

Evaluation eines ambulanten DBT-Netzwerks - Erste Ergebnisse

Hans Gunia, Jürgen Friedrich, Michael Huppertz

1. Einleitung	1
2. Dialektisch-behaviorale Therapie	2
3. Das Darmstädter Projekt	3
4. Therapiebausteine	3
4. 1 Einzeltherapie	3
4. 2 Fertigkeitentraining in der Gruppe	4
4.3 Telefonkontakt	5
4.4 Intervision und Supervision	6
5. Welche Elemente von DBT sind zwingend notwendig?	6
6. Erste Ergebnisse der Evaluation	8
6.1 Prozedur	8
6.2 Soziodemographische und anamnestische Daten	9
6.3 Der Fertigkeiten-Einsatz und sein Nutzen	13
7. Diskussion der Ergebnisse	20
8. Zur Problematik des Übens	21
Literatur	23

1. Einleitung

Als wir 1996 zum ersten Mal von der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) erfuhren, beeindruckte vor allem, dass sich Kollegen völlig unterschiedlicher Therapieschulen für diesen Ansatz interessierten. Viele Kollegen waren unzufrieden mit den Behandlungsergebnissen des Verfahrens

in dem sie ausgebildet waren und suchten neue Wege, um Borderline-PatientInnen zu behandeln. Die DBT schien eine integrative Kraft zu besitzen und eine Unterstützung zu versprechen, von der sich viele angezogen fühlten, die trotz aller Schwierigkeiten die Arbeit mit diesen PatientInnen nicht aufgeben wollten. Die wesentliche Unterstützung versprachen wir uns von der Erweiterung der bisherigen therapeutischen Arbeit durch ein spezifisches Fertigkeitentraining. Auch wenn das Fertigkeitentraining Teil einer umfassenden Konzeption ist, so steht und fällt doch die Effektivität der DBT damit, ob die Skills (Fertigkeiten) von den PatientInnen angewandt werden und ob diese Fertigkeiten dann auch positiv wirken. Zu genau diesen beiden Fragen verfügen wir inzwischen über erste empirische Ergebnisse, die im Rahmen der Evaluation unseres Darmstädter DBT Netzwerkes entstanden. Diese möchten wir im Folgenden vorstellen und diskutieren.

2. Dialektisch-behaviorale Therapie

Bei der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) handelt es sich um eine störungsspezifische Therapie, die seit mehr als 10 Jahren von Linehan auf der Basis der Verhaltenstherapie entwickelt wird und in manualisierter Form vorliegt. Der DBT liegt ein Diathese-Stress-Modell zugrunde, das die Borderline Persönlichkeits-Störung durch ein Zusammenwirken einer neurobiologischen Disposition mit früher Traumatisierung oder Vernachlässigung vor allem im Sinne von Invalidierung emotionaler Erfahrungen erklärt (Linehan, 1996). Linehan ergänzt die kognitive Verhaltenstherapie um Elemente aus humanistischen Therapieverfahren und Hypnotherapie. Die Therapie wird von einer Lebenseinstellung getragen, die dem Zen-Buddhismus entlehnt ist (s. dazu Huppertz, 2002). Die DBT wurde als ambulante Therapieform entwickelt und besteht im wesentlichen aus den vier Therapiebausteinen Einzeltherapie, Fertigkeitentraining in der Gruppe, Telefonkontakt im Notfall und regelmäßige Intervention bzw. Supervision der Therapeuten.

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass DBT bezüglich der Häufigkeit und Dauer der Hospitalisierung, der Anzahl parasuizidaler Handlungen, der Abnahme von Ärger und des Ausbaus sozialer und beruflicher Integration Standardtherapien überlegen ist (zusammenfassend Linehan et al. 1991, Bohus et al. 1996). Die Überlegenheit bzgl. der sozialen und beruflichen Integration sowie der Hospitalisierungsdauer war auch ein Jahr nach Abschluss der Therapie noch nachweisbar (zusammenfassend Bohus et al. 1996; Linehan et al. 1993; kritisch dazu Dammann et al., 2000). Unbefriedigend ist bislang die Wirksamkeit der DBT im Hinblick auf die Depressivität und die Verbesserung der Lebensqualität.

Wir danken Frau Dipl. Psychol. Jil Ehrenthal für ihre Hilfe bei der Datenerhebung und –aufbereitung.

3. Das Darmstädter Projekt

Voraussetzungen, Entstehung, Finanzierung und sonstige spezifische Bedingungen unseres ambulanten Netzwerks in Darmstadt haben wir bereits an anderer Stelle dargestellt (Gunia et al. 2000). Im Februar 1998 haben wir mit der ersten Fertigkeitengruppe begonnen, zur Zeit bestehen fünf Fertigkeitengruppen mit jeweils acht PatientInnen und zwei Therapeuten. Die Gruppen sind halboffen, d.h. zu jedem Modulbeginn (etwa vierteljährlich) können neue PatientInnen aufgenommen werden. Das Fertigkeitentraining dauert in der Regel 2 Jahre. Die Länge der Einzeltherapie ist vom Einzelfall abhängig, wird wohl in der Regel 3 Jahre nicht unterschreiten. Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist obligatorisch, die PatientInnen müssen an beidem teilnehmen. Auch die Einzeltherapie ist nur bei Therapeuten möglich, die zum Netzwerk gehören. Aus konzeptuellen Gründen sind Einzel- und Gruppentherapeuten nicht identisch.

Bislang wurden ca. 80 PatientInnen aufgenommen. Die Therapeutengruppe besteht zur Zeit aus 12 Therapeuten, 9 Frauen und 3 Männer. Darunter sind 5 Psychiater/Nervenärzte und/oder ärztliche Psychotherapeuten und 7 Psychologen. Die Ärzte sind als tiefenpsychologische Therapeuten zugelassen, die Psychologinnen als Verhaltenstherapeuten. Die Therapeuten haben durchschnittlich ein Lebensalter von 49 Jahren, 3,2 Therapieausbildungen und 19,6 Jahre Berufserfahrung. Als für sich persönlich vertretbares Maximum von DBT-Klienten wurden vier angegeben. Beim intensiven Krisenmanagement der DBT entstehen Zusatzbelastungen, die jeder Therapeut für sich begrenzen muss und die auch sehr unterschiedlich erlebt werden: Die tägliche telefonische Erreichbarkeit betrug im Schnitt 11,6 Stunden täglich. Der erlebte Stress durch DBT Einzelsitzungen liegt mit $M = 25$ (Skala von 0 bis 43) im Vergleich zu sonstigen Einzeltherapien nur ca. 10% höher (s. Gunia et al. 2000).

Zum Zwecke der Vernetzung mit den beiden in der Region liegenden psychiatrischen Kliniken und der psychiatrischen Station in einem Allgemeinkrankenhaus in Darmstadt haben wir in den Jahren 2000 und 2001 neue Ausbildungskurse in Darmstadt organisiert und in erster Linie Kollegen, die in diesen Krankenhäusern arbeiteten, angesprochen. Diese Ausbildungen sind mittlerweile abgeschlossen und der Aufbau eines kleinen Netzwerks in einem der psychiatrischen Krankenhäuser hat letztes Jahr begonnen. Die Implementierung von Skillsgruppen in den beiden anderen Kliniken wird von den Kollegen geplant.

4. Therapiebausteine

4. 1 Einzeltherapie

In der Einzeltherapie werden die Problembereiche hierarchisch im Sinne der Dringlichkeit geordnet. An oberster Stelle stehen suizidales und parasuizidales Verhalten, gefolgt von therapiegefährdendem Verhalten, Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der Verbesserung von Verhal-

tensfertigkeiten. Die Problemfelder werden in dieser Reihenfolge bearbeitet. Wenn notwendig, wird sofort wieder auf eine höhere Ebene zurück gegangen.

Der Einzeltherapeut versucht eine Balance zwischen Validierungs- (Verstehen und Wertschätzen des Problems) und Veränderungsstrategien zu finden ('dialektische Strategie', Linehan, 1996). Grundlage ist eine tragfähige therapeutische Beziehung.

Die PatientInnen führen eine Tagebuchkarte, in die Medikamenteneinnahme, Spannungszustände, Drogenkonsum und dysfunktionale Verhaltensweisen einzutragen sind.

Durch Verhaltensanalysen sollen die Betroffenen Einsicht in ihren Spannungsaufbau erhalten und lernen, das im Fertigkeitentraining Gelernte in Handlungspläne einzubauen. Nach selbstverletzendem Verhalten oder Suizidversuchen werden die PatientInnen gebeten, solche Analysen selbst anzufertigen.

Voraussetzung für die eventuelle Bearbeitung eines Traumas in einem zweiten Therapieabschnitt ist, dass die PatientInnen gelernt haben, emotionale Krisen, Spannungszustände und Dissoziationen selbst durch die gelernten Fertigkeiten zu regulieren. Die Traumabearbeitung ist in der DBT selbst bisher wenig ausgearbeitet.

4. 2 Fertigkeitentraining in der Gruppe

„Das Fertigkeitentraining ist der Ton, aus dem die Einzeltherapeutin und Patientin eine Figur modellieren können“ (Linehan, 1996a). Damit ist gemeint, dass die in der Gruppe gelernten Fertigkeiten in der Einzeltherapie in die erarbeiteten Verhaltensanalysen und Handlungspläne eingebaut und zu einem sinnvollen Ganzen verbunden werden.

Die Gruppe wird von zwei Therapeuten geleitet. Das Fertigkeitentraining hat Workshop-Charakter; Gruppendynamik wird nur soweit wie notwendig thematisiert. Der Schwerpunkt liegt auf dem Lehren von Fertigkeiten. Interaktionelle Probleme werden 'DBT-mäßig' durch das Anwenden von Fertigkeiten gelöst. Kritik und Anregungen seitens der Teilnehmerinnen sind ausdrücklich erwünscht, eine experimentell-partnerschaftliche Atmosphäre soll entstehen.

Das Fertigkeitentraining findet in unserem Setting wöchentlich statt (90 Minuten) und besteht aus den vier Modulen Innere Achtsamkeit, Umgang mit Gefühlen, Stresstoleranz und Zwischenmenschliche Fertigkeiten. Jedes Modul nimmt bei uns jeweils etwa 12 Sitzungen in Anspruch.

Im Modul 'Innere Achtsamkeit' lernen die PatientInnen die Fertigkeiten 'Wahrnehmen', 'Beschreiben', 'Teilnehmen' sowie ein nicht bewertendes, konzentriertes und wirkungsvolles Denken und Handeln. Hier sind unschwer die Einflüsse des Zen zu entdecken. Ziel ist, Bewusstheit im Alltag zu erreichen und mehr Steuerungsmöglichkeiten über sich selbst zu bekommen. Teilnahme und Dis-

tanz, Gefühl und Verstand sollen miteinander in Einklang gebracht werden.

Im Modul 'Zwischenmenschliche Fertigkeiten' werden die Basisfertigkeiten 'Orientierung auf ein Ziel', 'Orientierung auf die Selbstachtung' und 'Orientierung auf die Beziehung' vermittelt. Faktoren, die die soziale Kompetenz beeinträchtigen und solche, die sie fördern, werden identifiziert. Förderliche Selbstaussagen werden erarbeitet. Ziel ist, dass PatientInnen auf eigenen Wünschen, Zielen und Meinungen bestehen können und dabei sowohl von anderen Menschen respektiert werden, als auch die eigene Selbstachtung aufrechterhalten.

Im Programmteil 'Umgang mit Gefühlen' wird vermittelt, dass Gefühle (auch solche, die als unangenehm erlebt werden) eine Funktion und eine Bedeutung haben. Fertigkeiten wie: 'Beobachten', 'Beschreiben' und 'Verstehen von Gefühlen', 'Verwundbarkeit verringern', 'Schritte in Richtung angenehmer Gefühle', 'emotionales Leiden loslassen' und 'dem Gefühl entgegengesetzt handeln' werden besprochen und geübt. Ziel ist, Gefühle in ihren Bedeutungen und Auswirkungen verstehen und akzeptieren zu lernen. Das Vertrauen in die eigene Gefühlswelt soll erhöht werden.

Im Programmpunkt 'Stresstoleranz' lernen die PatientInnen, Krisen auszuhalten und Spannung zu reduzieren durch Techniken wie: sich durch starke sensorische Reize ablenken (z.B. Eiswürfel), durch verschiedene Techniken wie 'den Augenblick verbessern', 'Pro und Contra' (welche Argumente sprechen für selbstverletzendes Verhalten, welche dagegen), 'Akzeptieren der Realität', Atemübungen, 'leichtes Lächeln' und Achtsamkeitsübungen. Ein weiteres Ziel ist, zu lernen, unangenehme Ereignisse und Gefühle zu ertragen, wenn sich die Situation nicht verändern lässt.

Die PatientInnen werden angeleitet, sich einen individuellen Notfallkoffer einzurichten, in dem wichtige Utensilien für Stresstoleranz-Fertigkeiten aufbewahrt werden. Kärtchen, auf denen die hilfreichsten Fertigkeiten eingetragen sind, sollten die PatientInnen bei sich tragen. Die PatientInnen erhalten außerdem Formulare, auf denen die gelernten Fertigkeiten eingetragen sind und protokollieren, welche Fertigkeiten sie mit welchem Erfolg geübt haben.

Wenn die PatientInnen vier mal hintereinander fehlen bzw. die Hälfte der Sitzungen in drei Monaten versäumen, werden sie bei uns von der Therapie ausgeschlossen.

4.3 Telefonkontakt

PatientInnen können in suizidalen Krisen oder bevor sie sich selbst verletzen, ihre Therapeuten anrufen. Die telefonische Erreichbarkeit muss mit den Therapeuten vorher geklärt werden und richtet sich auch nach den Grenzen des Therapeuten. Die Telefongespräche sollen nach bestimmten Regeln ablaufen. Die Patientin berichtet, warum sie sich in einer Krise befindet und welche Fertigkeiten sie bereits ausprobiert hat. Beide besprechen Fertigkeiten, die die Patientin dann ein-

setzen soll. Dazu ist es hilfreich, wenn die Patientin gelernte Fertigkeiten benennen kann.

Verletzt sich die Patientin selbst oder begeht sie einen Suizidversuch, sollte dies nicht durch vermehrte Zuwendung verstärkt werden, was nicht leicht zu realisieren ist. Ziel ist, dass die PatientInnen im nachhinein Verhaltensanalysen dieser Situationen anfertigen.

4.4 Intervision und Supervision

Die Einzel- und die Gruppentherapeuten treffen sich monatlich, um sich über die gemeinsamen PatientInnen auszutauschen und sich gegenseitig zu beraten. Spontane Absprachen sind relativ leicht möglich, z. T. durch Arbeit unter einem Dach. Alle Gruppensitzungen werden per Video aufgezeichnet. Vierwöchentlich findet eine Intervision statt. Außerdem gibt es mehrmals im Jahr ganztägige externe Supervisionen. An der TU Darmstadt wird eine Evaluation des Projekts durchgeführt.

5. Welche Elemente von DBT sind zwingend notwendig?

Die DBT ist nicht ohne Grund als Therapie im Team konzipiert. Sie entfaltet dort ihre volle Effizienz. So etwa, wenn eine Patientin einen Therapeuten ablehnt, gibt es immer noch zwei andere, die weiter mit der PatientIn arbeiten können. So hatte in unserem PatientInnenkollektiv etwa eine Patientin mit einem der Therapeuten im Fertigkeitentraining ihre Probleme; sie fand ihn zu oberlehrerhaft. Außerdem hatte sie panische Angst davor, dass ihr Haare ausfielen, was ihr den Therapeuten mit der 'lichten Frisur' nicht gerade sympathischer machte. Aber sie konnte ganz gut mit dem zweiten Therapeuten, wenigsten in der überwiegenden Anzahl der Sitzungen. So konnte sie das Fertigkeitentraining durchhalten. Diese Patientin wäre möglicherweise in einem Einzelsetting gescheitert.

Auch für die Therapeuten verteilt sich die Last, wenn Kollegen im Team mit behandeln. Durch die Therapie im Team existiert schon eine kleine Intervisionsgruppe. Möglicherweise ist auch unsere geringe Abbrecherquote (derzeit unter 16%) mit auf die Therapie im Team zurück zu führen.

Aber wie baut man ein Netzwerk auf? In Workshops zur 'Vernetzung von Niedergelassenen Kollegen zu einem ambulanten DBT-Netzwerk' empfehlen wir immer, in erster Linie Kollegen anzusprechen, mit denen man sowieso schon zusammen arbeitet. Dies können bereits bestehende Intervisionsgruppen, Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen in Verbänden, Praxisgemeinschaften usw. sein. Manchmal arbeiten Ärzte bereits eng mit bestimmten Psychologen zusammen oder umgekehrt; auch hier könnte eine Keimzelle für ein Netzwerk liegen. Wichtig scheint zu sein, dass man die Arbeit mit BPS als Herausforderung sieht und dass man gerne mit Kollegen zusammen arbeitet. Da

man sich in einem DBT-Netzwerk auch mit seinen Schwächen zeigen muss, kann man DBT nicht mit Kollegen machen, die man nicht mag. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist es an der Zeit die Kollegen mit der DBT vertraut zu machen. Dazu eignen sich Übersichtsartikel, wie z.B. Bohus und Berger (1996) oder Gunia et al. (2000). Daran könnte sich dann eine Fortbildung über DBT in Freiburg anschließen oder noch besser; man holt einen Freiburger Trainer zu sich in die Region. Damit ist ein wichtiger Grundstein gelegt. Fehlt nur noch die Finanzierung (vgl. Gunia et al., 2000). Falls eine Sonderfinanzierung außerhalb der Richtlinienverfahren scheitert, könnte eine Zusammenarbeit mit Institutsambulanzen oder Sozialpsychiatrischen Vereinen erwogen werden, die das Fertigkeitentraining übernehmen können. Wir haben zwar die Erfahrung gemacht, dass es günstig ist, schon einmal sowohl als Einzeltherapeut als auch als Fertigkeitentrainer gearbeitet zu haben, da man die Probleme des jeweilig Anderen dann besser kennt und besser in die eigene Arbeit einbauen kann. Aber eine Ausgliederung des Fertigkeitentrainings scheint immer noch besser als ein gänzlicher Verzicht darauf.

Nun gibt es Kollegen, die in dünn besiedelten Gebieten zu weite Anfahrtswege in Kauf nehmen müssten, keine Kollegen zu einer Vernetzung motivieren können, oder die PatientInnen behandeln, die nicht gruppenfähig sind (niedrig Intelligente, dissoziale Männer, sozialphobische PatientInnen usw.). M. Linehan (1996) schlägt hier vor, entweder mit einem Kollegen zusammen zu arbeiten, der dann nur ein Einzelfertigkeitentraining anbietet. Falls sich auch ein solcher Kollege nicht finden lässt, schlägt sie vor, Einzeltherapie und Fertigkeitentraining zeitlich zu trennen. Zum Beispiel könnte eine Sitzung zu einem festgelegten Zeitpunkt und einmal pro Woche nur der Fertigkeitenvermittlung dienen und eine Sitzung zu einem festgelegten anderen Zeitpunkt, möglicherweise auch in einem anderen Raum, der Einzeltherapie und damit der Aktivierung der im Fertigkeitentraining gelernten Fertigkeiten. Andernfalls sieht sie die Gefahr, dass der Therapeut sich verführen lässt, nur Krisen zu behandeln (das Lernen von Fertigkeiten käme zu kurz). Eine andere Gefahr könnte darin liegen, im Fertigkeitentraining zu wenig direktiv zu sein.

Außer ausreichend Therapieerfahrung und Erfahrung in der Behandlung von BPS ist sicherlich eine DBT-Ausbildung zwingend notwendig. Verhaltenstherapeuten werfen oft ein, dass DBT ja genuin verhaltenstherapeutisch sei und dass man das ja schon immer so gemacht habe. Dem möchten wir entgegenhalten, dass ein unverzichtbarer Teil von DBT in der Balance von Validierung und Veränderung liegt. Verhaltenstherapeuten gelten als 'Veränderungsspezialisten', tiefenpsychologisch ausgebildete Therapeuten als 'Verstehensspezialisten'. Beide sollten das jeweilig andere lernen: Verhaltenstherapeuten zu verstehen und zu validieren, humanistisch oder tiefenpsychologisch Ausgebildete Kontingenzen zu setzen (d.h. funktionales Verhalten belohnen und dysfunktionales Verhalten löschen).

Mit *Validierung* meint Linehan (Comtois et al, 2000), 'Zuhören und Wahrnehmen', 'genaue Wiedergabe', 'Artikulation des Unausgesprochen' (Gefühle, Gedanken und Wertvorstellungen, die nicht direkt geäußert wurden), 'Bestätigung bezogen auf zugrundeliegende Tatsachen' (Annahme,

das alle Verhaltensweisen auf reale Ereignisse zurückführbar und somit prinzipiell verstehbar sind), 'Bestätigung bezogen auf die aktuelle Situation und auf normale Verhaltensweisen' (Mitteilung, dass ein bestimmter Gedanke, ein bestimmtes Gefühl oder eine bestimmten Handlung vor dem Hintergrund der aktuellen Situation verständlich sind), 'radikale Echtheit' (Therapeut verhält sich so, als ob die PatientInnen alle Potentiale zur Veränderung in sich haben und lediglich eine Unterstützung bei der Problembewältigung benötigen). Der Therapeut tritt der Patientin gegenüber respektvoll, verständnisvoll und gleichberechtigt auf. In einigen dieser Prinzipien ist unschwer die Haltung der Gesprächspsychotherapie zu erkennen.

Das zweite Prinzip besteht in dem Erkennen und dem reflektierten Umgang mit *Kontingenzen*. D.h. zu erkennen, dass unsere Reaktion wiederum im Sinne einer Feedbackschleife in das Verhalten von Borderline-PatientInnen eingreift. So könnten wir etwa die Suizidneigung von Betroffenen eher verstärken, wenn wir nach jedem Suizidversuch und nach jeder Selbstverletzung sehr aufmerksam sind und viel mit den Betroffenen reden. Kontingenzmanagement könnte hier bedeuten, nach einem Suizidversuch nicht viel reden, sondern das Notwendige zur Wundversorgung veranlassen, das Geschehene vielmehr einige Tage später mit einer Verhaltensanalyse bearbeiten und alternative Lösungsmöglichkeiten suchen und finden. Das klingt für manche Kollegen sehr befremdlich, wird aber in der Regel von den PatientInnen gut akzeptiert (wenn es vorher so besprochen wurde) und führt in Kombination mit anderen Strategien zu einer Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens. Vor einem Suizidversuch versuchen wir allerdings einiges, um ihn zu verhindern (siehe Telefonkontakte).

6. Erste Ergebnisse der Evaluation

Zur Evaluation des Therapie-Projekts konnte Dr. Friedrich vom Institut für Psychologie an der TU Darmstadt gewonnen werden. In der hier vorgestellten ersten Auswertung interessierte uns vor allem, ob PatientInnen die Fertigkeiten tatsächlich anwenden und ob sie bei der Lösung von Problemen helfen.

6.1 Prozedur

Zur Überprüfung der Frage, ob denn die gelernten Fertigkeiten tatsächlich in kritischen Situationen helfen, wurden die von den PatientInnen vor jedem Fertigkeitentraining ausgefüllten 'Wochenrückblicke' herangezogen.

Dort wird abgefragt, ob sie in der letzten Woche unangenehme Stimmungsschwankungen und quälende Spannungszustände hatten, unter schwer lösbaren zwischenmenschlichen Konflikten litten, oder sich nicht spüren konnten. Außer nach der Häufigkeit dieser Situationen wird gefragt, ob

sie in diesen Momenten Fertigkeiten angewendet haben und ob und in welchen Maße diese Fertigkeiten bei der Bewältigung der Probleme geholfen haben. Des Weiteren wird in diesem Bogen nach Abusus von Alkohol, Drogen und Medikamenten, nach Selbstverletzungen und Suizidendenzen gefragt.

Im Zentrum der folgenden Auswertung steht die vorletzte Zeile jedes Fragenblocks (siehe Abb. 1 als Beispiel). Die 3 Items in der Zeile enthalten zentrale Informationen über die Fertigkeitenanwendung. Es wird zuerst angekreuzt, ob eine Fertigkeit angewendet wurde, dann wird eingetragen, welche es war und schließlich wird dort angekreuzt, ob die Fertigkeitenanwendung geholfen hat, etwas geholfen hat, oder nicht geholfen hat.

In der letzten Woche...

... hatte ich unangenehm starke Stimmungsschwankungen

Nein, gar nicht Ja, an einem Tag Ja, an manchen Tagen Ja, an den meisten Tagen Ja, an allen Tagen

Kreuzen Sie im folgenden alle auf Sie (in der letzten Woche) zutreffenden Aussagen an:

- Es gab keine Ereignisse, die zu Stimmungsschwankungen führten
- Ich konnte im Vorfeld verhindern, daß sich Stimmungsschwankungen entwickelten Wie?
- Ich fühlte mich den Stimmungsschwankungen hilflos ausgeliefert stark mittel etwas
- Ich konnte verstehen, wie es dazu kam
- Ich habe Drogen, Alkohol oder Medikamente genommen wegen der Stimmungsschwankungen
- Ich habe mich selbst verletzt wegen der Stimmungsschwankungen
- Ich konnte die Stimmungsschwankungen aktiv in den Griff bekommen Wie?
- Ich habe eine Fertigkeit angewendet Welche? Hat sie geholfen? Ja Etwas Nein
- Ich bin zufrieden, wie ich mit diesem Stimmungsschwankungen umging

Abb. 1: Der erste Fragenblock aus dem 'Wochenrückblick', einem Fragebogen der o. a. Evaluation. An die komplexe Fragestruktur gewöhnen sich die KlientInnen beim wöchentlichen Ausfüllen.

6.2 Soziodemographische und anamnestische Daten

Ausgewertet wurden 1052 Wochenrückblicke von Oktober 1999 bis Januar 2001. Einbezogen waren alle PatientInnen, die in dieser Zeit an den Fertigkeitentrainings teilnahmen. Da sich der Pool dieser PatientInnen sowohl aus AnfängerInnen als auch aus PatientInnen zusammensetzte, die schon längere Zeit am Fertigkeitentraining teilnahmen, handelt es sich bei dieser Auswertung

um eine konservative Schätzung der Effizienz von Fertigkeiten. Es wird angekommen, dass die AnfängerInnen im Fertigkeitentraining, mit ihren 'schlechteren' Werten die Effizienzmaße negativ beeinflussten.

Die nun folgenden soziodemographischen und anamnestischen Informationen wurden aus einem weiteren Evaluationsinstrument entnommen, dem ‚Datenblatt Therapiebeginn‘. Die Einzeltherapeuten füllen es bei Aufnahme einer neuen Klientin in das DBT Netzwerk aus. Insgesamt stammten die Wochenrückblicke von N= 61 KlientInnen. Für 56 von ihnen lagen uns die ‚Datenblätter‘ vor (92%), die aber nicht immer lückenlos ausgefüllt waren. Für einzelne Informationen sank dadurch die Ausschöpfungsquote, im ungünstigsten Fall auf 68%. Die Repräsentativität für unsere Stichprobe halten wir dennoch für gewährleistet, zumal einige Unterschiede zu den PatientInnen anderer Therapiestudien recht deutlich sind.

Die DBT-KlientInnen waren im Mittel 34,5 Jahre alt. Die älteste war 58, die jüngste 20. Anders als in den meisten kontrollierten (universitären) DBT Therapiestudien sind Männer im Darmstädter Netzwerk nicht von vorneherein ausgeschlossen. Immerhin fast ein Fünftel (18%) war männlich.

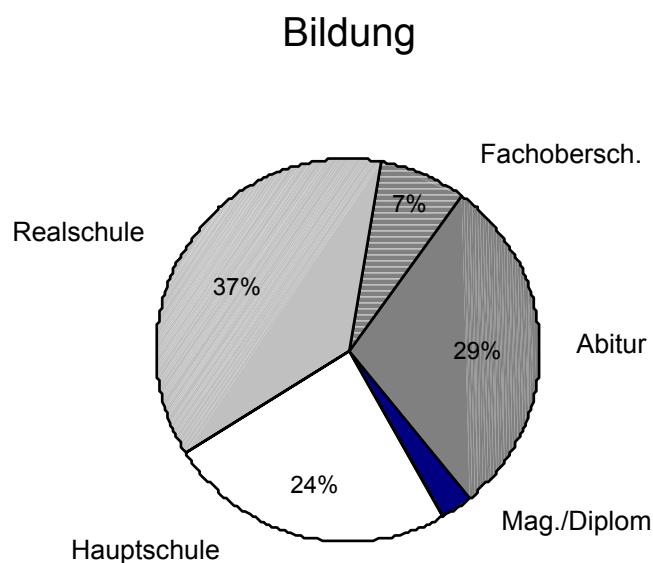


Abb. 2: Das Ausmaß an Schulbildung war in unserem Klientel breit gestreut. Ein Viertel (24%) hatte nur Hauptschulabschluss, 37% absolvierten die Realschule, weitere 37% erlangten die Hochschulreife, eine Klientin war diplomiert.

Zum Familienstand der WR-Ausfüllerinnen: sie waren zu 58% ledig, zu 33% verheiratet und zu 9% geschieden bzw. getrennt. Immerhin 30% der KlientInnen hatten 1–2 Kinder (21% 2 Kinder), zwei Drittel waren hingegen kinderlos.

Fast die Hälfte der KlientInnen (43%) wohnte allein. Mit dem Partner zusammen wohnten 42%, 14% mit Angehörigen oder Bekannten. Berufstätig waren 31%, die Hälfte davon arbeitete Teilzeit.

15% gaben an, hauptsächlich Hausfrau zu sein. Krankgeschrieben waren zu Therapiebeginn 13%, im Studium waren 21 % eingeschrieben und 20% gaben an, von fremdem Unterhalt zu leben.

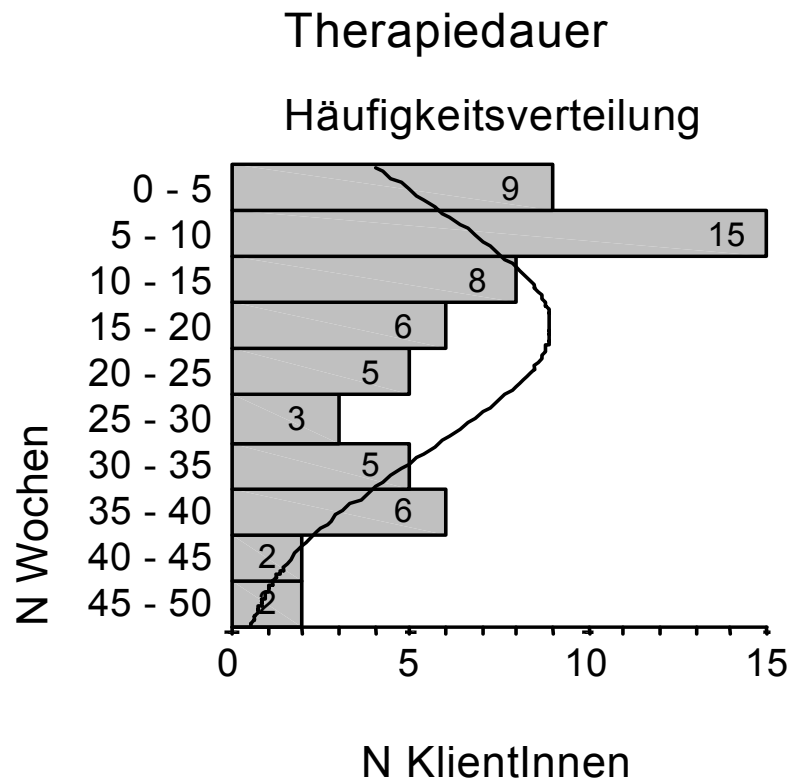


Abb. 3: Die gesammelten Wochenrückblicke der 61 KlientInnen stammen aus allen Therapiephasen zwischen der ersten und der fünfzigsten Sitzung. Die Therapiedauer betrug (zum Ausfüllzeitpunkt) im Mittel 18 Sitzungen. Der Abb. ist zu entnehmen, dass Wochenrückblicke anfänglicher Therapiewochen etwas häufiger vertreten sind als die fortgeschrittener Sitzungen.

Auch KlientInnen ohne akute Selbstverletzungen können an unserer ambulanten DBT teilnehmen, und das waren immerhin 28% von allen. Die durchschnittliche Darmstädter Klientin verletzte sich eher ‚ab u. zu‘ (Median). Allerdings war auch ein knappes Fünftel der Klientel (19%) zu Therapiebeginn wöchentlich oder häufiger selbstverletzend.

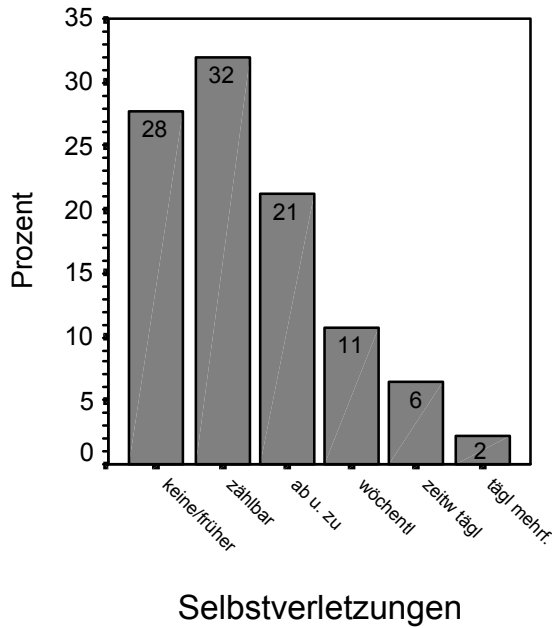


Abb. 4: Die prozentuale Häufigkeit von Selbstverletzungen unterschiedlichen Ausmaßes.

Mehr als die Hälfte der KlientInnen (55%) hatten noch keinen Suizid versucht. Andererseits hatten 21% bereits 4 oder mehr Suizidversuche überlebt. Im statistischen Durchschnitt waren $M=1,43$ ($Sd=1,97$) Suizidversuche pro Klientin erfolgt.

Fast alle KlientInnen (89%) waren wegen BPS bereits stationär gewesen, nur 11% noch nicht. Jeweils 23% waren 1 bzw. 2 mal stationär aufgenommen worden, 16% drei mal, und 23% noch häufiger. Im Mittel pro Klientin waren $M=3,23$ ($Sd=3,7$) stationäre Aufnahmen erfolgt.

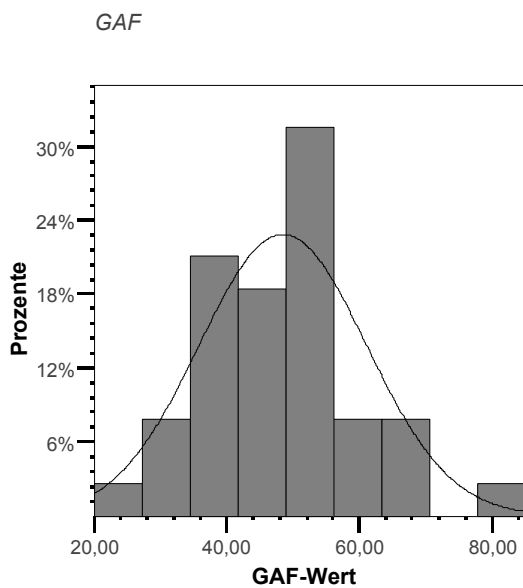


Abb. 5: Die Verteilung der Werte auf der Beurteilerskala ‚Global Assessment of Functioning‘ zu Therapiebeginn.

Die Werte auf der Beurteilerskala des ‚Global Assessment of Functioning‘, kurz GAF lagen zu Therapiebeginn zwischen 20 und 80, der Mittelwert betrug 48,5 (Sd= 12,6), die mittleren 50% der Verteilung lagen zwischen den GAF Werten 35 und 55 (vergleiche Abb.5).

6.3 Der Fertigkeiten-Einsatz und sein Nutzen

Insgesamt wurden 965 Nennungen eines Fertigkeitseinsatzes gezählt. Der Übersichtlichkeit halber werden in den folgenden Tabellen nur Fertigkeiten oder übergeordnete Fertigkeits-Kategorien aufgeführt, die mehr als 10 mal genannt wurden, also mindestens 1% der Nennungen ausmachten. In Tabelle 1 werden die Fertigkeiten genannt, die von den PatientInnen als hilfreich empfunden werden.

Tabelle 1: Fertigkeiten, die als hilfreich empfunden wurden, und zwar mehr als 10 mal.

<u>Fertigkeit war hilfreich</u>	<u>Häufigkeit der Nennungen > 10</u>
Ablenken	80
Achtsamkeit	75
Atemübungen	28
Radikales Akzeptieren	19
Aktivitäten	19
Entspannungsübungen	17
Konzentration auf den Augenblick	15
Leichtes Lächeln	13
Gefühle annehmen	12
Wahrnehmen	11
Dem Gefühl entgegengesetzt handeln	10

Insgesamt gab es auch 129 Nennungen von Fertigkeiten, die nicht geholfen hatten. In Tabelle 2 sind die als nicht hilfreich genannten Fertigkeiten aufgelistet, die mehr als 10 mal genannt wurden.

Natürlich kann eine Fertigkeit von einigen KlientInnen als nutzlos und von anderen KlientInnen als hilfreich erlebt werden. Leichtes Lächeln taucht als einzige Fertigkeit in beiden Tabellen auf. Sie wurde demnach zwar 13 mal als hilfreich empfunden, aber fast 3 mal so häufig als nicht hilfreich empfunden.

Tabelle 2: Fertigkeiten, die als nicht hilfreich empfunden wurden.

<u>Fertigkeit war nutzlos</u>	<u>Häufigkeiten der Nennungen > 10</u>
Leichtes Lächeln	34
Vergleichen	31
Atemübungen	11
Radikales Akzeptieren	11

Fertigkeiten bei schwer lösbaren Konflikten

In 596 Wochenrückblicken (WR) wurde von schwer lösbaren Konflikten berichtet (57% aller WR). 206 mal wurde eine Fertigkeit zur Konfliktlösung angewendet, also bei 35% der Fälle. Diese Fertigkeiten halfen dann in 29% der Fälle, bei 50% etwas und nur in 21% der Fälle nicht (vergleiche Abb. 6).

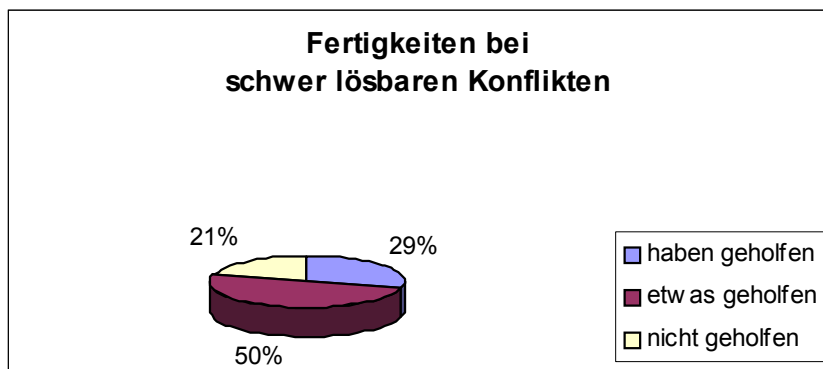


Abb. 6: Effekte des Fertigkeiteneinsatzes bei schwer lösbaren Konflikten. In 57% der Wochenrückblicke wurden schwer lösbare Konflikte berichtet; In 35% der WR wurden Fertigkeiten angewendet

Vergleicht man die Anzahl der Versuche, in denen die Anwendung der Fertigkeiten nicht geholfen hat, mit der Anzahl der Fälle, in denen die Anwendung der Fertigkeiten bei schwer lösbaren Konflikten wenigstens etwas geholfen hat, mittels Chi-Quadrat-Test, so ist der Unterschied bei einem Chi-Quadrat von 69,903 und 1 Freiheitsgrad bei $p < 0.01$ sehr signifikant. Der Fertigkeiteneinsatz bei Konflikten lohnte sich also. In Tabelle 3 sind die wesentlichen Fertigkeiten aufgelistet, die bei schwer lösbaren Konflikten geholfen haben.

Tabelle 3: Fertigkeiten, die bei der Lösung von Konflikten mindestens etwas geholfen haben.

Fertigkeiten	Häufigkeiten der Nennungen > 10
Beziehungseffektivität	27
Ablenken	24
Selbstachtungseffektivität	23
Zieleffektivität	19
Radikales Akzeptieren	15
Achtsamkeit	13
Wahrnehmen	13
Positive Erfahrungen machen	12
Dem Gefühl entgegen gesetzt handeln	11
Beschreiben	10

Fertigkeiten bei Stimmungsschwankungen

In 784 WR (75% aller WR) wurde über starke Stimmungsschwankungen in der letzten Woche berichtet. 342 mal wurde eine Fertigkeit zur Nivellierung der Stimmungsschwankungen eingesetzt, also in 44% der Fälle. Der Fertigkeiteneinsatz half in 30% dieser Fälle, in 59% half er etwas. Fertigkeiteneinsatz war also zu 89% nutzbringend, nur in 11% half er nicht (vgl. Abb. 7). In Tabelle 4 sind die Fertigkeiten aufgelistet, die bei Stimmungsschwankungen geholfen haben.

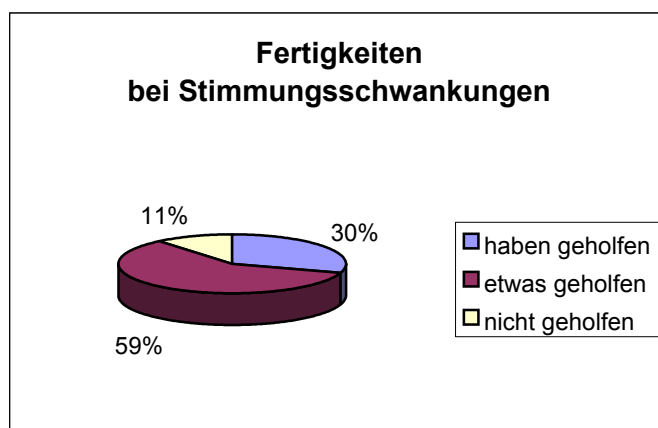


Abb. 7: Effekte des Fertigkeiteneinsatzes bei Stimmungsschwankungen. In 75% der Wochenrückblicke wurden Stimmungsschwankungen berichtet; In 44% dieser Fälle wurden Fertigkeiten angewendet.

Vergleicht man die Anzahl der Versuche, in denen die Anwendung der Fertigkeiten nicht geholfen hat, mit der Anzahl der Versuche, in denen die Anwendung der Fertigkeiten bei Stimmungsschwankungen wenigstens etwas geholfen hat mittels Chi-Quadrat-Test, so ist der Unterschied bei einem Chi-Quadrat Wert von 206,89 und 1 Freiheitsgrad bei $p < 0.01$ sehr signifikant.

Tabelle 4: Fertigkeiten, die bei Stimmungsschwankungen ‚geholfen‘ oder ‚etwas geholfen‘ haben.

Fertigkeiten	Häufigkeiten der Nennungen > 10
Ablenken	66
Achtsamkeit	31
Radikales Akzeptieren	30
Sport	24
Beziehungseffektivität	23
Positive Erfahrungen schaffen	21
Dem Gefühl entgegen gesetzt handeln	20
Nicht bewerten	19
Atemübungen	18
Stresstoleranz	13
Wahrnehmen	13
Den Augenblick verändern	12
Selbstachtungseffektivität	12
Die Verwundbarkeit verringern	12
Musik hören/ lesen/ Fernsehen	11
Zieleffektivität	10

Fertigkeiten bei Spannungszuständen

In 751 WR (71% aller WR) wurden quälende Spannungszustände berichtet. 303 mal (in 40% der Fälle) wurde mindestens eine Fertigkeit angewendet. Die Fertigkeiten haben in 27% der Fälle geholfen, in 61% etwas geholfen. Fertigkeiteneinsatz war also zu 88% nutzbringend, nur bei 12% hatte er nicht geholfen (vgl. Abb. 8).

Vergleicht man die Anzahl der Versuche, in denen die Anwendung der Fertigkeiten nicht geholfen hat, mit der Anzahl der Versuche, in denen die Anwendung der Fertigkeiten bei quälenden Spannungszuständen wenigstens etwas geholfen hat, mit dem Chi-Quadrat-Test, so ist der Unterschied bei einem Chi-Quadrat von 176,109 und 1 df bei $p < 0.01$ sehr signifikant. In Tabelle 5 sind die Fertigkeiten aufgelistet, die bei Spannungszuständen tatsächlich geholfen haben.

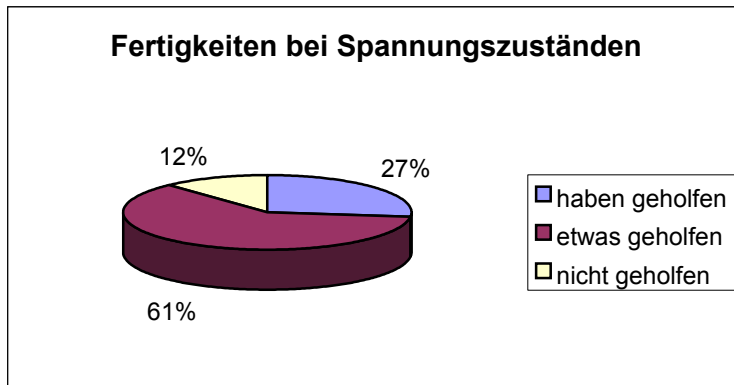


Abb. 8: Effekte des Fertigkeiteneinsatzes bei Spannungszuständen. In 71% der Wochenrückblicke wurden Spannungszustände berichtet; In 40% der Fälle wurden Fertigkeiten angewendet.

Tabelle 5: Fertigkeiten, die bei Spannungszuständen wenigsten etwas geholfen haben.

<u>Fertigkeiten</u>	<u>Häufigkeiten der Nennungen > 10</u>
Ablenken	62
Sich beruhigen	35
Dem Gefühl entgegen gesetzt handeln	32
Achtsamkeit	29
Sport	29
Teilnehmen	28
Konzentriert sein	27
Den Augenblick verändern	24
Radikales Akzeptieren	22
Atemübungen	19
Wahrnehmen	15
Positive Erfahrungen schaffen	15
Nicht bewerten	15
Zieleffektivität	14
Beziehungseffektivität	12
Stresstoleranz	11
Baden/ Duschen	11
Selbstdisziplin	10

Fertigkeiten bei 'sich-nicht-spüren-können'

In 476 der WR (45% der WR) berichteten PatientInnen, dass sie mindestens einmal in der letz-

ten Woche sich nicht spüren konnten. 114 mal (24% der Fälle) wurden mindestens eine Fertigkeit eingesetzt. Die Fertigkeiten haben in 19% dieser Fälle geholfen, in 62% etwas geholfen und in 19% nicht geholfen (vgl. Abb. 9). In Tabelle 6 sind die Fertigkeiten aufgelistet, die bei 'sich nicht spüren können' tatsächlich geholfen haben.

Vergleicht man die Anzahl der Versuche, in denen die Anwendung der Fertigkeiten nicht geholfen hat, mit der Anzahl der Versuche, in denen die Anwendung der Fertigkeiten bei 'sich nicht spüren können' wenigstens etwas geholfen hat mit dem Chi-Quadrat-Test, so ist der Unterschied bei einem Chi-Quadrat Wert von 42,982 und 1 Freiheitsgrad bei $p < 0.01$ sehr signifikant .

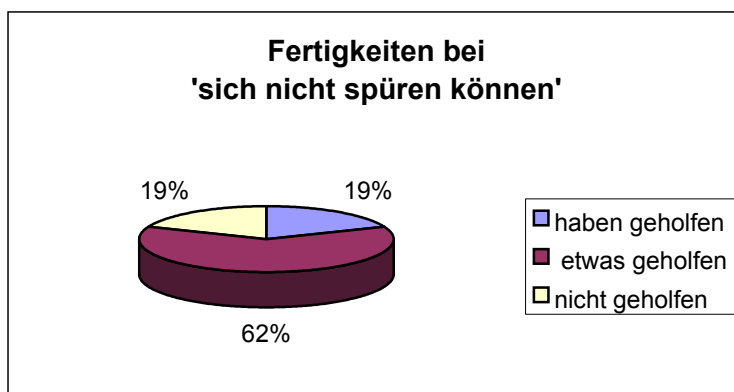


Abb. 9: Effekte des Fertigkeiteneinsatzes bei 'sich nicht spüren können'; In 45% der Wochenrückblicke wurde 'sich nicht spüren können' berichtet; In 24% dieser Fälle wurden Fertigkeiten angewendet.

Tabelle 6: Fertigkeiten, die bei 'sich-nicht-spüren-können' wenigstens etwas geholfen haben.

Fertigkeiten	Häufigkeiten der Nennungen > 10
Wahrnehmen	15
Körperpflege/ Baden/ Eincremen	10

Fertigkeiten im Vergleich

Die Ergebnisse zeigen, dass die Probleme auf Wochenbasis recht unterschiedlich häufig genannt wurden. Am häufigsten wurden Stimmungsschwankungen genannt (in 75% der WR), am zweithäufigsten Spannungszustände (in 71% der WR), am dritthäufigsten schwer lösbare Konflikte (in 57% der WR) und am vierthäufigsten 'sich-nicht-spüren-können' (in 45% der WR). Die prozentuale Häufigkeit der Fertigkeitenanwendung variiert mit der Art des Problems. Am häufigsten wurden Fertigkeiten bei Stimmungsschwankungen angewendet (44% der WR mit Stimmungsschwan-

kungen), am zweithäufigsten bei Spannungszuständen (40% der entsprechenden WR), am dritthäufigsten bei Konflikten (35%) und am seltensten bei 'sich-nicht-spüren-können' (24%). Der Fertigkeiteneinsatz hat am meisten in den Problembereichen Spannungszustände (88% der Fälle) und Stimmungsschwankungen (89%) geholfen. In den Problembereichen 'schwer lösbare Konflikte' und 'sich-nicht-spüren-können' war die Effizienz mit 79% bzw. 81% nicht ganz so gut. Wurden Fertigkeiten angewendet, so halfen sie sehr signifikant häufiger als dass sie nicht halfen.

In Tabelle 7 sind Fertigkeiten problem-übergreifend aufgelistet, deren Anwendung trotz des Versuchs häufig nicht gelungen war.

Tabelle 7: Fertigkeiten, deren Anwendung trotz Versuch häufig nicht gelungen ist.

Fertigkeiten	Häufigkeiten der Nennungen > 10
Radikales Akzeptieren	31
Achtsamkeit	21
Nicht Bewerten	19
Atemübungen	18
Bewusster Umgang mit Gefühlen	14
Leichtes Lächeln	12
Konzentration auf den Augenblick	11
Wahrnehmen	10

Zwei Probleme bei der Anwendung von Fertigkeiten wurden häufiger genannt, nämlich: sich nicht mit der Situation abfinden können beim ‚radikalen Akzeptieren‘ und Angst vor Panikattacken bei den ‚Atemübungen‘.

Tabelle 8: Interkorrelationen der Reihenfolgen gemeinsam genannter Fertigkeiten

	Stimmungsschwankungen	Schwer lösbare Konflikte	Spannungszustände	Sich nicht spüren können
Stimmungsschwankungen		.767	.635	.210
Schwer lösbare Konflikte			.658	.163
Spannungszustände				.132

Da in den vier Problembereichen häufig gleiche Fertigkeiten genannt wurden (die Anzahl gleicher Nennungen variierte zwischen 15 und 20), haben wir über die jeweils in zwei Problembereichen gemeinsam genannten Fertigkeiten Rangkorrelationen gerechnet. Eine hohe Korrelation zwischen zwei Häufigkeitsrangfolgen bedeutet, dass es eine Präferenz für bestimmte Fertigkeiten über beide Problembereiche hinweg gibt. In Tabelle 8 ist die Interkorrelationsmatrix dargestellt. Diese Interkorrelationen sind um so bedeutsamer, je

größer der Anteil der gemeinsam angewendeten Fertigkeiten am Gesamt ist. In Tabelle 9 sind deshalb die prozentualen Anteile der über die verglichenen Problembereiche hinweg angewendeten Fertigkeiten an allen angewendeten Fertigkeiten aufgelistet.

Tabelle 9: Anteil der Fertigkeiten in %, die in beiden von jeweils zwei miteinander verglichenen Problembereichen genannt werden, an allen in beiden Problembereichen genannten Fertigkeiten.

	Stimmungsschwankungen	Schwer lösbare Konflikte	Spannungszustände	Sich nicht spüren können
Stimmungsschwankungen		71%	81%	68%
Schwer lösbare Konflikte			96%	63%
Spannungszustände				75%

7. Diskussion der Ergebnisse

Offensichtlich treten die vier Problembereiche unterschiedlich häufig auf. Am häufigsten werden Stimmungsschwankungen und Spannungszustände genannt, was gut mit den von Linehan (1991) hervorgehobenen Aspekten der BPS übereinstimmt. In diesen beiden Problembereichen werden auch am häufigsten Fertigkeiten eingesetzt. Sie helfen in diesen beiden Bereichen offensichtlich auch am besten.

Aufgrund der Ergebnisse kann man den Schluss ziehen, dass wenn Fertigkeiten zur Problembewältigung eingesetzt werden, diese meistens auch helfen. Betrachtet man die Rangfolgen der Häufigkeiten der angewendeten Fertigkeiten, so ergibt sich, dass die PatientInnen in den drei Problembereichen Spannungszustände, schwer lösbare Konflikte und Stimmungsschwankungen gleiche Fertigkeiten in etwa gleicher Priorität anwenden. Die Häufigkeits-Rangfolgen der Fertigtenanwendung in diesen drei Problembereichen zeigte geringere Korrelationen zu den entsprechenden Fertigkeiten im Problembereich ‚sich nicht spüren können‘. Zusammen mit den geringeren Prozentwerten in Tabelle 9 spricht das dafür, dass dieser Problembereich andere Fertigkeiten erfordert. Obwohl die PatientInnen in verschiedenen Problembereichen häufig die gleichen Fertigkeiten anwenden (vgl. Tabelle 9), sind sie jedoch durchaus auch in der Lage, diese differenziert anzuwenden.

Zu Problemen bei der Fertigkeitenanwendung: Tabelle 7 kann auf verschiedene Weise interpretiert werden. Einerseits gibt sie Aufschluss darüber, wie schwierig es ist, die jeweiligen Fertigkeiten zu verstehen und anzuwenden. In dieser Hinsicht stimmt sie recht gut mit unserer praktischen Erfahrung überein. Die Gründe für die Schwierigkeiten sind verschieden. Atemübungen sind z. B. leicht zu verstehen, werden aber von manchen PatientInnen von vornherein abgelehnt, weil sie eine öffentliche Thematisierung des Körpers und damit Scham oder Emotionalisierung fürchten.

„Radikales Akzeptieren der Realität“ andererseits ist eher schwer verständlich. Schon die Bezeichnung hat sich als ausgesprochen anfällig für Missverständnisse gezeigt. Für viele PatientInnen ist die Formulierung aversiv, weil sie mit „Akzeptieren“ eine positive Bewertung oder eine Kapitulation verbinden. Andererseits bietet die DBT gerade mit dieser Fertigkeit eine wesentliche Hilfestellung zur Vermeidung von sinnlosem und potentiell destruktivem emotionalem Engagement. Bei den Atemübungen sind daher wiederholte entängstigende Annäherungen angebracht, bei der Fertigkeit des Akzeptierens ausführliche Diskussionen. Solche Fertigkeiten können somit eher von therapieerfahrenen PatientInnen erfolgreich eingesetzt werden. Ihr schlechtes Abschneiden in unserer Untersuchung kann also auch darauf zurückzuführen sein, dass in unserem Kollektiv zahlreiche Therapieanfängerinnen erfasst wurden.

Wenn man bedenkt, dass die Auszählung der WR eine konservative Schätzung der Effizienz darstellt, da nicht zwischen Programmeinsteigern und ‘alten Hasen’ differenziert wird, sind die Ergebnisse insgesamt durchaus ermutigend. Die therapeutische Kunst besteht dennoch darin, die PatientInnen zu motivieren, die in den Fertigkeitentrainings gelernten Fertigkeiten tatsächlich auch anzuwenden.

8. Zur Problematik des Übens

Die DBT geht stärker als alle anderen Therapieformen davon aus, dass psychische Veränderungen auf ständiges Üben angewiesen sind. Die Fertigkeiten, die im Mittelpunkt des Übens stehen, sind auf die BPS zugeschnitten. Sie sollen einerseits Symptome abbauen und sind andererseits präventiv orientiert. Im Sinne der Prävention wird eine Art Lebenskunst angestrebt. Bereits in alltäglichen Situationen soll ein realistischer, achtsamer Umgang mit der Umwelt und sich selbst erlernt werden, der die Entwicklung von Spannungszuständen und Krisen verhindern kann. Das gilt auch in der therapeutischen Situation: Für die therapeutische Beziehung hat das Üben eine sinn- und kontinuierkeitsstiftende sowie eine entlastende Funktion. Mit dem (letztlich gemeinsamen und partnerschaftlichen) Üben wird etwas Drittes in die professionellen Beziehungen eingeführt, dass sie versachlicht, schützt und egalisiert.

Die referierten Ergebnisse zeigen, dass die Fertigkeiten bei Spannungszuständen hilfreich sind, sofern sie denn angewandt werden. Sie zeigen aber auch, dass unsere PatientInnen in dieser Hinsicht das Potential dieser Therapieform nicht ausschöpfen. Dies entspricht unserem klinischen Eindruck. Die Bereitschaft zu üben ist sehr unterschiedlich, von fast völlig fehlend bis (zu) akribisch. Dabei spielen unserer Einschätzung nach folgende Faktoren eine Rolle:

- Verständnis des Konzepts seitens der Patientin
- Motivation und Einsatz der Therapeuten (Kontrolle des Übens, Arbeit am commitment der

Patientin)

- Ausprägung des Krankheitsbildes in Bezug auf Frustrationstoleranz (problematisch: Suchtstruktur, passiv-aggressive Einstellung, depressiv-antriebsarme Verfassung)
- Fähigkeit zur Vorausschau und zu effizientem Handeln
- Häufigkeit schwerer Krisen (ständige schwere Spannungszustände verhindern das Üben eher "präventiver" Fertigkeiten, die ein niedriges Spannungsniveau voraussetzen)

Die hier vorgestellte Wissensbasis über die Nützlichkeit oder Schwierigkeit einzelner Skills könnte dazu beitragen, aus der schwer überschaubaren Vielzahl von Fertigkeiten gemeinsam mit der Patientin diejenigen herauszufinden, die tatsächlich nutzen und die ihr sympathisch sind. Natürlich ist es dafür wichtig, dass die Patientin zunächst einmal einen Überblick erhält und die Systematik der Fertigkeiten versteht. Dann aber sollte die Vielzahl der Fertigkeiten zusammenschrumpfen, damit einige wenige wirklich "in Fleisch und Blut" übergehen. Wir verzichten zunehmend auch auf eine vollständige Vorstellung der Skills innerhalb des Gruppentrainings, nicht zuletzt aus der Einsicht heraus, dass sie von sehr unterschiedlicher Bedeutung sind. Eine Fertigkeit wie "Nicht-Bewerten" ist wesentlich zentraler als Fertigkeiten wie "Vergleichen" oder "Leichtes Lächeln".

Es bleibt offen, wie wichtig das Erlernen einzelner Skills für den letztendlichen Therapieerfolg ist. Zahlreiche andere Faktoren müssen dafür mit in Erwägung gezogen werden. In jedem Falle wichtig erscheint uns immer wieder, dass die Grundhaltung der DBT zum Umgang mit den eigenen Gefühlen, mit anderen Menschen und der Realität deutlich wird. Sie vermittelt sich nicht nur über die einzelnen Fertigkeiten, sondern auch über die Einstellung und das Verhalten der TherapeutInnen, die spezifische therapeutische Beziehung, die Atmosphäre in den Gruppen. Das Üben an sich kann die Bedeutung von Geduld, Kontinuität, Differenzierungen und kleinen Fortschritten sowie Selbstkontrolle vermitteln.

Literatur

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistic manual of mental disorders 4th ed. Washington D.C: APA.
- Bohus, M. & Berger, M. (1996). Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt*, 67, 911-923.
- Bohus, M. & Unckel, C. (2000a). *Selbstschädigung. Krisenintervention bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In Bronisch T., Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L. & Unckel, C. (Hrsg.), *Kriseninterventionen bei Persönlichkeitsstörungen* (S. 68-116). Stuttgart: Peiffer bei Klett-Cotta.
- Bohus, M. & Wagner, A. W. (2000b). *Dialektisch-behaviorale Therapie früh traumatisierter Patientinnen mit Borderline-Störung*. In Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung* (S. 405-432). Stuttgart: Schattauer.
- Comtois, K. C., Cochran, B. N. & Linehan, M.M. (2000) Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Kernberg. O.F., Dulz, B. & Sachsse U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen (S.701-730)*. Stuttgart/ New York: Schattauer.
- Dammann, G., Clarkin, J.F. & Kächele, H. (2000). *Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme*. In Kernberg. O.F., Dulz, B. & Sachsse U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen (S.701-730)*. Stuttgart/ New York: Schattauer.
- Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrenthal, J. (2000) Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 32, 651-662.
- Grüttert, T. (2000). Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psycho*, 26, 328-336.
- Huppertz, M. (2002). Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-Behaviorale Therapie, Vortrag auf dem dem DBT-Netzwerktreffen in Darmstadt, 12. 4. 2002
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 12, 219-229.
- Kernberg, O.F. (1983). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzismus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung*. München: CIP-Medien.

Linehan, M.M. (1996b). *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Boderline-Persönlichkeitsstörung*. München: Cip-Medien. Original: (1993). *Skillstraining manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1996c). *Validation and Psychotherapy*. In Bohart, A. & Greenberg, L.S. (Hrsg.), *Empathy and Psychotherapy: New directions to theory, Research, and Practice*. Washington DC: American Psychological Association.

Dipl.-Psych. Hans Gunia, arbeitet als niedergelassener Verhaltenstherapeut, Dozent in VT und Supervisor (VT). Derzeitige Arbeits- und Interessensschwerpunkte: Psychoedukative Verfahren in der Behandlung von Psychosen und dialektisch-behaviorale Therapie bei BPS.

Dr. rer soc. Jürgen Friedrich ist wissenschaftlicher Assistent am Institut für Psychologie der TU Darmstadt, unterrichtet Psychodiagnostik und klinische Psychologie, forscht zu Emotionen und schweren psychischen Störungen; Arbeitsschwerpunkt: Psychotherapieevaluationen bei Schizophrenie und Borderline.

Dr.phil. Dipl.Soz. Michael Huppertz arbeitet als Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie in Darmstadt. Veröffentlichungen zu Themen, die Psychiatrie / Psychotherapie und Philosophie verbinden und zu Problemen der philosophischen Anthropologie

Anschriften der Autoren:

Hans Gunia

Dr. Michael Huppertz

Heidelberger Landstraße 171
64297 Darmstadt

Dr. Jürgen Friedrich

TU Darmstadt
Institut für Psychologie
Hochschulstraße 1
64289 Darmstadt