

Martin Bohus ■ Martina Wolf-Arehult

2. Auflage



Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten

Das Therapeutenmanual



Dachverband
Dialektisch Behaviorale Therapie

Akkreditiert vom
Deutschen Dachverband DBT

 **Schattauer**

Mit Keycard
zum Freischalten
der interaktiven
Software

Der Printversion dieses Buches liegt eine Keycard zur Programmfreischaltung bei. In der eBook-Version können Sie Ihren individuellen Key via E-Mail anfordern.

... so geht's:

- Individuellen Key via Email bei info@schattauer.de anfordern. Bitte senden Sie uns Ihre Kaufbestätigung des E-Books mit der E-Mail zu.
- Im Internet www.schattauer.de aufrufen.
- Anmelden (bitte vorher registrieren – Sie erhalten per E-Mail Ihre Zugangsdaten zum Internetportal)
- Anschließend den unten angegebenen Zugangscodes freischalten

Martin Bohus ■ Martina Wolf-Arehult

**Interaktives Skillstraining
für Borderline-Patienten**

2. Auflage

This page intentionally left blank

Martin Bohus ■ Martina Wolf-Arehult

Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten

Das Therapeutenmanual

2., aktualisierte und erweiterte Auflage



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

Mit Zeichnungen von Renate Alf

Mit 25 Abbildungen sowie
158 Info- und Arbeitsblättern

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

Die Info- und Arbeitsblätter zum Modul 2.8
„Umgang mit Sucht“ können Sie unter
www.schattauer.de/2569.html mit dem Code
2569-ulYDjp herunterladen.

 **Schattauer**

Prof. Dr. med. Martin Bohus
1. Vorsitzender des Dachverbandes
Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBBT)
Lehrstuhl für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim
J 5, 68159 Mannheim

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

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

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

Dipl.-Psych. Hans Gunia
Psychologische Praxis
Heidelberger Landstraße 171
64297 Darmstadt

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

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

2. Auflage 2013

© 2009, 2013 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de, Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Projektmanagement und Lektorat: Dr. Petra Mülker, Stuttgart

Umschlagabbildung: Renate Alf: Cartoon „Meditation ...“

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: Himmer AG, Steinerner Furt 95, 86167 Augsburg

ISBN 978-3-7945-2827-1

Vorwort zur zweiten Auflage

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

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

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

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

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

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

Freiburg, im Herbst 2012

Martin Bohus

Vorwort zur ersten Auflage

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

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

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

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

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

Im Übrigen gilt einer der Wahlsprüche der DBT:

„If there is a difference between a book and a bird, believe the bird.“

Freiburg, im Frühjahr 2009

Martin Bohus

Inhalt

1	Skillstraining	1
1.1	Grundlegendes zum Skillstraining	1
1.2	Was versteht man unter Skills, und wie werden sie vermittelt?	2
1.3	Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte	3
	Rahmenbedingungen	3
	Strukturelle Aspekte	6
1.4	Struktur der Sitzungen	9
	Komposition der Module	9
	Zeitlicher Aufbau und Struktur	10
	Weitere Regeln	12
1.5	Das interaktive Skillstraining (Software)	15
	Struktur der Software	16
	Hilfsmittel und Funktionen der Software	18
	Einsatzmöglichkeiten der Software	19
1.6	Therapeutische Methodik	20
	Aufbau von Beziehungen	20
	Motivationale Aspekte	20
	Veränderungsorientierte Strategien	22
	Akzeptanzorientierte Strategien	24
	In-Session-Fokus	26
	Hausaufgaben-Kontrolle	27
1.7	Skillstraining unter (teil-)stationären Bedingungen	29
	Im Rahmen der Krisenintervention	30
	Im Rahmen von (teil-)stationären Intensivprogrammen	30
2	Die Module des Skillstrainings	37
2.1	Modul Hintergründe und Fakten	37
	Ziele dieses Moduls	37
	Hintergrundwissen	37
	Didaktisches Vorgehen	37
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	38
	Mögliche Probleme	42
	Info- und Arbeitsblätter	44

2.2	Modul Einführung in das Skillstraining	55
	Ziele dieses Moduls	55
	Hintergrundwissen	55
	Didaktisches Vorgehen	58
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	58
	Mögliche Probleme	61
	Info- und Arbeitsblätter	62
2.3	Modul Achtsamkeit	73
	Ziele dieses Moduls	73
	Hintergrundwissen	73
	Didaktisches Vorgehen	84
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	85
	Mögliche Probleme	89
	Info- und Arbeitsblätter	90
2.4	Modul Stresstoleranz	112
	Ziele dieses Moduls	112
	Hintergrundwissen	112
	Didaktisches Vorgehen	113
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	114
	Mögliche Probleme	122
	Info- und Arbeitsblätter	123
2.5	Modul Umgang mit Gefühlen	154
	Ziele dieses Moduls	154
	Hintergrundwissen	154
	Didaktisches Vorgehen	162
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	163
	Info- und Arbeitsblätter	180
2.6	Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten	275
	Ziele dieses Moduls	275
	Hintergrundwissen	275
	Didaktisches Vorgehen	279
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	280
	Info- und Arbeitsblätter	297
2.7	Modul Selbstwert	322
	Ziele dieses Moduls	322
	Hintergrundwissen	322
	Didaktisches Vorgehen	324
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	326
	Info- und Arbeitsblätter	332

2.8	Modul Umgang mit Sucht	347
	Ziele dieses Moduls	347
	Hintergrundwissen	349
	DBT-Sucht und der dialektische Weg in die Abstinenz	351
	Didaktisches Vorgehen	352
	Info- und Arbeitsblätter: Didaktik	354
	Info- und Arbeitsblätter	363
3	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – Grundlagen	383
3.1	Diagnostik	383
3.2	Epidemiologische Daten	385
3.3	Differentialdiagnose und Komorbidität	385
3.4	Verlauf und Prognose	386
3.5	Bio-Soziales Entstehungsmodell	387
	Genetische Belastung	388
	Psychosoziale Faktoren	388
	Störungen der Affektregulation	388
	Dissoziative Phänomene	389
	Störungen der Körperakzeptanz und der Schmerzwahrnehmung	389
	Dysfunktionale Grundannahmen und inkompatible Schemata	390
	Objektive soziale Variablen	393
	Zusammenfassung	394
4	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) – eine Einführung	395
4.1	Behandlungsmodule	395
4.2	Zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung	396
4.3	Therapeutische Grundhaltung	397
4.4	Behandlungsphasen	400
4.5	Wahl des Behandlungsfokus	402
4.6	Behandlungsebene und -methodik	403
4.7	Modifikationen	404
	Literatur	405

Informationen zur Software

Interaktives Skillstraining freischalten

Das Programm läuft unter Windows (Microsoft® Windows® XP mit Service Pack 2, Windows Vista® mit Service Pack 1, Windows 7, 512 MB RAM, oder Windows 8) sowie unter Macintosh (Intel Core™ Duo, Mac OS X v10.5 oder v10.6, 512 MB RAM). Mindestauflösung 1024×768, optimale Auflösung 1280×960 Pixel.

Da das Programm Audio-Dateien beinhaltet, müssen eine Soundkarte am Computer installiert und Lautsprecher angeschlossen sein.

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

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

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

Falls Sie mit einer **CD-ROM** arbeiten, legen Sie diese in das CD-ROM-Laufwerk und warten Sie einige Sekunden. Starten Sie die Installation durch Doppelklick auf die Datei „Skillstraining_2.0 Installer.exe“ unter Windows oder „Skillstraining_2.0 Installer“ unter Macintosh. Damit das interaktive Therapieprogramm fehlerfrei läuft, muss ein Adobe Acrobat Reader auf Ihrem Computer installiert sein.

Interaktives Skillstraining starten

Das Programm starten Sie, indem Sie nach der Installation „**Skillstraining 2.0**“ in Ihrem Programmmenü anklicken. Danach öffnet sich die Startseite, auf der Sie links Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort für Ihr Benutzer-Profil eingeben. Dadurch können wichtige Informationen gespeichert werden, während Sie mit dem Programm arbeiten. Werden derselbe Benutzername und dasselbe Passwort bei einer erneuten Anmeldung eingegeben, können Sie direkt an der Stelle wieder beginnen, an der Sie bei der letzten Sitzung aufgehört haben.

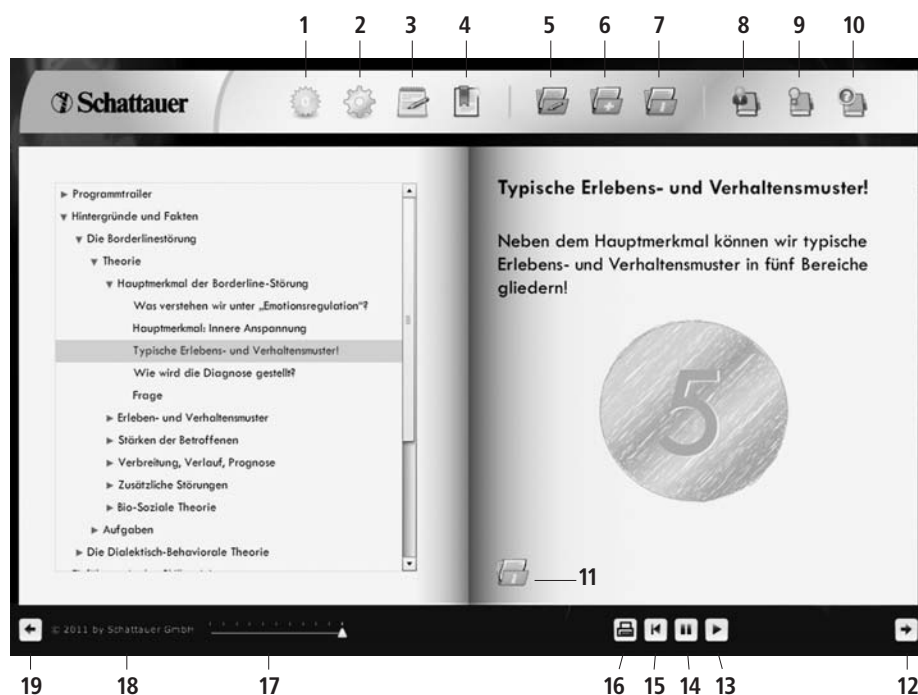


Abb. 1 Die wichtigsten Funktionen des Programms.

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

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

Navigation des Programms

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

Das interaktive Skillstraining beinhaltet folgende Abschnitte:

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

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

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

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

Einstellungen

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

Wahl des Präsentationsmodus

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

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

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

Im Programm können Sie zwischen zwei weiteren Modi wählen:

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

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

Hilfsmittel und Programmfunktionen

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

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

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

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

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

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

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

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

Skills Direkt

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

Bonussystem

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

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

Fragen und Antworten

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

Weiterführende Informationen

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

1 Skillstraining

1.1 Grundlegendes zum Skillstraining

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

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

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

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

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

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

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

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

Die vier Schritte der Skillsvermittlung

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

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

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

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

1.3 Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte

Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Strukturelle Aspekte

Therapeuten

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

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

Ein Beispiel

Der **Gruppenleiter** stellt fest, dass die Patientin vergessen hat, ihre Hausaufgaben zum Modul „Stressregulation“ zu machen. Die Aufgabe des Gruppenleiters ist in diesem Fall, negativ zu reagieren, da dysfunktionales Verhalten mit aversiven Konsequenzen verknüpft werden sollte:

„Oje, jetzt investieren Sie schon so viel Zeit, in die Gruppe zu kommen, und nutzen die Therapie nicht ausreichend, weil Sie dies zu Hause nicht umsetzen.“

Der **Co-Therapeut** hingegen wird die Patientin nun unterstützen und einwerfen:

„Ich kann mir nicht vorstellen, dass Sie überhaupt keine Übungen zur Stressstoleranz angewandt haben, das hätten Sie gar nicht überlebt, Sie haben sie nur nicht aufgeschrieben. Lassen Sie uns jetzt, hier in der Gruppe, Ihre Hausaufgaben nachholen. Überlegen Sie, wann Sie, ohne gezielt zu üben, automatisch Stressstoleranz-Übungen angewandt haben.“

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

Patientinnen

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

Vorbereitung (Pre-Treatment)

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

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

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

Behandlungsvertrag

Liebe Teilnehmerin,

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

Alle Teilnehmerinnen an einer DBT-Gruppe verpflichten sich, folgende Regeln einzuhalten:

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

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

Alpharegeln (Verstöße können zum Ausschluss führen):

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

Außerdem stimme ich folgenden Regeln zu:

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

Die Mitglieder des therapeutischen Teams stimmen dem Folgenden zu:

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

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

....., den

Unterschrift Teilnehmerin: Unterschrift Skillstrainer:

1.4 Struktur der Sitzungen

Komposition der Module

Das Skillstraining gliedert sich in folgende fünf Module:

- ▶ **Achtsamkeit:** Fertigkeiten zur Verbesserung der Inneren Achtsamkeit basieren auf der Praxis der Zen-Meditation und dienen in erster Linie dazu, den Patientinnen die Relativierung von aktivierten Emotionen und Kognitionen zu ermöglichen. Die schrittweise Etablierung einer „metakognitiven Ebene“, also einer mentalen Position, welche eine selbstreflexive Beobachtung der aktuellen emotionalen Reaktion ermöglicht, ist zum einen therapeutisches Ziel, zum anderen eine wesentliche Voraussetzung für die Anwendung aller anderen Fertigkeiten. Daher steht die Vermittlung von Achtsamkeit nicht nur am Anfang der Skillsgruppe, sondern wird zu Beginn jedes Moduls mindestens ein bis zwei Stunden wiederholt. Für die vollständige Vermittlung dieses Moduls sollten sechs bis acht Sitzungen veranschlagt werden.
- ▶ **Stresstoleranz:** Diese Fertigkeiten dienen zum einen dazu, Hochstressphasen zu kupieren, zum anderen, die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, dass entsprechende Hochstressphasen auftreten. Da gerade der erste Aspekt, also die Vermittlung von Fertigkeiten, um Hochstressphasen zu bewältigen, bei den Patientinnen auf hohe Akzeptanz stößt, ist es sinnvoll, dieses Modul im Anschluss an die Achtsamkeitsskills zu vermitteln. Im stationären Setting oder bei Patientinnen, die sich ausgeprägte Selbstverletzungen zufügen, um Hochspannung zu reduzieren, also sich auf Stufe I der DBT befinden, steht dieses Modul grundsätzlich in erster Präferenz. Man sollte für dieses Modul etwa sechs bis acht Sitzungen veranschlagen.
- ▶ **Umgang mit Gefühlen:** Dieses Modul nimmt den breitesten Raum ein und ist sicherlich das zentrale Modul, welches die tiefgreifenden Veränderungen der DBT ermöglicht. Die Patientinnen lernen sowohl theoretische Aspekte der Emotionsregulation als auch Fertigkeiten, die wichtigsten Emotionen zu identifizieren und zu regulieren. Für dieses Modul sollte man etwa zehn bis zwölf Stunden veranschlagen. Arbeitet man mit Patientinnen, die sich bereits auf Stufe II der DBT befinden – also bereits in der Lage sind, ihre schwerwiegenden dysfunktionalen Verhaltensmuster zu kontrollieren –, so kann dieses Modul auch auf Kosten des Stresstoleranz-Moduls ausgeweitet werden.
- ▶ **Zwischenmenschliche Fertigkeiten:** Das Training zwischenmenschlicher Fertigkeiten bezieht sich auf die Verbesserung der sozialen Kompetenz unter besonderer Berücksichtigung von Aspekten der Planbarkeit und Bewertung sozialer Situationen. Etwa 60 % der Borderline-Patientinnen leiden unter ausgeprägter sozialer Phobie, so dass dieses Modul sicherlich einen hohen Stellenwert in der Alltagsbewältigung einnimmt. Man sollte etwa zehn Sitzungen dafür veranschlagen.
- ▶ **Selbstwert:** Dieses fünfte Modul basiert auf einem von Potreck-Rose und Jacob (Jacob et al. 2006) entwickelten, primär kognitiv orientierten Therapiekonzept, das spezifisch an die schwerwiegenden dysfunktionalen Selbstkonzepte der Borderline-Pati-

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

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

Modell 1 für ambulantes Skillstraining

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

Modell 2 für ambulantes Skillstraining

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

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

Zeitlicher Aufbau und Struktur

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

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

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

Gruppenvereinbarungen

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

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

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

Zeitlicher Ablauf einer Sitzung

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

Weitere Regeln

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

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

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

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

Versäumen von Sitzungen

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

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

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

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

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

Pünktlichkeit

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

Alkohol- und Drogeneinfluss

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

Gegenseitige Unterstützung

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

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

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

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