

1 Skillsgruppentraining

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 CD-ROM 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 der CD-ROM 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 CD-ROM-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. Die CD-ROM 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 CD-ROM diese Arbeit erleichtern, weil gerade die Theorievermittlung unter Zuhilfenahme der CD-ROM Zeit erspart, die dann wiederum vermehrt in die Entwicklung von individualisierten Verhaltensanalysen investiert werden kann. Sicherlich wird die Arbeit mit der CD-ROM 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 CD-ROM 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 CD-ROM 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“ (CD-ROM: 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 Stressoleranz 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 Stressoleranz-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 (CD-ROM: 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. CD-ROM: 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 liegen auf der CD-ROM vor (DBT → Aufgaben → Material für Therapeuten; ma_GV.pdf) und können direkt ausgedruckt werden, um sie an die Patientinnen zu verteilen.

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

Zeitlicher Ablauf einer Sitzung

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

Weitere Regeln

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

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

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

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

Versäumen von Sitzungen

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

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

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

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

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

Pünktlichkeit

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

Alkohol- und Drogeneinfluss

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

Gegenseitige Unterstützung

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

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

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

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

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

Vertraulichkeit

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

Verlassen des Raumes während der Sitzung

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

1.5 Das interaktive Skillstraining (CD-ROM)

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

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

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

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

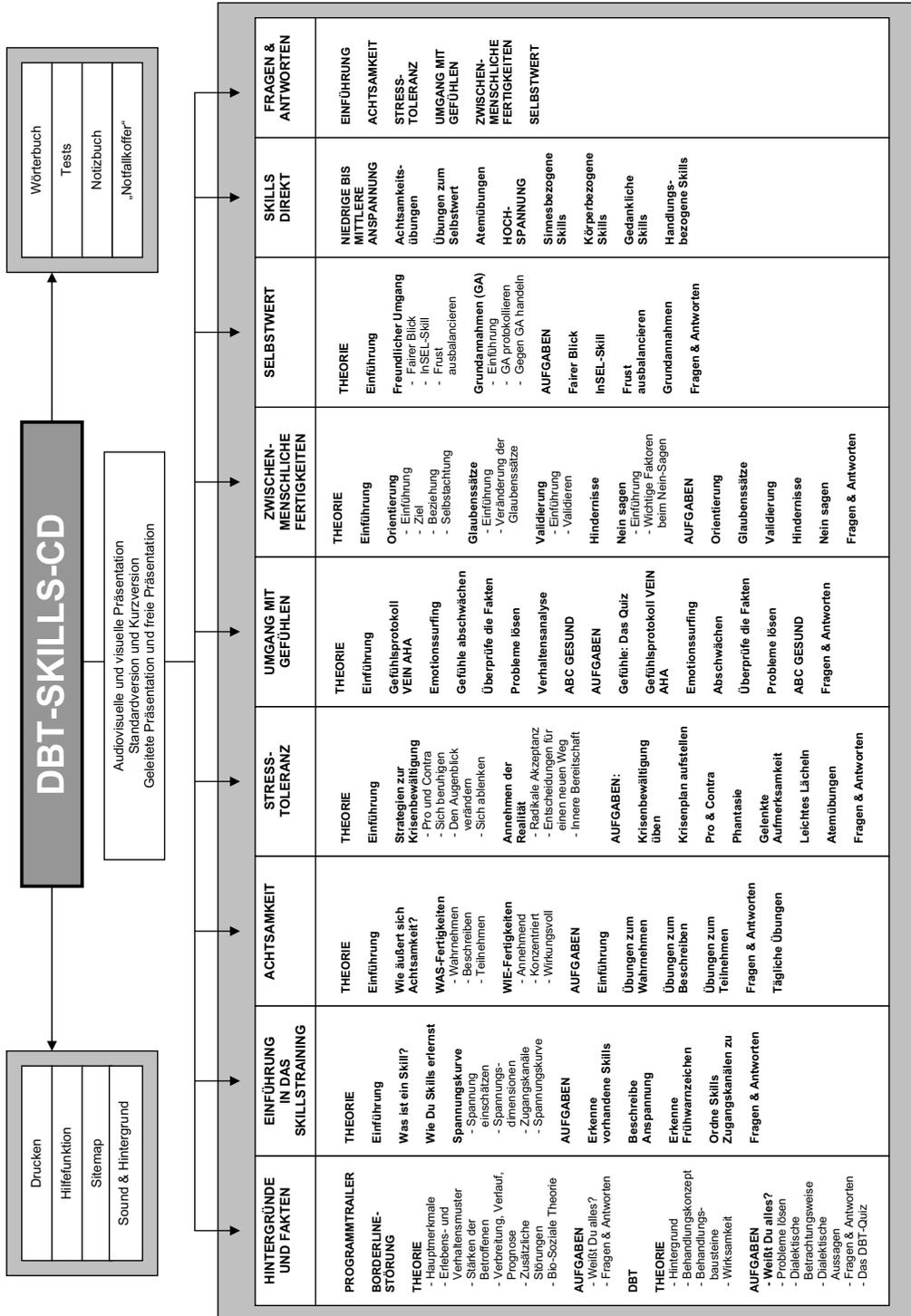
Das interaktive Lernprogramm ermöglicht eine individualisierte Verbesserung dieser Probleme. Die Patientinnen können sich in Ruhe zu Hause vorbereiten oder die Lerninhalte nacharbeiten. Die CD-ROM ist in zwei unterschiedlichen Präsentationen aufbereitet (nur auditiv oder visuell und auditiv), um unterschiedlichen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

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

Struktur der CD-ROM

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

- ▶ **Hintergründe und Fakten:** In diesem Abschnitt werden die Patientinnen über die Symptome einer Borderline-Störung und über die Grundzüge der DBT informiert.
- ▶ **Einführung in das Skillstraining:** Hier werden wichtige Begriffe aus dem Skillstraining beschrieben sowie ein Überblick gegeben. Es ist sicherlich sinnvoll, den Patientinnen zu empfehlen, diese beiden Abschnitte durchzuarbeiten, bevor sie in die erste Gruppensitzung kommen. Dies ermöglicht einen raschen Einstieg und einen guten Anschluss an die laufende Gruppe. Die Gruppenleiter sollten dann zu Beginn der Sitzung nachfragen, ob und wie die Patientinnen mit der CD-ROM zurechtkommen.
- ▶ **Fünf Skills-Module:** Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Selbstwert. Jedes Modul besteht aus zwei Abschnitten: Theorie und Aufgaben. Der Theorieabschnitt beinhaltet den theoretischen Hintergrund und die theoretischen Anleitungen zur Durchführung von Skills. Natürlich enthalten diese Abschnitte auch kleine Übungen, Geschichten und Beispiele. Häufig werden die Patientinnen bereits hier angewiesen, verschiedene Skills zu testen. Der Aufgabenabschnitt beinhaltet eine Sammlung von konkreten Aufgaben und Übungen. Diese Übungen können auch als Hausaufgaben zwischen den Sitzungen aufgegeben werden. Im Aufgabenabschnitt finden die Patientinnen auch stets eine Art Kurztest mit Fragen und Antworten zur individuellen Lernzielkontrolle.
- ▶ **Skills Direkt:** Da kognitive Übungen einen wesentlichen Teilaspekt der Stresstoleranz-Skills darstellen, haben wir die Möglichkeit entwickelt, direkt am Computer kognitive Skills zu üben.



Programmstruktur der CD-ROM

Hilfsmittel und Funktionen der CD-ROM

Im Folgenden werden einige der wichtigsten Funktionen der CD-ROM vorgestellt. Genauere Informationen zum Arbeiten mit der CD-ROM finden Sie auf S. X ff. im Vorspann des Buches.

- ▶ **Das Wörterbuch:** Im Wörterbuch finden die Patientinnen kurze Erklärungen wichtiger Begriffe.
- ▶ **Das Notizbuch:** Hier können die Patientinnen eigene Beispiele oder Kommentare zu wichtigen Themen notieren und auch ausdrucken, um diese Punkte mit ihrem Einzeltherapeuten oder in der Skillsgruppe zu besprechen.
- ▶ **Arbeits- und Informationsblätter:** Die Arbeits- und Informationsblätter auf der CD-ROM sind weitgehend identisch mit den in diesem Manual abgedruckten Blättern. Falls es zu besprochenen Themen im Programm spezifische Arbeits- und Informationsblätter gibt, werden diese mit Symbolen oben rechts auf dem Bildschirm angezeigt und können ausgedruckt werden. Zusätzlich sind sie in der Menüleiste abrufbar.
- ▶ **Literatur und Materialien:** Hier finden sich weiterführende Literatur sowie Pdf-Dateien zum Ausdrucken, z. B. Skillswochenprotokolle. Diese Protokolle dienen zur Dokumentation der täglichen Übungen. Sie können auch dazu dienen, um den Einzeltherapeuten auf dem Laufenden zu halten. Die Patientinnen dokumentieren täglich, welche Skills sie mit welchem Erfolg geübt haben. Das Protokoll wird zu jeder Sitzung mitgebracht.
- ▶ **Notfallkoffer:** Der virtuelle Notfallkoffer dient als Speicher für wichtige Informationen, die die Patientinnen zur Bewältigung von Krisensituation heranziehen können.
- ▶ **Unterschiedliche Programmpräsentationen:** Die Patientinnen können mit unterschiedlichen Programmpräsentationen arbeiten. Das heißt, sie arbeiten entweder nur mit Bild und Text (visuelle Version) oder mit Ton, Bild und Text gleichzeitig (audio-visuelle Version). In der Regel ist die audio-visuelle Version zu empfehlen.
- ▶ **Kurzfassung:** Die wichtigsten Themen sind in Kurzversionen zusammengefasst. Diese findet man ebenfalls in der Menüleiste.
- ▶ **Fragen & Antworten:** In diesem Bereich sind alle Mehrwahlfragen gesammelt, die im Programm in verschiedenen Modulen auftauchen. Wenn der Benutzer beispielsweise „Achtsamkeit“ in diesem Bereich anklickt, findet er alle Fragen aus dem Modul „Achtsamkeit“.
- ▶ **Bonuspunkte:** Mit erfolgreich beantworteten Fragen verdient man sich Bonuspunkte. Ab 30 gesammelten Punkten kann man sich eine kleine Belohnung aussuchen, z. B. eine ungewöhnliche Geschichte anhören oder neue Cartoons anschauen.
- ▶ **Hilfefunktion, Drucken, Lautstärke:** Auf der Menüleiste finden sich die Hilfefunktion, die Lautstärkeregelung und die Möglichkeit, Arbeitsblätter auszudrucken.
- ▶ **Sitemap, Pfeile und Pause:** Das Programm wird gesteuert über das Menü unten links auf dem Bildschirm oder die Sitemap oben in der Menüleiste. Über die „Geleitete Version“ werden die Sitemap und eine Empfehlung zum Weiterarbeiten automatisch am Ende eines Abschnitts angezeigt. Mit den Pfeilen unten rechts steuert man das Programm vorwärts und rückwärts. Mit dem Pause-Symbol unten rechts kann das Programm unterbrochen werden.

Einsatzmöglichkeiten der CD-ROM

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

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

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

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

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

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