Partnern zeigen erste vielversprechende Befunde, benötigen jedoch weitere empirische Untersuchung. In der vorliegenden dritten Auflage des Skilltrainings haben wir das Modul der zwischenmenschlichen Fertigkeiten gezielt erweitert, um insbesondere den interaktionellen Rollenspielen mehr Raum zu geben.

1.3.8 Neuere Entwicklungen und innovative Ideen für DBT-Skillsgruppen

Neue Entwicklungen in der DBT zielen darauf ab, den Aufbau und den Transfer von Skills in den Alltag zu stärken, indem App-basierte Add-on-Interventionen entwickelt werden (Schroeder et al. 2018; Wilks et al. 2021). Diese Apps können den Patientinnen helfen, ihre erlernten Fertigkeiten zu festigen und in verschiedenen Lebenssituationen anzuwenden.

Des Weiteren wird das Potenzial von Online-Gruppentherapien untersucht, um den Zugang zur DBT-Behandlung zu erleichtern (Lakeman et al. 2022; van Leeuwen et al. 2021). Insbesondere in Zeiten wie der COVID-19-Pandemie haben sich virtuelle Therapieoptionen als hilfreich erwiesen, um Kontinuität in der Behandlung zu gewährleisten und den Zugang zu Therapieoptionen zu verbessern. Die Sicherheit, Wirksamkeit und Machbarkeit von Online-Gruppentherapie sind noch nicht abschließend empirisch geklärt. Erste Daten aus kontrollierten Studien weisen jedoch darauf hin, dass Skillsgruppen im Online-Format durchgeführt werden können, ohne dabei an Akzeptanz und Wirksamkeit Schaden zu nehmen (Vonderlin et al. 2025).

Ein weiterer vielversprechender Ansatz ist die Nutzung von Virtual-Reality- (VR) Techniken, um die Vermittlung von Skills erlebnisbasierter und individueller zu gestalten (Navarro-Haro et al. 2019). Durch die immersiven Erfahrungen in virtuellen Umgebungen können Patientinnen ihre Fertigkeiten

in realistischen Szenarien üben und anwenden, was den Transfer in den Alltag möglicherweise erleichtert.

Um die spezifischen Wirkmechanismen und die Wirksamkeit einzelner Gruppenmodule besser zu verstehen, sind weitere Dismantling-Studien erforderlich. Diese Studien könnten dazu beitragen, die Effektivität der verschiedenen Komponenten der DBT besser zu isolieren und die Behandlung noch gezielter an die Bedürfnisse der Patientinnen anzupassen.

1.4 DBT – Regeln und Prinzipien



Abbildung 1.4.1 Hierarchische Struktur der DBT

Auch wenn DBT-Skillstraining als »Stand-alone«-Behandlungsmodul angeboten wird, sind Skills doch immer **integraler Bestandteil der DBT**, oder anders ausgedrückt, jede Skillstrainerin sollte sich auch als DBT-Trainerin verstehen und sich an den **grundlegenden Regeln und Prinzipien der DBT** orientieren. Zur Komposition der DBT siehe Abbildung 1.4.1. Bevor wir daher auf die Einzelheiten des Skilltrainings eingehen, also auf die verschiedenen Formate, Inhalte und Didaktik, möchten wir in diesem Kapitel die wichtigsten Regeln und Prinzipien der DBT zusammenfassen. Uns ist durchaus bewusst, dass die meisten Skillstrainerinnen versucht sind, dieses Kapitel zu überspringen. Was können wir tun, um Sie zu überzeugen, kurz innezuhalten, diesen Impuls wahrzunehmen und entgegengesetzt zu handeln? Wie wäre es mit diesem Argument: Wenn Sie als Skillstrainerin arbeiten, arbeiten Sie nicht allein. Sie arbeiten im Team. Und die **meisten Probleme und Unstimmigkeiten in Teams lassen sich vermeiden**, wenn wir uns auf die im Folgenden dargestellten Regeln und Prinzipien beziehen und diese entsprechend nutzen.

M. Linehan entwickelte die Standard-DBT gezielt zur Behandlung von Hochrisikopatientinnen mit zahlreichen Komorbiditäten und schweren Störungen der Emotionsregulation (Linehan 2015). Es liegt in der Natur eines komplexen Störungsbildes begründet, dass ein konsekutives, also Schritt für Schritt aufgebautes Behandlungskonzept für viele dieser Patientinnen nicht geeignet ist. So ist es z.B. schwierig für eine Patientin, eine Therapie mit positiv formulierten Therapiezielen zu beginnen, wenn sie selbst davon ausgeht, dass sie es nicht verdient hat, dass es ihr im Leben gut geht. Sollte man also diese dysfunktionale Selbstannahme als Erstes behandeln? Was aber, wenn diese Selbstannahmen an ausgeprägte Schuldgefühle gekoppelt sind, die wiederum dazu dienen, traumaassoziierte Ohnmachtserfahrung in Schach zu halten? Müsste man dann nicht zunächst die Angst vor dieser Ohnmacht behandeln? Aber dazu müsste sich die Patientin zunächst auf die Therapie einlassen, und das, meint sie, habe sie ja nicht verdient ... Oder wie arbeiten wir mit einer Patientin, die sich schwere Selbstverletzungen zufügt, um diese im Internet ihrer Peergroup zu präsentieren, und sich entsprechende »Likes« abzuholen? Sollten wir in diesem Fall zunächst Hochstress-Skills vermitteln oder im Sinne des Kontingenz-Managements darauf hinarbeiten, dass sie den Zugang zur Plattform löscht, oder beides gleichzeitig?

Komplexe Störungen sind nicht deshalb komplex, weil viele Problembereiche nebeneinander existieren, sondern **weil diese Probleme sich gegenseitig dynamisch beeinflussen** – und daher von den Behandlerinnen ein hohes Maß an Flexibilität und Variabilität erfordern. Aber wie hält man dann »Kurs« in diesem therapeutischen Prozess, ohne sich in den Alltagsproblemen und individuellen Besonderheiten der Patientinnen zu verlieren?

Als Marsha Linehan bei der Behandlung von chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen genau vor diesem Problem stand, entschloss sie sich, die DBT als ein **prinzipien- und regelbasiertes** Programm aufzubauen und die Fokuswahl am jeweils schwerwiegendsten dysfunktionalen Verhalten der Patientinnen auszurichten, das in den Tagebuchkarten erfasst wird (siehe 2.7 AB 7, Patienten-Manual, S. 419). Im Sinne einer übergeordneten Struktur der DBT definierte Linehan (1993a) **fünf Mediator-Variablen** (treatment functions), die wiederum in vier **Behandlungsmodulen** (treatment modes) umgesetzt werden. Die fünf DBT-Mediator-Variablen »treatment functions« nach M. Linehan sind: 1. Verbesserung der Kompetenzen der Patientin; 2. Vermittlung von Skills; 3. Verbesse-

rung der Motivation der Patientin; 4. Verbesserung von Kompetenz und Motivation der Therapeuten; 5. Strukturierung des sozialen Umfeldes. Wie Alan Fruzzetti (2002) es so schön ausdrückt: »Wenn man nur einen Teil dieser fünf Funktionen anbieten würde, wäre dies in etwa so, wie wenn man einen herzchirurgischen Eingriff ohne Anästhesie, sterile Operationsräume und OP-Assistenz durchführen würde«.

Wir würden im Sinne einer **stringenten Weiterentwicklung** der DBT noch drei weitere unabdingbare Mediator-Variablen hinzufügen: Verbesserung der Emotionsregulation der Patientin, Verbesserung des Selbstkonzeptes und Verbesserung der zwischenmenschlichen Kompetenzen.

Unter **Prinzipien** versteht die DBT vereinheitlichte therapeutische Haltungen und Sichtweisen, die im Rahmen der DBT immer gültig sind. Hierzu gehört die dialektische Grundhaltung, die Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, Validierung, Berücksichtigung der Lerntheorie und des Kontingenzmanagements, die Grundlagen des Zen sowie das Statement, dass die Prinzipien der DBT nicht nur für Patientinnen, sondern für alle Mitglieder des therapeutischen Teams gleichermaßen gelten. Einige dieser Prinzipien finden Sie in diesem Band in den »Grundannahmen« (Kapitel 1.7, TB 1) oder den Konsultationsteam-Vereinbarungen (Kapitel 1.7, TB 2).

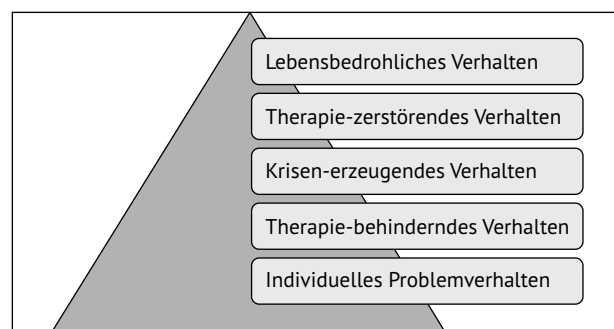


Abbildung 1.4.2 Hierarchie der Behandlungsfoki in der Einzeltherapie

Neben den Prinzipien gibt es **allgemeingültige Regeln**, also **Entscheidungs-Heuristiken**, die ebenfalls grundsätzlich gültig sind. Hierzu zählt z.B. die **Hierarchisierung der Behandlungsfoki**, das heißt die erstrangige Bearbeitung von akuter Suizidalität oder von therapiestörendem Verhalten, wann immer es auftritt (siehe Abb. 1.4.2). Diese klassische Hierarchie der Behandlungsfoki gilt für die **einzeltherapeutische Behandlung** nach DBT (siehe auch Kapitel 3.2 im Patienten-Manual).

Diese **allgemeingültigen Prinzipien und Regeln** bilden das Rückgrat der DBT, und sie gelten mit einigen Ausnahmen (siehe unten) auch für alle DBT-Adaptationen oder Erweiterungen. **Die vier Module**, in denen sich die klassische DBT entfaltet, sind: Einzeltherapie, Skillstraining, Telefoncoaching und Konsultationsteam. Die Module wiederum gliedern sich in verschiedene **Interventionen** (z.B. Exposition gegenüber Angst vor dem Verlassenwerden, oder Vermittlung von Skills, oder Kontingenzmanagement), die natürlich ebenfalls bestimmten Regeln und Abläufen unterworfen sind.

1.4.1 Hierarchie der Behandlungsfoki in der Skillsgruppe

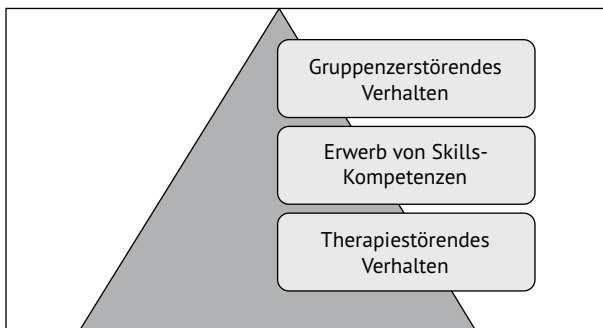


Abb. 1.4.3 Priorisierung der Behandlungsfoki in der Skillsgruppe

Für die Skillsgruppe gelten **modifizierte Behandlungsfoki**: Wie in Abbildung 1.4.3 skizziert, steht hier die Entwicklung von Skills-Kompetenz an zweiter Stelle, und die Bearbeitung von lebensbedrohlichem oder schwerem krisengenerierendem Verhalten ist gar nicht aufgeführt. Sie werden rasch verstehen, weshalb: Die Skillsgruppen sind so konzipiert, dass die Bearbeitung von suizidalen Krisen innerhalb der Gruppe nicht vorgesehen, aber auch nicht möglich ist. Wir haben dieser Thematik in Kapitel 1.6.2 einen breiten Raum eingeräumt, an dieser Stelle daher nur in aller Kürze: Die Bearbeitung von suizidalen Krisen erfordert ein **hohes Maß an Sorgfalt, Genauigkeit und Flexibilität**. Dies überfordert nicht nur die Strukturen, sondern oft auch die Kompetenzen von Skillstrainerinnen. Und selbst wenn Sie erfolgreich versuchen würden, diese Krisen innerhalb der Skillsgruppe zu bearbeiten, würden alle anderen Teilnehmerinnen darunter leiden. Emotional, und auch, was ihre je eigenen Ziele anbelangt. Zudem besteht immer auch die Gefahr, dass Patientinnen sich zurückgesetzt fühlen und lernen, dass suizidale Krisen große Aufmerksamkeit seitens der Trainerinnen absorbieren, und ihr

eigenes Verhalten entsprechend anpassen (Lernen am Modell). Unterschätzen Sie niemals die Kraft von Neid und Eifersucht im Kampf um Zuwendung. **Aus diesem Grund muss die Bearbeitung von suizidalen Krisen aus der Gruppe ausgelagert werden.** Hier eröffnen sich zwei Möglichkeiten, die bereits **im Vorgespräch** mit den Patientinnen geklärt werden müssen (siehe Kapitel 1.6.2): Wenn die Skillsgruppe als Kombinationsbehandlung angeboten wird, also in Kooperation mit einer Einzeltherapeutin, so wird sich **die Einzeltherapeutin um die Bearbeitung von suizidalen Krisen kümmern**. Aber auch wenn die Skillsgruppe im Stand-alone-Modus angeboten wird, sollten Sie im Vorfeld klären, wer im Krisenfall für die Patientin zuständig ist. Oder Sie verfügen selbst über so viel Zeit und Flexibilität, dass Sie die Patientin **außerhalb der Skillsgruppe** im Krisenfall coachen können.

Priorität 1: Gruppenzerstörendes Verhalten

An erster Stelle der Hierarchie sehen Sie in Abb. 1.4.3 **Gruppen-zerstörendes Verhalten**. Damit folgt die DBT einer simplen Logik: Wenn die Patientin nicht in die Skillsgruppe kommt, wird sie die Skills nicht lernen. Dies kann nun grob gegliedert daran liegen, dass die Patientin die Skillsgruppen nicht mehr besuchen kann oder möchte, oder es kann daran liegen, dass ihr Verhalten die Skillsgruppe in einem Maß behindert, dass ihr weiterer Aufenthalt für alle anderen nicht erträglich erscheint, und daher der Rauswurf droht. Alle Probleme, die die Motivation der Patientin betreffen, oder organisatorische Probleme sind im Aufgabenbereich der Einzeltherapie zu verorten. Verhaltensmuster, die den Bestand der Gruppe gefährden, sollten von der **Gruppenleiterin außerhalb** der Gruppe angesprochen und dann an die Einzeltherapeutin im Rahmen des Konsultationsteams übergeben werden.

Wir sprechen hier von schwerwiegenden Problemen wie aggressiven Ausbrüchen gegenüber Objekten oder Personen, Selbstverletzungen oder Drogeneinnahme während der Gruppe, aber auch von Verhaltensmustern, die die Teilnahme und Konzentration von anderen erheblich stören (dissoziative Anfälle, Heulkrämpfe oder ununterbrochener Redefluss). Diese Phänomene sind einfach zu erkennen und meist klar zu adressieren, indem Sie als Gruppenleiterin **nach der Gruppe** das direkte Gespräch mit der Betroffenen suchen und versuchen, diese schwerwiegenden dysfunktionalen Verhaltensmuster mithilfe von Skills zu bearbeiten. Machen Sie sich und den Patientinnen klar, dass es Ihre Aufgabe ist, die **Gruppe funktionsfähig** zu erhalten, und daher eventuell auch Time-outs notwendig sind,

bis die Patientin diese Problematik mit ihrer **Einzeltherapeutin** bearbeitet hat. Machen Sie diese Interventionen gegenüber der Gruppe transparent. Schwieriger sind Interventionen bei **Auseinandersetzungen zwischen Gruppenmitgliedern**. Hier ist es naturgemäß nicht immer klar, wie die interpersonellen Schwierigkeiten genau ablaufen und wer diese maßgeblich beeinflusst. Dennoch sollten Sie als Gruppenleiterin versuchen, schwerwiegendere Konflikte **außerhalb der Gruppe** im direkten Gespräch mit den Beteiligten mithilfe zwischenmenschlicher Skills zu klären. Bisweilen sind auch hier Interventionen aus dem Bereich des Kontingenzmanagements hilfreich (vorübergehender Ausschluss von einer oder allen Beteiligten). Bisweilen geschieht es, dass sich mehrere oder gar alle Teilnehmerinnen einer Skillsgruppe zusammenschließen, um gegen die Leiterinnen zu rebellieren – oder auch umgekehrt, dass die Leiterinnen überlegen, ob sie die Gruppe auflösen. Alles wichtige Themen, die so früh wie möglich im **Konsultationsteam** besprochen werden müssen (siehe Kapitel 1.5).

Therapeutische Strategien bei gruppenzerstörendem Verhalten

Angenommen, eine Teilnehmerin zerstört in einem Wutanfall während der Skillsgruppe einen Stuhl:

- **Skillstrainerin bittet die Patientin außerhalb der Gruppe zum Gespräch.** *»Könnte ich Sie bitte nach der Gruppe noch 10 Minuten unter vier Augen sprechen?«*
- **Skillstrainerin validiert und definiert das Problemverhalten und reflektiert die Konsequenzen für die Gruppe.** *»Ich wollte Ihnen zunächst sagen, dass ich Ihr Engagement in der Gruppe grundsätzlich sehr zu schätzen weiß. Sie arbeiten gut mit und Ihre Beiträge sind oft sehr hilfreich. Es fällt mir nicht ganz leicht, das Thema jetzt anzusprechen, und vielleicht ist es Ihnen auch unangenehm, wären Sie trotzdem einverstanden, darüber zu sprechen, was heute geschehen ist?«*
Pat.: »Okay.« Th.: »Also: Sie haben heute in einem Wutanfall einen Stuhl zertrümmert. Zugegeben, er war nicht besonders hübsch, aber immerhin ein Stuhl. Sie hatten sicherlich gute Gründe, wütend zu sein, aber darum geht es gar nicht. Haben Sie mal überlegt, wie dies auf die anderen Teilnehmerinnen gewirkt hat?«
Pat.: »Da hat keine was gesagt.« Th.: »Genau, niemand hat was gesagt, und deshalb frage ich Sie ja – was meinen Sie denn, was dieser Wutanfall bei den anderen auslöst?«
Pat.: »Keine Ahnung.« Th.: »Jetzt echt nicht, oder haben Sie keine Lust, sich das zu überlegen?«
Pat.: »Hm ...« Th.: »Okay, dann darf ich vielleicht

- sagen, wie es mir dabei ging?«* Pat.: *»Hm ...«* Th.: *»Also, ich habe einen Heidenschreck bekommen. Ich dachte, Sie rasten jetzt völlig aus und sind nicht mehr zu stoppen und zerstören das ganze Mobiliar und verletzen sich selbst und auch andere. Ich hatte wirklich Angst, und ich überlegte kurz, ob ich jetzt die Polizei rufen sollte. Und ich fühlte mich verdammt hilflos, weil ich das Gefühl hatte, ich kann die Gruppe nicht schützen.«*
 Pat.: *»Oh ...«* Th.: *»Wollten Sie das erreichen?«*
 Pat.: *»Nein, auf keinen Fall, ich habe an überhaupt nichts gedacht. Ich habe gar nichts gedacht.«* Th.: *»Okay, prima, was wollten Sie denn erreichen?«* Pat.: *»Gar nichts, was sollte ich denn erreichen wollen, ich hatte einfach eine extreme Wut.«* Th.: *»Okay, verstehe, trotzdem noch einmal: Wenn Sie jetzt hören, wie es mir ging, als Sie so tobten – und ich bin nicht besonders ängstlich – was meinen Sie, wie es den anderen Patientinnen erging?«* Pat.: *»Ja, scheiße.«* Th.: *»Sieht so aus. Und was meinen Sie genau mit scheiße?«*
 Pat.: *»Ja, die hatten wahrscheinlich auch Angst und sind erschrocken.«* Th.: *»Genau, das glaube ich auch. Wollten Sie das?«* Pat.: *»Nein, natürlich nicht.«* Th.: *»Was wollten Sie dann?«* Pat.: *»Habe ich Ihnen doch schon gesagt, ich hatte keine Ahnung, ich wollte gar nichts, ich hatte einfach eine Riesenwut.«* Th.: *»Genau, das habe ich verstanden, das haben sicher auch die anderen gesehen, aber was denken Sie denn, wie die anderen jetzt auf Sie reagieren?«* Pat.: *»Die haben jetzt wohl Angst vor mir.«* Th.: *»Sieht so aus. Wollen Sie das?«* Pat.: *»Nein, natürlich nicht, die sollen keine Angst haben vor mir.«* Th.: *»Was sollen sie denn dann? Wie wollen Sie denn, dass die anderen mit Ihnen umgehen?«* Pat. beginnt zu weinen: *»Das ist ja die Scheiße, das passiert mir immer wieder, dann wollen mich alle loswerden, ich bin zu nichts gut, alle hassen mich, ich sollte mich umbringen, hier ist es genauso wie überall, die Gruppe ist der letzte Mist.«*
- **Skillstrainerin bietet Skills als Lösungsmöglichkeiten an:** Th.: *»Ich sehe und spüre Ihre Verzweiflung, Sie haben das Gefühl, dass sich das nie ändert? Andererseits sind Sie ja genau dafür hier in der Skillsgruppe, um Fertigkeiten zu lernen, wie Sie mit Wut und Aggression besser umgehen können. Es ist auch logisch, dass das nicht sofort funktioniert, sonst bräuchten Sie die Gruppe ja gar nicht. Also machen wir das Beste draus. Vielleicht können wir genau diese Situation von heute nutzen, um genauer zu verstehen, was diese Wut ausgelöst hat, und insbesondere, was für Skills Sie anwenden können, um ihre Wutimpulse besser*

zu steuern und die akute Wut mithilfe von Skills herunterzuregulieren. Einverstanden?» Pat.: »Ja, klar, aber ich habe keine Ahnung.«

- **Skillstrainerin delegiert die Bearbeitung an die Einzeltherapeutin.** Th.: »Genau, das ist ja auch unser Job, Ihnen dabei zu helfen. Wie machen wir es? Wollen Sie selbst Ihre Einzeltherapeutin informieren, dass Sie gemeinsam eine Verhaltensanalyse erarbeiten und die Skills zur Regulation von Wut lernen, oder soll ich das in unserer Teambesprechung ansprechen?« Pat.: »Ich mache das schon.« Th.: »Prima, dann können Sie sich ja schon mal vorbereiten und die Verhaltensanalyse ausfüllen (2.7 AB 6; Patienten-Manual, S. 416) und vielleicht die Info und Arbeitsblätter zu Wut und Zorn durcharbeiten? (2.5 IB 11; AB 3; Patienten-Manual, S. 189; 195)« Pat.: »Okay.«
- **Skillstrainerin bereitet die Widergutmachung in der Gruppe vor.** Th.: »Und noch was: Was könnten Sie denn tun, um ihren Stand gegenüber den anderen etwas zu verbessern?« Pat.: »Keine Ahnung, die denken eh, ich bin völlig bescheuert.« Th.: »Nun, was die anderen wirklich denken, wissen wir nicht, das ist eine Vermutung. Aber wahrscheinlich haben sie Angst vor Ihnen. Was könnten Sie denn dagegen tun?« Pat.: »Schwierig ... vielleicht sollte ich ihnen klarmachen, dass ich niemals Personen angreife?« Th.: »Guter Anfang, vielleicht stellen Sie das nächste Mal in der Gruppe kurz ihre Verhaltensanalyse vor und die neuen Skills zur Regulation von Wut und erklären, dass Sie genau daran arbeiten möchten?« Pat.: »Okay, das kann ich tun.« Th.: »Prima, ich unterstütze Sie gerne dabei.«

Priorität 2: Entwicklung von Skills-Kompetenzen

Gehen wir davon aus, dass Sie die überwiegende Zeit in der Skillsgruppe mit Priorität 2 verbringen, also damit, Skills zu lehren, zu üben und zu generalisieren. Die Handreichungen dazu finden Sie im Überblick im Kapitel 1.6 und jeweils spezifisch aufgearbeitet für die einzelnen Module im Kapitel 2 dieses Bandes.

Priorität 3: Therapiestörendes Verhalten

Natürlich stellen die formalen und strukturellen Bedingungen in Skillsgruppen hohe Anforderungen an Patientinnen mit Störungen der Emotionsregulation oder komplexer PTBS. Vergessen wir nicht, dass viele Teilnehmerinnen an zusätzlichen Störungen aus dem Spektrum der Neurodiversität leiden, wie etwa an ADHS oder Autismus. Es sollte Sie also nicht verwundern, wenn immer mal wie-

der Verhaltensmuster auftauchen, die im Allgemeinen als störend empfunden werden: Patientinnen dissoziieren, geben sich betont gelangweilt, balancieren halsbrecherisch auf ihren Stuhlkanten, fläzen sich provokativ lässig in ihre Sessel oder bauen ganze Wagenburgen von Kuscheltieren um sich herum. Wie damit umgehen? Wenn Sie jedes dysfunktionale Verhalten ansprechen und korrigieren, werden Sie sehr viel Zeit verlieren und außerdem ein ziemlich unangenehmes Arbeitsklima generieren. Wenn Sie alles durchgehen lassen, wird das dem Lernklima auch nicht besonders zuträglich sein. Am besten schlagen Sie einen Mittelweg ein: Kleinere Störungen können Sie durchaus ignorieren, andere Störungen können Sie nutzen, um »Skills on the Spot« auszuprobieren, also etwa antisoziale Skills anzubieten, größere Störungen sollten Sie im Einzelgespräch nach der Skillsgruppe ansprechen.

1.4.2 DBT-Grundannahmen

Auf der großen Feier zu Marsha Linehans Emeritierung an der University of Washington sollten einige wichtige Wegbegleiter mit wenigen Sätzen Marshas Bedeutung skizzieren – für ihr eigenes Leben, für Borderline-Patientinnen, für die Psychotherapie und für den Rest der Welt. Natürlich gab es viele bewegende, lustige und sentimentale Beiträge. Aber alle, die dabei waren, waren sich einig, dass Allan Frances herausstach: Er sprach nämlich so gut wie gar nichts. Er nahm einfach einen Plastikbecher und eine Schere. Dann schnitt er mehrere Löcher in den Becher und füllte ihn mit Wasser. Natürlich ergoss sich das Wasser aus allen Ritzen und Löchern auf den kostbaren Parkettboden der Aula. »This was before Marsha« (»Das war vor Marsha.«) sagte er, »no one had a clue how to handle these patients« (»Niemand hatte eine Idee, wie man mit diesen Patienten umgehen sollte«). Dann nahm er einen zweiten, einen dritten und einen vierten Plastikbecher und malträtierte diese ebenso. Natürlich rieselte das Wasser auch durch diese Becher. »Really, nobody had a clue. It was like throwing the gifts of God into a barrel without bottom« (»Tatsächlich hatte niemand eine Ahnung. Das war wie ein Fass ohne Boden.«). Dann steckte er drei der Becher ineinander – deutlich weniger Wasser rieselte heraus. Und als er schließlich den vierten löchrigen Becher hinzufügte, da waren die Becher vollkommen dicht. »And this is after Marsha«, sagte Allan Frances, »we have learned that we have to work as a team« (»Und das ist nun nach Marsha: Wir haben gelernt, dass wir als Team arbeiten müssen«).

Das, was der ehemalige Chairman des DSM-IV, also einer der ganz Großen der US-amerikanischen Psychiatrie, so genial auf den Punkt brachte, hat die Psychotherapie von Patienten mit komplexen Störungen fundamental verändert: Im Rahmen der DBT spielt sich die Behandlung **nicht länger im dyadischen Kontext** eines therapeutischen Hinterzimmers ab, sondern im Rahmen eines offenen, **transparenten Teams**, das sich gegenseitig unterstützt, kritisiert, korrigiert – und die Patientinnen sind Teil dieses Teams.

Alle Therapeutinnen, die nach den Richtlinien der DBT arbeiten, einigen sich deshalb auf einige **Grundannahmen**, die die Arbeit mit den Patientinnen, aber auch die Zusammenarbeit im Team bestimmen sollten (siehe auch Therapeutenblatt TB 1, Kapitel 1.7):

1. Das übergeordnete Ziel der DBT ist, Menschen dabei zu helfen, ein sinnerfülltes Leben aufzubauen – für sich selbst und für diejenigen, für die sie Verantwortung tragen. Viele Patientinnen haben zu Beginn der Behandlung keine konkrete Vorstellung davon, wie dies aussehen sollte. Die Therapeutinnen helfen dabei, sinnerfüllte Ziele zu identifizieren.
2. Die Grundhaltung der DBT-Therapeutinnen umfasst die vier Komponenten von Wise Mind: liebevolle Güte, Mitgefühl, Freude für andere und Gelassenheit:
 - Das bedingungslose Wohlwollen, die Freundlichkeit, das aktive Interesse und die Sorge um das Wohlergehen unserer Klienten, unseres Teams und von uns selbst.
 - Die Weisheit, dass Leiden und Scheitern Teil der gemeinsamen menschlichen Erfahrung ist: die Bereitschaft, das Leiden unserer PatientInnen und von uns selbst zu teilen und zu tragen; die Überzeugung und Ermutigung, unsere PatientInnen und unsere Teammitglieder zu motivieren, die Folgen hochgradig aversiver zwischenmenschlicher Erfahrungen zu überwinden.
 - Die Freude und das Vergnügen, wenn es unseren PatientInnen besser geht und sie beginnen, ihr Leben sinnerfüllt zu gestalten.
 - Die Fähigkeit, auch inmitten von Schwierigkeiten, Stress, Spannungen und Provokationen ruhig und gelassen zu bleiben; die radikale Akzeptanz der

Tatsachen, die wir nicht ändern können, und die radikale Akzeptanz, dass auch unsere Wirksamkeit ihre Grenzen hat.

3. Achtsamkeit lehrt uns, einen ausgewogenen Umgang auch mit eigenen negativen Emotionen zu pflegen, sodass Gefühle weder unterdrückt noch übertrieben werden. Negative Gedanken und Gefühle werden mit Offenheit beobachtet und in achtsamer Aufmerksamkeit gehalten.
4. Menschen mit Borderline-Störung oder komplexer PTBS wollen von ihren Symptomen genesen und ihr dysfunktionales Verhalten ändern. Auf der anderen Seite gibt es viele Parameter, die dafür sorgen, dass alles beim Alten bleibt. Dementsprechend ist es unsere Aufgabe, unsere PatientInnen kontinuierlich zu motivieren. Wir achten darauf, nicht ungewollt dysfunktionales Verhalten zu belohnen oder funktionales Verhalten zu bestrafen.
5. Menschen mit Borderline-Störung oder komplexer PTBS sind durch die Hölle gegangen und sie verdienen unser volles Mitgefühl. Dennoch werden sie in der Hölle bleiben und sie können anderen die Hölle bereiten, wenn wir ihnen nicht helfen, sich selbst zu motivieren, den neuen Weg zu gehen.
6. Menschen mit Borderline-Störung oder komplexer PTBS müssen neue Verhaltensweisen im sozialen Kontext ausprobieren und manchmal ist der soziale Kontext Teil des Problems.
7. Therapeutinnen, die mit Borderline-Patientinnen oder mit schwer traumatisierten Menschen arbeiten, brauchen professionelle Unterstützung und Mitgefühl.
8. Das Konsultationsteam hilft den Therapeutinnen, sich selbst zu motivieren, die Behandlungsziele zu definieren, sich an das Manual zu halten und Akzeptanz und Veränderung in Einklang zu bringen.
9. Patientinnen können in der DBT nicht versagen.
10. Die Prinzipien der DBT gelten gleichermaßen für Patientinnen und Behandlerinnen.

Die erste Grundannahme (*Gestaltung eines sinnerfüllten Lebens*) betont, dass es **nicht darum geht, lediglich die Symptome der psychischen Störungen zu reduzieren oder dysfunktionales Verhalten zu ändern**. Vielmehr geht es letztendlich darum, den Patientinnen im Sinne des Empowerments

zu helfen, ein Leben zu gestalten, das ihren eigenen Wertvorstellungen entspricht – auch wenn dies manchmal schwierig ist und Erinnerungen an traumatische Erfahrungen der Vergangenheit wie schmerzhaft Narben verbleiben. Die Arbeit an den eigenen Zielen ist ein **iterativer, das heißt wachsender und wiederkehrender Prozess**, der den gesamten Therapieverlauf der DBT durchdringt und begleitet. Zu Beginn der Therapie ist es für die meisten Betroffenen ausgesprochen schwierig, eine Idee von sinnerfülltem Leben zu entwickeln oder auch nur persönliche Werte zu definieren. Die Gründe erschließen sich, wenn man sich die Maslowsche Bedürfnispyramide vor Augen führt: Hier steht die »Selbstaktualisierung«, also die Umsetzung eigener Ziele an der Spitze, also an letzter Stelle. Man kann sich um seine eigenen Werte und Ziele erst kümmern, wenn man sich keiner Bedrohungen der körperlichen Unversehrtheit und Sicherheit, der sozialen Zugehörigkeit und des sozialen Status ausgesetzt sieht (Maslow 1943). Und da genau diese Bedrohungsmuster zentrale Automatismen von traumaassoziierten Störungen wie Borderline-Störung oder komplexer PTBS sind, haben unsere Patientinnen häufig Schwierigkeiten, sich persönliche Ziele vorzustellen oder diese gar umzusetzen, solange sie ihre körperliche Unversehrtheit durch Intrusionen und Flashbacks gefährdet sehen oder die Angst vor Verlassenwerden und sozialem Ausschluss ihr Verhalten dominiert.

Dennoch ist eine positive Utopie, also eine Idee, wie das Leben ohne die Störung aussehen könnte, ein wichtiger Bestandteil von Hoffnung und daher ein sehr starkes Motiv, das Kraft gibt, eine anstrengende Therapie und auch schwierige emotionale Lernprozesse durchzustehen. Einzeltherapeuten sollten in der DBT sehr früh an positiven Therapiezielen arbeiten.

Auch als Skillstrainerin können Sie die Patientinnen, etwa **im Vorgespräch, anregen, klare positive Therapieziele zu benennen** und diese auch zu verschriftlichen (2.2 AB 3; Patienten-Manual, S. 41; und TB 4, Kapitel 1.7). Falls Patientinnen Schwierigkeiten haben, die eigenen Werte zu benennen, können Sie das Werteprofil heranziehen (2.7 AB 4 und AB 5; Patienten-Manual, S. 409; 413). Nützliche Fragen wie: »Was würden Sie mit Ihrem Leben anfangen, wenn die Borderline-Störung oder die komplexe PTBS Sie nicht mehr daran hindern würde?« und: »Welche kleinen Schritte auf diesem neuen Weg könnten Sie schon mal unternehmen?« können schon zu Beginn gestellt werden, sollten dann gegen Ende der Therapie noch einmal aufgegriffen werden, um tatsächlich neue Wege zu beschreiten.

Marsha Linehan bezeichnete dieses informelle Vorgehen als »Life Worth Living Discussion«, das idealerweise am Beginn jeder Therapie stehen sollte. Das Skills-Manual bietet nun formalisiert Arbeitsmaterialien zur Exploration von Werten und Zielen sowie Tools zur Umsetzung und Entwicklung von neuen Gewohnheiten, die bereits zu einem frühen Stadium der Therapie eingesetzt werden können und dann zu einem ständigen Begleiter werden (2.7 AB 2; AB 3; Patienten-Manual, S. 404; 408).

Noch einmal zusammengefasst: Das **übergeordnete Ziel** des Skillstrainings ist keinesfalls, Skills zu erlernen. So wie man Vokabeln nicht um ihrer selbst willen erlernt, sondern um eine Fremdsprache zu sprechen. **Skills sind immer Mittel zum Zweck, ein sinnerfülltes Leben zu entwickeln – für sich selbst und für diejenigen, für die unsere Patientinnen Verantwortung tragen.** Wir haben diesen Passus, also die Aussage, dass es immer auch darum geht, sich um andere zu kümmern, bewusst als Erweiterung von Linehans Grundannahmen hinzugefügt, um zu verdeutlichen, dass wir die Patientinnen nicht isoliert sehen, sondern immer auch eingebettet in ihr soziales Umfeld. Gerade weil sich die DBT auf die Prinzipien der buddhistischen Philosophie als ein zentrales Prinzip verständigt, ist »rechtes Handeln«, also die Reflexion der Wirkung des eigenen Handelns auf andere, sowie die **Übernahme von Verantwortung** für das eigene Handeln ein wesentliches Merkmal. Jeder Mensch, der *Wise Mind* praktiziert, wird sich seiner ethischen Verantwortung gegenüber sich selbst und anderen bewusst. »Genesung« ist immer ein reziproker und resonanter Prozess: Indem wir liebevolle Güte für andere kultivieren, empfinden wir dies auch für uns selbst und umgekehrt. Indem wir Mitgefühl für uns selbst entwickeln, entwickeln wir immer auch Mitgefühl für andere und umgekehrt. Wir erfahren Glück, indem wir uns über das Glück eines anderen Menschen freuen, und auch die Gelassenheit entwickelt sich reziprok. Menschen sind keine solitären Wesen. **Eigene traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit mögen viele schwierige mentale Prozesse verständlich machen, aber sie legitimieren niemals dazu, andere Wesen schlecht zu behandeln.**

Die zweite Grundannahme (*Die Grundhaltung der DBT-Therapeutinnen umfasst die vier Komponenten von Wise Mind: liebevolle Güte, Mitgefühl, Freude für andere und Gelassenheit.*) formuliert die therapeutische Grundhaltung als fortwährende Praxis von *Wise Mind*. Wie in Kapitel 2.3 ausführlich beschrieben wird, greift die DBT mit *Wise Mind* einige zentrale buddhistische Topoi auf, deren Wurzeln weit in

präbuddhistischer Zeit gründen. *Wise Mind* («citta») beschreibt die Erfahrung von liebevoller Güte («metta»), Mitgefühl («karuna»), Freude für andere («mudita») und Gelassenheit («upekkha»). Wir können *Wise Mind* als eine affektiv resonante Erfahrung beschreiben, für die wir uns öffnen, indem wir mit anderen Lebewesen liebevoll, mitfühlend, freudig und gelassen in Verbindung treten. Diese Erfahrung ist für alle **Menschen gleichermaßen offen**, sie ist uns jedoch nicht in die Wiege gelegt. Vielmehr geht es darum, diese Erfahrungen zu kultivieren, das heißt, sich eine Vorstellung davon machen, und dann das eigene Verhalten zu modifizieren, indem man sich diesem Ideal fortwährend annähert. DBT-Teams unterstützen sich gegenseitig darin, indem wir etwa Wise-Mind-Übungen zu Beginn der Konsultationsteams durchführen, aber auch indem wir uns fortwährend daran erinnern und einander bestärken.

Die **dritte Grundannahme** (*Achtsamkeit lehrt uns, einen achtsamen Umgang mit unseren eigenen negativen Emotionen zu pflegen*) verweist auf eine therapeutische Kernkompetenz, die sich am griffigsten mit dem englischen Term »reacting without reaction« beschreiben lässt. So sollten Therapeutinnen fortwährend in emotionaler Resonanz mit ihren Patientinnen stehen, also mitfühlend und mitschwingend, ohne jedoch diese Emotionen in Handlungen umzusetzen. Äußert sich eine Patientin etwa beleidigend über die Inkompetenz der Therapeutin, so wird diese ihren eigenen berechtigten Ärger durchaus wahrnehmen und auch zulassen, jedoch nicht in Form von aggressiven Antworten zum Ausdruck bringen, sondern diese Wahrnehmung verbalisieren. »Sie beschreiben mich gerade als völlig inkompetent, wollen Sie wissen, was dies in mir auslöst? Nun, ich fühle mich gekränkt und auch enttäuscht. Wollten Sie dies bezwecken?« Auf diese Weise wird der Patientin die Wirkung ihres Verhaltens auf andere verdeutlicht, ohne dass es zum Eklat kommt. Diese prozedurale Fähigkeit, also das annehmende Beobachten und Beschreiben der eigenen Emotionen ohne deren Umsetzung in Handlungen, wird in Achtsamkeitsübungen kultiviert.

Die **vierte Grundannahme** (*Menschen mit Borderline-Störung oder komplexer PTBS wollen von ihren Symptomen genesen und ihr dysfunktionales Verhalten ändern. Wenn sich die Patientin optimaler verhalten könnte, so würde sie dies tun! Auf der anderen Seite gibt es viele Parameter, die dafür sorgen, dass alles beim Alten bleibt.*) will uns gerade in schwierigen Zeiten daran erinnern, dass unsere Patientinnen

selbstverständlich ein genuines Interesse daran haben, ihr Leid zu reduzieren, dass es manchmal aber äußerst schwierig sein kann, die entsprechende Motivation aufzubringen. Statt die »Schuld« nun bei der Patientin zu suchen (»Frau X ist einfach nicht motiviert«), sind wir als DBT-Therapeutinnen gehalten, gemeinsam diejenigen Parameter zu verstehen, die sie daran hindern, die entsprechende Veränderungsmotivation aufzubauen. Bisweilen scheitern wir daran, dann ist das so. Wir können nicht alle Zusammenhänge ergründen und sollten der Gelassenheit im Sinne von *Wise Mind* Respekt erweisen.

Die **fünfte Grundannahme** (*Menschen mit Borderline-Störung oder komplexer PTBS sind durch die Hölle gegangen und sie verdienen unser volles Mitgefühl. Dennoch werden sie in der Hölle bleiben und sie können anderen die Hölle bereiten, wenn wir ihnen nicht helfen, sich selbst zu motivieren, den neuen Weg zu gehen.*) beschreibt einen häufigen und leider oft sehr hinderlichen Standpunkt der Betroffenen: Warum soll ich kämpfen, um meine Ziele zu erreichen, obwohl mir dies alles angetan wurde? In Vorwegnahme dieser Problematik führen DBT-Therapeutinnen bereits zu Beginn der Therapie gerne folgende Metapher ein: »Stellen Sie sich vor, ein Mann ist auf dem Heimweg von der Arbeit, der ihn an einem Fluss entlangführt. Plötzlich, aus heiterem Himmel, wird er überfallen und in den Fluss gestoßen. Nun, da der Mann ja wirklich nicht freiwillig in den Fluss gesprungen ist – bedeutet dies, dass er nicht selbst an Land schwimmen muss?« Man sollte diese Problematik nicht unterschätzen und immer wieder im Verlauf der Therapie ansprechen.

Die **sechste Grundannahme** (*Patientinnen müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen, und manchmal ist der Kontext das Problem.*) verdeutlicht die Notwendigkeit, neu erlernte Fertigkeiten (Skills) nicht nur unter »Ruhebedingungen«, also während emotionaler Balance zu trainieren, sondern diese auch unter emotionaler Belastung und starkem Stress anzuwenden. Daher ist Skillstraining meistens so konzipiert, dass genügend Zeit bleibt, »Hausaufgaben«, also die Umsetzung der erlernten Skills unter Alltagsbedingungen, zu besprechen. Krisensituationen können immer auch als Chance genutzt werden, die Fertigkeiten zu vertiefen. Man tut jedoch gut daran, zu berücksichtigen, dass der soziale Kontext, also Partnerschaften, Familien usw., bisweilen erheblichen Anteil an der Aufrechterhaltung dysfunktionaler Prozesse hat. Diese häufig komplexen Parameter sind im Skillstraining oft nur unzureichend zu verstehen und noch schwieriger zu

verändern. Steht keine begleitende Einzeltherapeutin zur Verfügung, sollte man sich ab und an etwas Zeit nehmen, diese Aspekte zu betrachten. Häufig brauchen auch die Angehörigen Unterstützung.

Die **siebte Grundannahme** (*Therapeutinnen, die mit Borderline-Patientinnen oder mit schwer traumatisierten Menschen arbeiten, brauchen professionelle Unterstützung und Mitgefühl.*) formuliert die Notwendigkeit einer fachlichen und emotionalen Unterstützung für Mitglieder des Behandler-Teams. Je nach Ausprägungsgrad der Störung birgt die Arbeit mit Traumafolgestörungen oft auch eine besondere Belastung für den psychischen Verarbeitungsprozess der Behandler. Taucht man in die Biografien der Patientinnen ein, so wird man oft mit der gesamten Wucht menschlicher Grausamkeit, Kälte oder auch Hilflosigkeit konfrontiert. Dies hinterlässt Spuren – bei jeder und bei jedem von uns. Gerade junge Therapeutinnen werden etwa nach ihrer ersten intensiven PTBS-Traumatherapie nicht mehr dieselbe unbelastete Person sein wie vorher. Viele Therapeutinnen und Therapeuten (dies betrifft natürlich auch die Männer!) berichten über vorübergehende Störungen der eigenen Sexualität, über Schwierigkeiten mit eigenen Fantasien und mit Geschlechterrollen. Besonders belastend ist das empathische Mitfühlen von Ohnmacht und erlittener Demütigung, wenn man Kinder in demselben Alter hat, in dem die Patientin missbraucht wurde. Und dennoch sind wir immer beides: Zeugen und Therapeuten. Unser Beruf bringt es mit sich, dass wir tiefste Not und Verzweiflung emotional teilen und dennoch einen kühlen Kopf bewahren sollten, um der Patientin zu helfen, ihre Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster zu ändern. Unseren Patientinnen ist mit Sicherheit nicht geholfen, wenn wir nur zuhören und in geteilter Not versinken. Marsha Linehan mahnt hier: **»Don't fall into the pool.«** Also: Fallen Sie nicht in den Sumpf. Denn wenn Sie selbst im Sumpf feststecken, können Sie nicht mehr helfen. Machen Sie sich immer wieder bewusst: Die Patientin hat überlebt, und ihre Erfahrungen gehören der Vergangenheit an. Es liegt an Ihnen, die Balance zwischen Orientierung am Vergangenen und Orientierung an der Zukunft in Richtung ungefährlicher Gegenwart zu verschieben. Im Zweifelsfall teilen Sie Ihre Sorgen im Konsultationsteam! Nicht nur die Arbeit mit Missbrauchsoptionen birgt ein hohes Maß an emotionaler Intensität und erfordert enorme Energie – besonders, wenn die Patientinnen chronisch suizidal sind. Dies sollte, auch um Burnout-Phänomenen vorzubeugen, im Rahmen der Konsultationsgruppe gewürdigt und emotional aufgefangen werden. Fordern Sie Raum, um Ihre ei-

genen Reaktionen auf die Traumata zu besprechen! Falls dies in der Gruppe nicht geht, so sollten Sie auf alle Fälle mindestens eine andere Therapeutin (Therapeuten) auf Ihrer Seite wissen, der/dem Sie sich anvertrauen können (siehe auch Kapitel 4.6).

Hieraus folgt sich schlüssig die **achte Grundannahme** der DBT, die die Funktion der Konsultationsgruppe vorgibt: *Das Konsultationsteam hilft den Therapeutinnen, sich selbst zu motivieren, die Behandlungsziele zu definieren, sich an das Manual zu halten und Akzeptanz und Veränderung in Einklang zu bringen.* Wie weiter unten in Kapitel 1.5 ausgeführt, obliegt der Konsultationsgruppe die Fallführung. Damit unterscheidet sich diese Therapieform deutlich von den meisten Interventionen oder Supervisionen: Es ist nicht so, dass Sie als Therapeutin für das Gelingen der Therapie allein verantwortlich sind und die Konsultationsgruppe in Ihrem eigenen Ermessen konsultieren können, um etwaige Ratschläge dann anzunehmen oder zu verwerfen. Vielmehr steuert die Konsultationsgruppe die Behandlung und hilft Ihnen und Ihrer Patientin, gemeinsam die definierten Therapieziele zu erreichen. Dies hat Vor- und Nachteile: Zunächst stellt es eine große Entlastung dar. Die Verantwortung für Schlüsselentscheidungen (z.B. etwaige stationäre Aufenthalte) wird immer von der Konsultationsgruppe getragen. Andererseits können Sie nicht einfach tun, was Sie wollen. Die Konsultationsgruppe wird Ihnen helfen, sich an den Regeln und Prinzipien der DBT zu orientieren.

Die **neunte Grundannahme** (*»Patienten können in der DBT nicht versagen.«*) verdeutlicht eine eigentlich selbstverständliche therapeutische Position: Niemand wird auf die Idee kommen, das Versagen einer Chemotherapie einem an Krebs leidenden Patienten anzulasten. Falls die Therapie stagniert oder es zu Therapieabbrüchen kommt, so sind die Ursachen in dem angewandten therapeutischen Konzept, den eigenen Ressourcen, der Supervision oder der mangelhaften Ausbildung des Therapeuten zu suchen – und nicht einem Versagen der Patientin. Das sollte man der Patientin auch so mitteilen. Die Grundannahme entfaltet zudem ihre Wirkung, indem sie sich entschieden gegen die häufig tief verankerten negativen Selbstbilder und Ängste der Patientinnen stellt und somit ein »dialektisches Fenster« öffnet. Viele Patientinnen fürchten, in der Therapie »zu versagen«, oder bringen einschlägige Vorerfahrungen mit. Diese Ängste können im sokratischen Dialog aufgegriffen werden: Was bedeutet »Versagen« für die Patientin?

Welche Erfahrungen hat sie damit gemacht? Auf dieser Basis kann die Grundannahme helfen, Mut, Akzeptanz und Gelassenheit im therapeutischen Prozess zu fördern.

Die **zehnte Grundannahme** (*Die Prinzipien der DBT gelten gleichermaßen für Patientinnen und Behandlerinnen.*) erschließt sich eigentlich schon aus der *Wise-Mind*-Grundhaltung. DBT ist weit mehr als ein psychotherapeutisches Programm, DBT ist auch eine Weisheitslehre, die hilft, ein eigenes sinnerfülltes Leben zu gestalten. Uns allen.

1.4.3 Dialektik

Schalten wir uns mitten in ein Vorgespräch zur Teilnahme an einer Skillsgruppe: Die Patientin ist sehr besorgt. Sie hat früher schlechte, herabwürdigende Erfahrungen in Gruppen gemacht, sieht sich selbst als minderwertig an und hat große Angst, dass die anderen Mitglieder der Skillsgruppe dies bemerken werden und sich wieder lustig machen über sie. Ihre Einzeltherapeutin jedoch, die sie sehr schätzt, besteht darauf, dass sie an dieser Skillsgruppe teilnimmt. Im Vorgespräch hört sich die Skillstrainerin diese Bedenken eine Weile an, dann fragt sie: *»Was genau befürchten Sie denn, was geschehen könnte?«* *»Die anderen könnten sich über mich lustig machen und mich dissen«,* meint die Patientin. *»Und dann?«,* fragt die Therapeutin. *»Das würde ich nicht aushalten«,* meint die Patientin. *»Sie würden gerne Anerkennung finden in der Gruppe und haben Angst davor, dass das nicht klappt?«,* versucht die Therapeutin zu klären, *»das kann ich gut verstehen, so was fühlt sich nicht gut an.«* Nach kurzer Überlegung meint sie weiter: *»Ich fürchte, Sie haben ein Problem. Einerseits wollen Sie gerne in eine Gruppe aufgenommen und von dieser anerkannt werden, andererseits können Sie gar nicht in die Gruppe, weil es Ihnen wichtig ist, auf keinen Fall abgelehnt zu werden.«* Nun legt die Therapeutin eine Pause ein. Die Patientin wird spürbar unruhig und blickt erwartungsvoll auf: *»Ja, und jetzt?«* Darauf die Therapeutin: *»Genau ... und jetzt?«* Und nach einer Pause: *»Vielleicht sollten Sie einfach akzeptieren, dass Ihnen die Anerkennung der anderen so wichtig ist, dass Sie lieber allein bleiben.«*

Lassen wir die beiden einen Augenblick allein und die aufgeladene Spannung wirken. In der Sprache der DBT nennt man dies ein dialektisches Dilemma, und die beschriebene therapeutische Technik heißt *»enter the paradox«*. Dabei zielt die Therapeutin darauf, die immanente Widersprüchlichkeit einer festgefahrenen Situation herauszuarbeiten und

diese dann wirken zu lassen, **bis die Patientin eine eigene, neue Sichtweise oder Lösung entwickelt.**

Will man das Verhältnis von Veränderung und Akzeptanz in der DBT beschreiben, so ist der Begriff der Balance, obgleich in der Welt der DBT ein geläufiges Idiom, zwar eingängig, aber leider nicht besonders glücklich gewählt. Insbesondere das viel zitierte Bild einer Wippe, auf deren Enden jeweils die Extreme eines Kontinuums platziert werden, suggeriert, dass das Optimum in Form eines Kompromisses eine wohltemperierte Mitte wäre – so wäre also der Kompromiss zwischen Akzeptanz und Veränderung etwa ein bisschen Akzeptanz und ein bisschen Veränderung. Viele Gespräche mit M. Linehan haben mir jedoch verdeutlicht, dass dies bei Weitem nicht so gemeint ist.

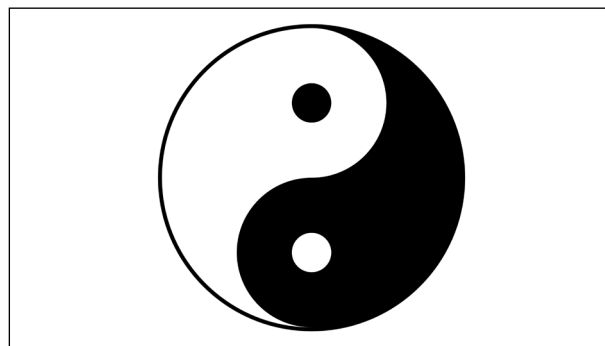


Abbildung 1.4.4 In der Akzeptanz liegt der Keim der Veränderung

Der Grundgedanke der Dialektik in Sinne der DBT speist sich aus der Idee der Inklusion. Das heißt, die jeweiligen Extreme werden nicht als getrennte, widersprüchliche separierte Entitäten aufgefasst, die entweder voneinander abgegrenzt werden oder durch einen Kompromiss zu verbinden sind, sondern als eine Einheit: Gerade weil die Patientin in obigem Beispiel ein so hohes Bedürfnis nach sozialer Anerkennung hat, hat sie große Angst vor Zurückweisung, und gerade weil sie deshalb ein sozial isoliertes Leben führt, ist ihr die soziale Anerkennung so wichtig. Erst die tiefere Akzeptanz der Dinge in ihrem So-Sein eröffnet den Blick auf die Veränderung und Veränderung ist im So-Sein der Dinge, wie sie sind, bereits angelegt. Dabei sind auch wir Therapeuten Teil der Dinge, wie sie sind. Manchmal schwingen wir hin und her zwischen Demut und Ungeduld, dann verlieren wir Energie. Und manchmal gelingt es, uns in einen Zustand kraftvoller Akzeptanz zu versetzen und ein Teil von tiefgreifenden Veränderungsprozessen zu werden. Vielleicht versinnbildlicht das altbekannte daoistische Symbol von Yin und Yan am ehesten das DBT-Verständnis vom Zusammengehören und Zusammen-

menwirken der Gegensätze (siehe Abbildung 1.4.4): In diesem alten Symbol wird deutlich, dass Gegensätze eine einander bedingende Gesamtheit darstellen und dass die Stärkung des einen immer zur Stärkung des anderen führen muss. Dieser Prozess der gegenseitigen Aktivierung kann nun rhythmisch pendeln, wodurch er Energie verliert, oder er kann kraftvoll in der Balance schwingen – dann entsteht gebündelte Energie.

Oder an obigen Beispiel etwas praxisnaher erklärt: Wenn sich die Skillstrainerin im Vorgespräch dazu hätte verleiten lassen, all die wunderbaren Vorzüge der Skillsgruppe aufzuzählen, und primär an die Stärken der Patientin appelliert hätte (*»Das schaffen Sie schon!«*), so hätte dies wohl ihre Angst verstärkt, zu versagen und aus dieser Gruppe erneut ausgeschlossen zu werden. Die Patientin wäre nie in der Skillsgruppe angekommen. Wenn sich die Skillstrainerin jedoch zu sehr auf die Ängste und Schwächen der Patientin fokussiert hätte (*»Welche Unterstützung und Hilfe kann ich Ihnen anbieten, um mit dieser Gruppe zurechtzukommen?«*), hätte dies wahrscheinlich die Selbstwahrnehmung der Patientin als schwach und minderwertig bestätigt und die Angst davor, in der Gruppe zu versagen, verstärkt, mit der Konsequenz, dass die Patientin die Teilnahme verweigert hätte.

Indem die Therapeutin den immanenten Widerspruch (oder Teufelskreis) herausarbeitet (*»Weil Sie Gruppen meiden, fühlen Sie sich allein, und deshalb haben Sie ein intensives Bedürfnis nach Anerkennung, und deshalb haben Sie große Angst, und deshalb versuchen Sie, Gruppen zu meiden.«*), baut sie Spannung auf und diese Spannung schafft Energie für Veränderung.

Indem die Therapeutin dann auch noch den immanenten Widerspruch des Status quo herausarbeitet (*»Vielleicht sollten Sie einfach akzeptieren, dass Ihnen die Anerkennung der anderen so wichtig ist, dass Sie lieber allein bleiben.«*), aktiviert sie die notwendige Energie, um neue Lösungen zu finden. Natürlich funktioniert das nicht immer, aber wenn man Dialektik in der DBT so denkt, wird deutlich, dass dieses beschriebene inklusive Denken kein sanfter, sondern ein hoch energetisierter Prozess ist. Wir wollen *intensive* Akzeptanz, weil dadurch *intensive* Energie zur Veränderung erwächst. M. Linehan hat dieses Konzept nicht erfunden. Hegel hat vor ihr gelebt und einige griechische und persische Denker ebenfalls. M. Linehan ist auch nicht die erste Therapie-Entwicklerin, die dialektische Prinzipien in der modernen Psychotherapie verankert. Diese Ehre gebührt wohl eher Milton Erikson, der Palo-Alto-Gruppe oder auch Steve de Shazer,

die dezidiert auf Veränderung durch Fokussierung auf Funktionierendes setzten. Aber M. Linehan war die Erste, die diese Prinzipien in der buddhistischen Philosophie verankerte und damit eine andere Dimension eröffnete.

Vor diesem Hintergrund sollten wir noch einmal versuchen, die beiden zentralen Komponenten des dialektischen Wirkprinzips auszuloten, also Akzeptanz und Veränderung.

1.4.4 Akzeptanz

Die DBT sieht Akzeptanz als ein multidimensionales, prozesshaftes Konstrukt. Prozesshaft, weil Akzeptanz sowohl ein Therapieziel darstellt (etwa die Akzeptanz der eigenen Person) als auch eine interventionelle Methode (etwa die Anwendung von Wise-Mind-Skills zur Förderung von Gelassenheit). Akzeptanz vollzieht sich in Mikro- und Makroprozessen und durchdringt sämtliche Aspekte der Therapie. Charles Swenson, einer der klarsten Didaktiker der DBT, hat diese Prinzipien der Akzeptanz in seinem äußerst lesenswerten Buch *»DBT – Principles in Action«* zusammengefasst (Swenson 2016):

1. Vergegenwärtigung (presence)
2. Einzigartigkeit (impermanence)
3. Loslassen (non-attachment)
4. Verbundenheit (interbeing)
5. Kausalität (perfect as it is)

Das **erste Prinzip**, die Vergegenwärtigung (presence), meint das Eintauchen in den Augenblick, die fortwährende Ermutigung, sich auf den jeweiligen Moment einzulassen, mit all seinen Facetten, so wie er sich gerade entfaltet. Die Therapeutin ist also präsent mit all ihrer Aufmerksamkeit und teilt und trägt die Erfahrungen der Patientin und lässt sich von ihr berühren, als Mensch, nicht in ihrer beruflichen Rolle. Erleben und Verhalten von traumatisierten Menschen sind geprägt vom Überlebenskampf. Häufig dominiert die Vergangenheit und überschattet die Gegenwart: Überall lauert Gefahr, niemandem kann man trauen, alles ist zu überwachen und zu kontrollieren. Oder kognitionspsychologisch ausgedrückt: Automatisierte Algorithmen determinieren die Interpretationsprozesse und lassen nur wenig Raum, den Augenblick zu entfalten und in seiner gegenwärtigen Schönheit und Vielfalt wahrzunehmen. Das Eintauchen in den Augenblick erfordert Mut, weil man die alten Automatismen überwinden muss; erzeugt Angst und Unsicherheit, weil man die gelernten Kontrollmechanismen beiseitelegen muss; schenkt uns aber Freiheit und

Leichtigkeit, weil im Augenblick nichts Schlimmes passiert, weil sich der Augenblick selbst trägt, und weil man sich von ihm tragen lassen kann.

Das **zweite Prinzip** der Akzeptanz, die Einzigartigkeit (impermanence) bezieht sich darauf, dass dieser eine Moment in seinem So-Sein nicht wiederkommt – alles verändert sich und alles ist im Fluss. Dies bringt den Wert des Augenblicks zum Leuchten und damit auch die Wertigkeit der therapeutischen Arbeit. Indem die Therapeutin den Moment stärkt und würdigt, kann die Patientin damit beginnen, die therapeutische Arbeit als wertvollen und einzigartigen Moment zu erleben. Gerade wenn es um die Relativierung von alten Selbstkonzepten geht, die lange schmerzhaft, aber tragfähig waren, ist es hilfreich, sich auf die menschliche Begegnung mit der Therapeutin zu verlassen. Und wenn wir im Rahmen der Expositions-Arbeit zusammen mit der Patientin belastende Emotionen, Verlassenheit, Zurückweisung oder Ekel und Schmerzen noch einmal aktivieren müssen, dann ist es auch tröstlich, dass dieser Moment sich nicht unendlich fortsetzt. Ich selbst (MB) bin gern in den Bergen und habe mit vielen erfolgreichen Kletterern darüber gesprochen, wie diese mit intensiver Gefahr in großen Wänden umgehen. Alle sind sich einig: Man konzentriert sich dann nur auf diesen einen Moment. Auf diese eine nächste Bewegung. Mit allen Sinnen. Es ist gar keine Zeit, darüber nachzudenken, was alles passieren könnte. Niemand liebt die Gefahr, aber alle lieben diese Momente, in welchen man gezwungen wird, sich im Augenblick aufzulösen. Dafür nehmen Kletterer auch große Gefahren in Kauf. Achtsamkeitsübungen haben denselben Effekt – ohne dass man sich dafür in große Wände begeben muss.

Das **dritte Prinzip** der Akzeptanz, das Loslassen (non-attachment) bezieht sich auf die therapeutische Praxis, Interpretationen, Überzeugungen und auch eigene Wünsche zu relativieren. Auf therapeutischer Seite betrifft dies Annahmen über Patientinnen und deren Leben (die Patientin sollte sich anders verhalten, sie sollte die Therapie-Aufgaben machen, sie sollte sich um ihre Kinder kümmern, sie sollte weniger dissoziieren). Die Praxis des Loslassens von Anhaftungen im »Sollte und Wollte« ist sehr hilfreich, wenn es darum geht, sich nicht in den Strudel von Verzweiflung hineinziehen zu lassen, und sich stattdessen schlicht und einfach auf die Ziele zu fokussieren und weiterhin DBT zu praktizieren. Den Patientinnen und Patienten hilft dieses Prinzip dabei, weniger hohe Ansprüche an sich selbst zu stellen (»Ich muss das auf alle Fälle

schaffen.«), automatische Gedanken zu relativieren (»Ich bin nichts wert, ich bin eine Schlampe.«), aber auch sehnliche Wünsche (»Meine Mutter sollte einmal zuhören und anerkennen, dass sie versagt hat.«) als das zu akzeptieren, was sie sind: sehnliche Wünsche, die nicht immer in Erfüllung gehen müssen.

Das **vierte Prinzip** der Verbundenheit (interbeing) bezieht sich auf die buddhistische – und elementarphysikalische Erkenntnis, dass es keine solitären Entitäten gibt. Das »Selbst« ist ein mentales Konstrukt, das kulturellen, zeitlichen und neuronalen Wandlungen unterworfen ist, das aber keine unabhängige solitäre Größe darstellt. Und da alles mit allem verbunden ist, ist auch die Therapeutin keine solitäre Entität, sondern mit ihrer Patientin verbunden, und zwar auf tieferer Ebene, als sie mit einer beruflichen Rolle definiert werden kann. Aufseiten der Patientin ist das Erleben und Erfahren von Verbundenheit ein essenzieller Bestandteil der Therapie. Die meisten unserer Patientinnen haben wiederholt erlebt, dass enge Bezugspersonen, denen sie vertrauten, ihnen nicht glaubten, sie zurückwiesen oder beschuldigten, selbst verantwortlich zu sein für das, was geschehen ist. M. Linehan prägte dafür den Begriff der traumatischen Invalidierung. Eine der mentalen Folgen dieser fehlgeschlagenen sozialen Synchronisierung ist das Gefühl von tiefgreifender Entfremdung (alienation): die schmerzhafteste Wahrnehmung, anders zu sein als alle anderen, nicht dazugehören. Wenn die Patientin Momente von Verbundenheit erlebt, so können dies tiefgreifende korrigierende Erfahrungen sein: »Ich saß nach der Therapie im Zug und mit einem Mal begann ich, die Leute zu spüren. Es war wie ein Schleier, der weggezogen wurde, die Welt war voller Gerüche, die Farben sprangen mich an, und ich spürte die anderen Reisenden. Ich begann zu weinen, überwältigt vor Glück«, schilderte mir eine Patientin, die lange Jahre unter dem Gefühl der emotionalen Taubheit (numbness) gelitten hatte.

Das **fünfte Prinzip** der Kausalität (perfect as it is) ist für Menschen mit sozialer oder sexueller Traumatisierung und ihre Therapeutinnen natürlich eine echte Herausforderung. Gemeint ist damit, dass alle Dinge und Prozesse kausal miteinander verbunden sind, das heißt, dass sie bestimmten Gesetzen unterworfen sind, die das Auftreten von Ereignissen bedingen. Daraus folgt, dass alles, was existiert, nicht anders existieren konnte. »Die Dinge sind so, wie sie sind, sonst wären sie anders.« bedeutet jedoch nicht, dass die Dinge »gut sind« oder dass man die Dinge nicht ändern kann und sollte.