



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

Maik Voelzke

Ergotherapie im Rahmen der DBT

Maik Voelzke

Agaplesion Diakonieklinikum
Rotenburg / Wümme
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Elise Averdieck Strasse 17
27356 Rotenburg
M.Voelzke@diako-online.de

Melanie Allasino

St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Straße 5–11
10115 Berlin
m.allasino@alexius.de

Diana Krämer

Intergo - Interdisziplinäres
Therapiezentrum
Greifenhagener Straße 32
10437 Berlin
dk.intergo@googlemail.com

Sven Peters

Zentrum für Integrative
Psychiatrie ZIP gGmbH
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Sven.Peters@uksh.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besonderer Hinweis:

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

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

Schattauer

www.klett-cotta.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: unter Verwendung eines Fotos von © rodimovpavel – www.stock.adobe.com

Gesetzt von abavo GmbH, Buchloe

Gedruckt und gebunden von AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

ISBN 978-3-608-43158-2

Lektorat: Birgit Albrecht, www.redaktion-albrecht.de

Auch als E-Book erhältlich

Geleitwort

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Prof. Marsha Linehan in den 80er Jahren zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. Vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen als Betroffene entstand eine Therapiemethode voller Herzlichkeit, Wohlwollen und Mitgefühl bei gleichzeitig hoher Strukturiertheit, Konfrontation und gelegentlicher Provokation. Ziel in der DBT ist das zunehmende Blockieren dysfunktionaler Verhaltensweisen wie z.B. Suizidversuche oder schweres selbstverletzendes Verhalten bei gleichzeitigem Aufbau funktionaler Verhaltensweisen wie z.B. der Einsatz von Fertigkeiten zur Spannungsregulation oder von Fertigkeiten zur Emotionsregulation.

Aufgabe des DBT-Therapeuten ist hierbei, die notwendige Kraft und Energie entstehen zu lassen, die der Betroffene zur Überwindung der Angst vor Veränderung benötigt. Dies gelingt durch das fortwährende Aufzeigen von Widersprüchlichkeiten, wie z.B. dass die Betroffenen ihr Leid zwar nicht selbst verursacht haben, sie aber dafür verantwortlich sind, sich – mit Hilfe des Therapeuten – aus diesem zu befreien. Auf diesem für den Betroffenen mitunter sehr anstrengenden Prozess begleitet der DBT-Therapeut ihn mit höchster Authentizität und Menschlichkeit, stellt sich als ganze Person zur Verfügung.

Neben dem beständigen Suchen nach der dialektischen Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung zeichnet sich die DBT insbesondere durch ihre hohe Praktikabilität aus. Sie bietet durch transparente Behandlungsalgorithmen und einen modularen Aufbau praktisch für jede therapeutische Situation einen orientierenden Leitfaden. Da diese Behandlungsalgorithmen einfachen Prinzipien folgen und gut kommunizierbar sind, eignet sich die DBT für die Anwendung in unterschiedlichsten therapeutischen Settings. Zudem besteht die DBT aus mehreren Behandlungsmodulen, die eine effektive Anpassung an die jeweilige zugrundeliegende Problemsituation ermöglicht.

Die hohe Praktikabilität der DBT ist sicherlich ein wesentlicher Grund für die umfangreichen Forschungsaktivitäten rund um die DBT. Keine andere Methode zur Behandlung einer BPS kann so viele Wirksamkeitsnachweise vorlegen. Aus diesem Grund wird die DBT in den S2-Richtlinien der DGPPN (2009) für die Behandlung von Patienten mit einer BPS als die Methode der Wahl empfohlen.

Mit dem vorliegenden Buch ist den Autoren ein längst fälliges Buch zur Anwendung von Ergotherapie im DBT-Kontext gelungen. Es handelt sich um eine Gemeinschaftsproduktion von seit vielen Jahren einschlägig tätigen ergotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen aus dem stationären wie auch ambulanten Bereich, unter Leitung von Herrn Maik Voelzke.

In der Ergotherapie im Rahmen der DBT wird die Herstellung eines Werkstücks als die Grundlage zur Vermittlung von Fertigkeiten und Kompetenzen verstanden. Wie die Autoren darlegen, geht es hierbei weniger um die Entwicklung eines perfekten Gegenstandes, sondern um das Erlernen eines kompetenten Umgangs mit

Frustrationen, Spannungszuständen und Emotionen wie z.B. Ärger, Scham, aber auch Stolz. Hierzu schreiben die Autoren sehr treffend: »Den Schutz vor Frustrationen übernehmen wir nicht«, stattdessen »nutzen wir diese Gefühle als das, was sie sind: Zeichen der Menschlichkeit«.

Im Anschluss an einen umfassenden Überblick über die DBT findet sich die spezifische ergotherapeutische Praxis unter dem Deckmantel der DBT konkret und praxisorientiert beschrieben. Auf mögliche spezifische Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Ergotherapie im Rahmen der DBT wird eingegangen, unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit mit Patienten mit einer BPS. Explizite Hinweise für die Ergotherapeutin und den Ergotherapeuten helfen, sich in dem Buch sehr schnell zu orientieren und bei Bedarf das Wesentliche herauszufiltern. Konkrete Fallbeispiele veranschaulichen die Arbeit der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten bei der Arbeit mit DBT.

Schon in den Anfängen der DBT im stationären Kontext Mitte der 90er Jahre an der psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg engagierte sich der dort tätige Ergotherapeut Thomas Winkler um eine DBT-spezifische Anpassung. Gerade die Ergotherapie schien mit ihrer Vielzahl an unterschiedlichsten Materialien und ihrem Fokus auf das konkrete Handeln prädestiniert für die Integration DBT-spezifischer Elemente, allen voran das Erlernen und das Training neuer Fertigkeiten. Kaum eine andere Fachgruppe verfügt über ein solch flexibel einsetzbares Instrumentarium und damit über solch ausgeprägte Anpassungsmöglichkeiten an die jeweiligen Gegebenheiten der Betroffenen. Trotz dieses »Schatzes« verblieben die Ergotherapeuten lange Jahre mehr oder weniger in der Position von – wie es die Autoren ausdrücken – »Satellittherapeuten«, also eher randständigen Mitgliedern des DBT-Teams. Dies lag vor allem an den nicht ausreichend konkret definierten Aufgaben der Ergotherapie im Rahmen der DBT.

Im Jahr 2006 hat sich Herr Voelzke der nicht immer ganz einfachen Aufgabe angenommen, der Ergotherapie im Rahmen der DBT einen Platz zu verschaffen. Mit bewundernswerter Kontinuität schob er das Projekt voran. Da die Größe eines solchen Unterfangens alleine nur schwer zu bewerkstelligen ist, schlossen sich weitere sehr erfahrene Kolleginnen und Kollegen an, allen voran Frau Melanie Allasino, Herr Sven Peters und Frau Diana Krämer. Fortwährend wurde in der konkreten Arbeit mit Betroffenen das Konzept überprüft und weiterentwickelt. Seit drei Jahren wird in Fortbildungen von Ergotherapeuten »DBT-Ergo« vermittelt. Mit diesem Buch ist es den Autoren nun gelungen, die Früchte Ihrer Arbeit einem breiten Publikum zugänglich zu machen. Es handelt sich um einen konkreten Leitfaden für die Arbeit der Ergotherapie unter dem Dach der DBT – und unterstreicht damit die notwendige Integration der Ergotherapie in das Behandlungskonzept der DBT. Oder, um es mit den Worten der Autoren zu formulieren: den Einschluss der Ergotherapeuten als »vollwertige Mitglieder des DBT-Behandlungsteams«.

Herzlich willkommen!

Berlin, 31.01.2018

Priv.-Doz. Dr. Christian Stiglmayr

Vorwort

»Wer von Ihnen übernimmt das Stationsübergreifende Angebot ›Skillstraining‹ gemeinsam mit einer Pflegekraft?« – So oder ähnlich waren die Worte unseres damaligen leitenden Psychologen, Herrn Dr. Ralf Schaible. Da ich gerade neu im Team der Ergotherapie war, überlegte ich nicht lange, ohne zu wissen, was da eigentlich auf mich zukam. Schnell haben wir als Gruppenleitung bemerkt, dass allein die Literatur des Trainingsmanuals von M. Linehan (1996b) nicht ausreichend war, um den Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Ich entschloss mich im Jahr 2006 zunächst die Basiskurse DBT in Freiburg zu besuchen, um einen besseren Einblick in das zu bekommen, was ich im Skillstraining eigentlich tun sollte und was damit bezweckt wurde. Schon im ersten Block wurde ich recht nachdenklich, denn im dort vorgestellten Therapieplan der Station stand, dass die Ergotherapie »fakultativ« war. Alle anderen Therapieformen, zu meinem Erstaunen auch die Körpertherapie, hatten einen festen, für Patientinnen und Patienten verbindlichen Platz im Therapieplan. Der Gedanke »Wir arbeiten mit Material und Werkzeugen und über Handlungen werden Emotionen erzeugt« ließ mich nicht mehr los. Die Wirkung der ersten Workshops der DBT-Ausbildung ließ nicht lange auf sich warten. Ich bemerkte, wie sich durch das Entwickeln einer dialektischen Haltung und den Einsatz von Strategien der DBT meine Arbeitsweise deutlich veränderte. Ich begann erste Dinge für den Notfallkoffer für Patientinnen und Patienten in Arbeitsanleitungen zu verfassen, holte mir Commitment im Vorfeld und in der Therapie und validierte das Verhalten meiner Patientinnen und Patienten – nicht nur derjenigen mit Borderline. Dies führte zu einer deutlich verbesserten therapeutischen Beziehung mit den Patientinnen und Patienten und auch im Team wurde die Integration spürbar besser. Ich war nicht mehr der »Sattellitentherapeut«, der irgendwie außerhalb stand.

Im Jahr 2010 lernte ich Sven Peters kennen und ein erster Erfahrungsaustausch mit ihm fand statt. 2012 kam Melanie Allasino dazu und wir entschlossen uns, unsere Erfahrungen und Ideen in einem Workshop zu bündeln, den wir dann mit der Unterstützung des Leiters der AWP Berlin, Herrn Dr. Christian Stiglmayr, entwickelten. Dieser Workshop wurde vom Dachverband DBT akkreditiert und fand als Zusatzangebot zur Standard-DBT einmal jährlich statt. Im Jahr 2014 erweiterte sich unser Team um Diana Krämer, die als Inhaberin einer ergotherapeutischen Praxis mit ihren Ideen das vorhandene Material um den ambulanten Bereich erweiterte. Ebenfalls 2014 veröffentlichten wir als Team einen gemeinsamen Buchbeitrag im »Fallbuch DBT« (Stiglmayr u. Leihener 2014). Während der Arbeit an dem Beitrag reifte in mir die Idee, unsere im Workshop »DBT für Ergotherapeuten« vermittelten Inhalte in Buchform zu veröffentlichen. Meine drei Kollegen waren schnell bereit, mich zu unterstützen, und mit Herrn Dr. Stiglmayr fanden wir einen Mentor, der sich trotz erheblichen Mehraufwands der Sache vonseiten des Dachverbandes DBT annahm. Ich war froh, mit dem Schattauer Verlag einen kompetenten Partner zu

finden, der sich für mein Projekt interessierte und mir bei der Umsetzung behilflich war.

In Kapitel 1 stellen wir die DBT allgemein vor, die für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten wichtigen Grundlagen werden dabei besonders intensiv beschrieben. Kapitel 2 widmet sich der Ergotherapie im Wandel der Zeiten und der wechselnden Paradigmen. Außerdem findet sich in diesem Kapitel wieder, welche Anforderungen an die Ergotherapie in der DBT gestellt werden und was die Ergotherapie im Behandlungsverlauf leisten kann. Kapitel 3 beschreibt das Krankheitsbild der Borderline-Störung, für welche die DBT ursprünglich entwickelt wurde. Es soll neben einem Einblick in die Vielfalt der Erkrankung auch das Verhalten der Patientinnen und Patienten aufzeigen und Verständnis wecken. In Kapitel 4 wird das Skillstraining in der Gruppe vorgestellt und es werden die Grundlagen für das Skillstraining, die auch in der Ergotherapie umsetzbar sind, erläutert. In den Kapiteln 5 bis 9 werden die Module des Skilltrainings mit einzelnen Skills vorgestellt und Ideen zur Umsetzung in der Ergotherapie unterbreitet. Kapitel 10 fasst diese Kapitel in Form einer Ideensammlung noch einmal zusammen, ohne auf jeden Skill einzeln einzugehen. Kapitel 11 ist einer besonderen Kategorie Skills vorbehalten: In Anlehnung an die zweite Ausgabe des Interaktionellen Skillstraining für Borderline-Patienten (Bohus u. Wolf 2013) werden die aus der Standard-DBT bekannten Skills um die Suchtskills ergänzt. Zum Abschluss wird im Kapitel 12 ein Ausblick insbesondere auf die ambulante Weiterbehandlung auch in der Ergotherapie geboten. Alle Kapitel beginnen mit einer kurzen Einführung in die jeweilige Thematik.

In den Kapiteln bieten die ...

Hinweise für Ergotherapeuten

speziell auf die Ergotherapie zugeschnittene Anregungen.

Ergänzt wird das Ganze durch die ...

Beispiele aus der Ergotherapie

Verschiedene Therapiesituationen sind durch Dialoge zwischen ErgotherapeutIn und PatientIn dargestellt, die genau wie »Merkwürdiges« in speziell gekennzeichneten Kästen hinterlegt sind. Abgerundet werden alle Kapitel durch Kontrollfragen am Ende, mit deren Hilfe das erworbene Wissen noch einmal überprüft werden kann.

Mit meiner Danksagung möchte ich etwas weiter zurückgreifen und mich bei allen Lehrenden der Berufsfachschule für Ergotherapie in Oldenburg (BBA) bedanken, die mir viele Dinge über das Wesen der menschlichen Handlung beigebracht haben. Ebenso bedanke ich mich bei der Klinikleitung des Zentrums für psychosoziale Medizin am Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg/Wümme, insbesondere bei Chefarzt Prof. Dr. Thiel, der mir die Ausbildung zum DBT-Therapeuten (SP) ermöglicht und mir bei der Ausbildung zum DBT-Trainer (SP) viele Freiräume gegeben hat. Ebenso gilt mein Dank unserer Leitenden Oberärztin Ilka Brockmüller, die mich jahrelang durch Höhe und Tiefen begleitete. Ein Dankeschön gebührt auch meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Tagesklinik, die mich in meiner täglichen Arbeit unterstützen und mir immer wieder dabei helfen, die »Brille der DBT« aufzusetzen.

Beim Dachverband DBT möchte ich mich bei allen bedanken, bei denen ich Kurse sowohl in der Ausbildung zum DBT-Therapeuten als auch in der Trainerausbildung absolviert habe. Mein besonderer Dank gilt hier Frau Dr. Valerija Sipos, die sich immer für die Ergotherapie interessiert und mich supervidiert hat.

Vielen Dank auch an das Autorenteam Sven, Melanie und Diana. Ohne Euch wäre das vorliegende Buch nie zustande gekommen. Danke auch an den Schattauer Verlag für das Interesse am Projekt und die Unterstützung bei der Umsetzung. Mein besonderer Dank hier gilt den Schattauer-Lektorinnen Sabine Poppe, Alina Piasny und Frau Dr. Nadja Urbani sowie der externen Lektorin Birgit Albrecht. Ich hoffe, ich habe allen Genannten nicht allzu viele Kopfschmerzen bereitet.

Hervorheben möchte ich besonders Herrn Dr. Christian Stiglmayr. Er hat mich sowohl bei meinem Weg innerhalb der DBT als auch bei der Erstellung des Buches begleitet und unterstützt, obwohl er nebenher noch einige andere Projekte zu betreuen hatte. Jede Antwort, ob schriftlich oder telefonisch, war wie eine Supervision für mich. Ich durfte noch einmal vieles lernen, inhaltlich hinterfragen und besser verstehen. Danke auch an Sophie Reiske, die sehr spontan die Durchsicht des Suchtkapitels übernommen hat.

Nicht zu vergessen ist meine Partnerin Dietlind, die mir, wie jetzt gerade in diesem Moment des Schreibens, viel Verständnis entgegengebracht hat und nie enttäuscht war, wenn ich, statt Zeit gemeinsam zu verbringen, wieder einmal am PC saß und am Buch arbeitete.

Zuletzt sind noch alle Patientinnen und Patienten zu erwähnen, die ich während meiner Zeit als Ergotherapeut behandelt habe. Vielen Dank – ich lerne jeden Tag dazu.

Und nun wünsche ich allen Leserinnen und Lesern viel Spaß bei der Lektüre und hoffe, dass das Buch einige Anregungen gibt oder neue Impulse verleiht. Für Ergänzungen, Lob und Kritik bin ich immer offen.

Inhalt

1	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	1
	Maik Voelzke	
1.1	Allgemeine Informationen	1
1.2	Therapeutische Grundhaltungen	2
1.2.1	Therapeutische Grundannahmen	2
1.3	Therapiebausteine (ambulant)	4
1.4	Therapiestruktur	6
1.4.1	Primäre Behandlungsstruktur	6
1.4.2	Sekundäre Behandlungsstruktur	8
1.5	Therapeutische Strategien	9
1.5.1	Dialektische Strategien	9
1.5.2	Validierungsstrategien	10
1.5.3	Validierungsfallen	13
1.5.4	Commitmentstrategien	15
1.5.5	Kontingenzmanagement	21
1.5.6	Shaping	22
1.6	Weitere Strategien	22
1.7	Die therapeutische Adhärenz der DBT	25
1.8	Zusammenfassung	25
1.9	Kontrollfragen	26
2	Ergotherapie	27
	Sven Peters	
2.1	Grundlagen und Paradigmenwechsel in der Ergotherapie	27
2.1.1	Geschichtliche Entwicklung.	27
2.1.2	Auswirkungen von gesetzlichen Regelungen und Normen	29
2.1.3	Gesellschaftliche und wirtschaftliche Aspekte	30
2.1.4	Strukturelle und konzeptionelle Veränderungen	32
2.1.5	Veränderung der Materialien	33
2.1.6	Rolle des Ergotherapeuten im Stationsteam	34
2.1.7	Aufgaben des Ergotherapeuten in der DBT	37
2.1.8	Spezifische Aufgaben des Ergotherapeuten	41
2.2	Sozialformen in der ergotherapeutischen Behandlung	45
2.2.1	Einzelarbeit	45
2.2.2	Einzelarbeit in der Gruppe	46

2.2.3	Gruppenarbeit	47
2.2.4	Arbeit mit der Videokamera	48
2.3	Methoden der ergotherapeutischen Behandlung	49
2.3.1	Ausdruckszentrierte Methode	49
2.3.2	Interaktionelle Methode	50
2.3.3	Kompetenzzentrierte Methode	51
2.4	Materialeinsatz in der Ergotherapie nach DBT	51
2.5	Zusammenfassung	52
2.6	Kontrollfragen	53
3	Borderline-Persönlichkeitsstörung	54
	Maik Voelzke	
3.1	Klinisches Erscheinungsbild.	54
3.2	Die neun diagnostischen Kriterien nach DSM-5	55
3.2.1	Einordnung der Diagnosekriterien	59
3.2.2	Zusammenfassung Borderline-Diagnose	60
3.3	Ätiologie – die biosoziale Theorie.	61
3.3.1	Zusammenfassung biosoziale Theorie	63
3.4	Komorbiditäten und Differenzialdiagnose	64
3.5	Epidemiologie	64
3.6	Verlauf und Prognose.	65
3.7	Kosten der Störung	65
3.8	Zusammenfassung	66
3.9	Kontrollfragen	66
4	Skillstraining	67
	Maik Voelzke	
4.1	Einführung	67
4.2	Was versteht man unter Fertigkeiten (Skills)?	68
4.3	Wie werden Skills vermittelt?.	68
4.4	Was wird den Patienten in den einzelnen Modulen vermittelt?	69
4.5	Die Module des Skillstrainings und ihr Bezug zu den DSM-5-Kriterien	70
4.6	Rahmenbedingungen des Skillstrainings	70
4.7	Strukturmerkmale des ambulanten Skillstrainings	71
4.8	Strukturmerkmale des (teil)stationären Skillstrainings	72
4.9	Zusammenfassung Skillsvermittlung	73

4.10	Grundlagen für das Skillstraining	74
4.10.1	Anspannung/Spannungskurve	74
4.10.2	Zugangskanäle für Skills	74
4.10.3	Frühwarnzeichen	77
4.10.4	Spannungsprotokoll	83
4.11	Zusammenfassung	83
4.12	Kontrollfragen	84
5	Achtsamkeit	85
	Diana Krämer	
5.1	Einführung	85
5.2	Achtsamkeit in der DBT	87
5.3	Die Ziele der Achtsamkeit in der DBT	91
5.3.1	Wirksame Kontrolle.	91
5.3.2	Dem intuitiven Wissen mehr Raum geben	91
5.3.3	Verbesserter Bezug zu sich selbst.	92
5.4	Wie heißen die Skills des Achtsamkeitsmoduls und wie können sie ergotherapeutisch umgesetzt werden?	93
5.4.1	Die Was-Fertigkeiten	94
5.4.2	Die Wie-Fertigkeiten	97
5.4.3	Das Zusammenspiel von Was- und Wie-Fertigkeiten	100
5.4.4	Mentales Verbinden	102
5.4.5	Verbundenheit wahrnehmen	103
5.5	Zusammenfassung	104
5.6	Kontrollfragen	105
6	Stresstoleranz	106
	Melanie Allasino, Sven Peters, Maik Voelzke	
6.1	Einführung	106
6.2	Ziele des Moduls Stresstoleranz	107
6.3	Wie heißen die Skills und wie können sie in der Ergotherapie umgesetzt werden?	108
6.3.1	Kurzfristig wirksame Stresstoleranzskills	108
6.3.2	Kurzfristige Stresstoleranzskills in der Ergotherapie	119
6.3.3	Skills zum Annehmen der Realität und der Übernahme von Verantwortung	119
6.4	Zusammenfassung	125
6.5	Kontrollfragen	126

7	Umgang mit Gefühlen	127
	Maik Voelzke	
7.1	Einführung	127
7.1.1	Was wissen wir über Emotionen?	127
7.1.2	Wie entstehen Emotionen?	128
7.1.3	Das allgemeine Emotionsmodell	128
7.1.4	Wie wirken Emotionen?	129
7.2	Ziele des Moduls »Umgang mit Gefühlen«	131
7.2.1	Warum ist dieses Modul so wichtig und was können die Patienten lernen?	131
7.3	Wie heißen die Skills und wie können sie in der Ergotherapie umgesetzt werden?	132
7.4	Spezifische Gefühle	143
7.4.1	Angenehme Emotionen.	145
7.4.2	Unangenehme Emotionen	149
7.5	Zusammenfassung	156
7.6	Kontrollfragen	157
8	Zwischenmenschliche Fertigkeiten	158
	Melanie Allasino, Sven Peters, Maik Voelzke	
8.1	Einführung	158
8.1.1	Fehleinschätzungen von Handlung, Kontext und verbalen Mittlungen anderer	159
8.1.2	Störung von eigenen Handlungsentwürfen.	159
8.1.3	Störungen der Handlungskontrolle	160
8.1.4	Fehleinschätzung der Wirkung auf andere	160
8.1.5	Störungen der Kooperation.	161
8.1.6	Zusammenfassung zwischenmenschliche Fertigkeiten	162
8.2	Ziele des Moduls	163
8.2.1	Interaktionelle Methode	163
8.3	Wie heißen die Skills und wie können sie in der Ergotherapie umgesetzt werden?	164
8.3.1	Drei Arten der Orientierung.	164
8.3.2	Umsetzung der Orientierungsarten	170
8.4	Zusammenfassung	180
8.5	Kontrollfragen	180

9	Selbstwert	182
	Diana Krämer, Maik Voelzke	
9.1	Einführung	182
9.2	Strategien zur Vermeidung des sozialen Erfolges	183
9.2.1	A-priori-Strategien	183
9.2.2	Post-hoc-Strategien	183
9.2.3	Vermeidung von sozialem Erfolg durch aktive Passivität	184
9.3	Ziele des Moduls Selbstwert	185
9.4	Wie heißen die Skills des Selbstwertmoduls und wie können sie in der Ergotherapie umgesetzt werden?	185
9.4.1	Selbstzugewandtheit	186
9.4.2	Umgang mit Glaubenssätzen und Grundannahmen	191
9.5	Zusammenfassung	198
9.6	Kontrollfragen	198
10	Skills kompakt/direkt	199
	Diana Krämer	
10.1	Achtsamkeit	199
10.1.1	Was-Fertigkeiten	199
10.1.2	Wie-Fertigkeiten	200
10.2	Stresstoleranz	202
10.3	Umgang mit Gefühlen	206
10.4	Zwischenmenschliche Fertigkeiten	211
10.5	Selbstwert	214
10.6	Zusammenfassung	216
11	DBT-Sucht	217
	Maik Voelzke, Melanie Allasino	
11.1	Einführung	217
11.1.1	Diagnostische Kriterien des ICD-10 zur Alkoholabhängigkeit	218
11.1.2	Einige wichtige Begriffe	218
11.1.3	Wirkweisen einiger Substanzen	220
11.2	Besonderheiten der DBT-S	222
11.2.1	Grundannahme und -haltung der DBT-S	222
11.2.2	Ziele in der DBT-S	222
11.2.3	Veränderungsstrategien in der DBT-S (State of Change)	223
11.3	Gestaltung der Skillsgruppen in der DBT-S	225
11.3.1	Zuordnung der Skills zu den Spannungsdimensionen	226

11.4	Wie heißen die Skills und wie können sie in der Ergotherapie umgesetzt werden?	227
11.4.1	Anti-Craving-Skills	227
11.5	Zusammenfassung	236
11.6	Kontrollfragen	236
12	Ausblick	237
	Diana Krämer	
12.1	DBT-basierte Ergotherapie – von der stationären bis zur ambulanten Behandlung.	237
12.1.1	Wie kann diese Arbeit aussehen?.	237
12.2	Die Verknüpfung der DBT mit der Ergotherapie.	238
12.2.1	Die DBT als Bezugsrahmen für die psychisch-funktionelle Behandlung	238
12.3	Zusammenfassung	241
	Literatur	242

1 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Maik Voelzke

In diesem Kapitel werden allgemeine Informationen zur DBT gegeben, die therapeutische Grundhaltung und einzelne, für fachtherapeutische Berufsgruppen relevante Therapiebausteine vorgestellt. Ziel ist es, einen Einblick in die Grundlagen der DBT zu geben und erste Anregungen zur Entwicklung einer eigenen dialektischen Haltung zu vermitteln.

1.1 Allgemeine Informationen

In den 1970er- und 80er-Jahren befasste sich ein Forscherteam unter Leitung von Prof. Marsha Linehan mit dem Thema, wie man chronisch suizidale Frauen, die bis dahin als nicht therapierbar galten, wirkungsvoll behandeln kann. Sehr schnell wurde klar, dass klassisch veränderungsorientierte Verhaltenstherapie nicht zum Erfolg führte, solange die akzeptanzorientierten Behandlungselemente fehlten. Diese Anteile fand M. Linehan unter anderem in der Gesprächspsychotherapie und in der Zen-buddhistischen Praxis der Achtsamkeit. Durch das Hinzufügen der akzeptanzorientierten Anteile wurde es nun möglich, eine Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung zu schaffen. Um der Bedeutung des Ausbalancierens noch mehr Gewicht zu geben, wurde die ursprüngliche Bezeichnung »Paradoxe Verhaltenstherapie« verworfen und durch die Bezeichnung »Dialectical Behavioral Therapy – DBT« ersetzt. Das erste Therapiemanual sowie das Manual zum Skills-training erschienen 1993 (Linehan 1993 a, b).

In Deutschland, konkret in Freiburg, wurde DBT 1994 von der Arbeitsgruppe um Prof. Martin Bohus erstmals stationär implementiert. Da es sich bei der DBT originär um eine ambulante Therapie handelt, mussten in verschiedenen Bereichen (z. B. Skillstraining, Körpertherapie) Anpassungen vorgenommen werden. Das stationäre Behandlungsprogramm erstreckt sich in Freiburg über einen Zeitraum von drei Monaten.

Inzwischen ist die DBT weiterentwickelt und modifiziert worden:

- DBT-S bei Suchterkrankungen (Linehan et al. 1999)
- DBT bei Essstörungen (Telch et al. 2001)
- DBT bei Depressionen (Lynch et al. 2003; 2007)
- DBT stationär (Bohus et al. 2004)
- DBT-A für Adoleszente (Rathus u. Miller 2002)
- DBT als Krisenintervention (McQuillan et al. 2005)
- DBT-F in der Forensik (McCann u. Ball 2000)
- DBT-ACES als zweite Therapiephase nach der Akutphase (Comtois et al. 2006)
- DBT für Eltern, Paare und Familien (Fruzzetti 2006)
- DBT-PTBS bei Posttraumatischer Belastungsstörung (Bohus et al. 2011)

Wenn man sich die DBT als ein Haus vorstellt, ist das Fundament der Behandlungsvertrag, der zwischen Behandler*team und Patienten abgeschlossen wird. Die zwei tragenden Säulen des Hauses sind 1. die therapeutische Haltung und 2. die zur Anwendung kommenden Behandlungstechniken. Auf den Säulen ruht das Dach, die DBT.

Wie bereits erwähnt werden aus Gründen der Komplexität in diesem Kapitel die für Ergotherapeuten relevanten Behandlungstechniken ausführlich erläutert.

1.2 Therapeutische Grundhaltungen

Das therapeutische Verständnis in der DBT kann gut mit dem Vertrag eines Fußballvereines mit einem Trainer verglichen werden. Der Trainer (DBT-Therapeut) vereinbart mit dem Verein den Aufstieg in die Zweite Bundesliga innerhalb von zwei Jahren (Therapieziel) und legt ein Erfolg versprechendes Konzept vor (DBT), in dessen Rahmen beide arbeiten werden. Dabei achtet der Trainer darauf, dass die Mannschaft sowohl im Training als auch im Spiel alles gibt (Fordern) und nach schweren Spielen eine angemessene Regenerationsphase erhält (wohlwollendes Sorgen). Der Trainer wird darauf achten, dass es eine angemessene Ausgewogenheit zwischen Belastung und Entlastung gibt (Dialektik). Der Trainer ist davon überzeugt, dass die Mannschaft alles gibt, um das Ziel zu erreichen. Er ist der Mannschaft nicht nur bei Erfolgen freundlich zugewandt und spricht Lob aus, sondern auch Niederlagen werden wohlwollend analysiert. Und anstatt nur zu trösten, wird er gemeinsam mit der Mannschaft nach Lösungen suchen. Diese Lösungen behält er im Auge und hilft der Mannschaft von der Seitenlinie aus, diese umzusetzen. In besonders schwierigen Spielen, wenn es auf der Kippe steht oder alles verloren scheint, steht er der Mannschaft zur Seite, indem er jeden einzelnen Spielzug laut und wild gestikulierend ins Feld ruft. Auf der anderen Seite sichert die Mannschaft zu, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um seine Anweisungen umzusetzen, bis zur Erschöpfung zu kämpfen und niemals ein Spiel, egal wie schlecht es gerade aussieht, verloren zu geben.

1.2.1 Therapeutische Grundannahmen

Wie in anderen Therapieformen wird auch in der DBT die therapeutische Grundhaltung von Wertschätzung und Empathie getragen. Bei der Behandlung von Borderline-Patienten kommt es immer wieder zu schwierigen Situationen, die den Behandler belasten, z. B. selbstverletzendes Verhalten oder Suizidversuche. Deshalb sind in der DBT explizit acht Grundannahmen entwickelt worden, die es dem Behandler*team auch unter schwierigen Situationen ermöglichen, die beste DBT durchzuführen.

Diese Grundannahmen muss jeder Behandler verinnerlichen. Dabei ist es nicht ausschlaggebend, diese wortgetreu wiedergeben zu können, wichtiger ist es, sich

ihren Inhalt und ihre Bedeutung während der Behandlung immer wieder vor Augen zu halten.

Dies bedeutet im Gegenzug aber nicht, über die eigenen Grenzen zu gehen. Die Grundannahmen weisen den Weg und helfen, den Abstand zu Patienten zu wahren, um nicht z. B. in Beziehungskonflikte zu geraten, sondern sich ganz auf die Arbeit mit den Patienten in der Therapie konzentrieren zu können.

Die oft dysfunktionalen Verhaltensweisen der Patienten werden vom Behandlungsteam als sehr belastend erlebt und gerade bei nicht störungsspezifischer Behandlung nicht als Versuch der Problemlösung erkannt. Dies hat zur Folge, dass den Patienten »Manipulation« und ungenügende Bereitschaft, sich in der Therapie anzustrengen, zur Last gelegt wird. Suizidandrohungen und selbstverletzendes Verhalten werden als »Erpressungsversuch« gewertet, um z. B. den stationären Aufenthalt zu verlängern oder den Urlaub des Therapeuten zu verhindern. Beim Formulieren der Grundannahmen hat Linehan gängige Vorurteile aufgegriffen.

Die acht Grundannahmen sind:

1. Patienten geben sich wirklich Mühe.
2. Patienten wollen sich verändern.
3. Patienten müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern.
4. Patienten haben ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht, aber müssen sie selber lösen.
5. Das Leben suizidaler Borderline-Patienten ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, nicht auszuhalten.
6. Patienten müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen.
7. Patienten können in der Therapie nicht versagen.
8. Therapeuten, die Borderline-Patienten behandeln, brauchen Unterstützung.

Wenn Sie diese Grundannahmen gelesen haben, möchte ich Sie bitten, einmal an Ihren »schlimmsten Patienten« zu denken. Gibt er sich wirklich Mühe? Möchte er sich wirklich verändern (Annahme 1 und 2)? Ja, er gibt sich Mühe, sonst wäre er längst tot. Er möchte sich verändern, denn sonst wäre er nicht in der Therapie. Wenn der Patient sich funktionaler verhalten könnte, würde er dies tun!

Warum muss er sich härter anstrengen, um sich zu verändern (Annahme 3)? Patienten haben bisher alles gegeben, um im Leben zurechtzukommen. Dies war schwer genug. Jetzt müssen sie sich trotzdem noch mehr anstrengen und noch härter arbeiten, um sich zu verändern.

Die vierte Grundannahme beleuchtet eine große Herausforderung für Patienten: Dinge zu verändern, die sie nicht verursacht haben (► Kap. 3.3). Folgende Metapher ist hilfreich: Stellen Sie sich vor, Sie laufen auf einer schmalen Uferstraße an einem Fluss entlang. Plötzlich springt jemand aus dem Gebüsch und stößt Sie ins Wasser. Sie sind da nicht allein hineingesprungen, nein, das wollten Sie überhaupt nicht. Aber um nicht zu ertrinken, müssen sie alles selbst unternehmen, um ans Ufer zu kommen.

Die fünfte Grundannahme ist als Appell an den Therapeuten zu verstehen, dass seine chronisch suizidalen Patienten sich den Gedanken an Suizid als letzte Tür offenlassen.

Warum sollten Patienten in allen relevanten Lebenslagen neues Verhalten lernen (Annahme 6)? Man könnte auch andersherum fragen: In welchem Lebensbereich spielen Emotionen keine Rolle? Außerdem ist diese Grundannahme nützlich, um den Patienten davon zu überzeugen, dass Skills auch in »ruhigen Zeiten« geübt und eingesetzt werden müssen. Patienten können nicht versagen (Annahme 7)? Verglichen mit einem Werkzeugkoffer hat die DBT einiges an Werkzeugen zu bieten. Manchmal ist jedoch nicht das richtige Werkzeug dabei und die DBT oder der Therapeut sind angehalten, nach einem geeigneten Werkzeug Ausschau zu halten oder es zu entwickeln und in den Koffer zu tun. Diese Grundannahme ist eine Aufforderung an die DBT nicht stehenzubleiben, sondern sich weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Warum benötigen Therapeuten, die mit Borderline-Patienten arbeiten, Unterstützung (Annahme 8)? Linehan sagt, dass die Behandlung von Borderline-Patienten als »Einzelkämpfer« grob fahrlässig ist. Das Team dient der gezielten Unterstützung und Entlastung von allen an der Behandlung Beteiligten.

Es hat sich bewährt, die Grundannahmen gut sichtbar auf der Station, auch in der Ergotherapie, anzubringen.

1.3 Therapiebausteine (ambulant)

Die DBT erfordert klare Absprachen zwischen Behandler und Patienten, bevor mit der Therapie begonnen wird. Diese Absprachen sind in einem Therapievertrag festgelegt, der von beiden Seiten unterschrieben wird. Dazu ist anzumerken, dass der Therapievertrag keinerlei rechtliche Relevanz hat. Er dient lediglich dazu, die gemeinsam getroffenen Absprachen schriftlich festzuhalten und mit der beiderseitigen Unterschrift zu »besiegeln«.

Die Therapiebausteine sind

- Einzeltherapie
- Skillstraining
- Telefoncoaching
- Konsultationsteam
- Supervision

Einzeltherapie

Der Einzeltherapeut ist verantwortlich dafür, mit dem Patienten an dessen individuellen Zielen zu arbeiten und dabei die Behandlungsstruktur (► Kap. 1.4.1) im Auge zu behalten. Es ist Aufgabe des Einzeltherapeuten, den Patienten zu moti-

vieren, an den gemeinsam erarbeiteten Zielen zu arbeiten und einem Vermeidungsverhalten vonseiten des Patienten entgegenzuwirken.

Skillstraining

Das Skillstraining findet wöchentlich als Gruppentraining statt. Dabei besteht die Gruppe aus sechs bis acht Patienten und zwei Therapeuten. Das Skillstraining hat den Charakter eines Volkshochschulkurses, was bedeutet, dass auf jegliche gruppenspezifische Elemente verzichtet wird. Es wird lediglich der Inhalt der einzelnen Skills vermittelt (► Kap. 4).

Telefoncoaching

Telefoncoaching findet immer dann statt, wenn der Patient in einer akuten Belastungssituation Hilfe bei der Skillsanwendung benötigt. Hierzu hat er die Telefonnummer seines Therapeuten. Die Regeln für das Telefoncoaching sind vorher genau festgelegt, um den Therapeuten und seine Privatsphäre zu schützen. Das Telefoncoaching dient ausschließlich dazu, den Patienten an bereits vorhandene Fertigkeiten zu erinnern, verbunden mit der Aufforderung, diese anzuwenden. Die Telefonate dauern drei bis fünf Minuten und haben nicht den Charakter einer Therapiestunde. Es gibt in der DBT drei Gründe für eine telefonische Beratung:

- bei akuten suizidalen Krisen oder drohenden Selbstverletzungen,
- zur Belohnung z. B. nach erfolgreich bewältigten Schritten,
- zum Abklären der therapeutischen Beziehung.

Konsultationsteam

Das Konsultationsteam besteht aus Therapeuten und Skilltrainern, dabei ist es möglich, dass auch andere Berufsgruppen, die regelmäßig mit dem Patienten zusammenarbeiten, Bestandteil des Teams sind (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter). Die Treffen finden einmal wöchentlich für eine Stunde statt. Das Konsultationsteam stellt sicher, dass der Patient die bestmögliche DBT erhält, da alle an der Behandlung Beteiligten ihre Sichtweise und Ideen mit einbringen. Die Behandlung der Patienten erfolgt also nicht durch den Einzelbehandler, sondern durch das Team. Dadurch entlastet das Team den Einzeltherapeuten, der die im Team gefassten Beschlüsse umsetzt.

Im Konsultationsteam laufen alle Informationen zusammen und werden ausgewertet. Darauf aufbauend wird beschlossen, was bis zum nächsten Treffen von den Teammitgliedern umgesetzt werden muss. Beim nächsten Treffen berichten die Teammitglieder über die Umsetzung der Teambeschlüsse. Es werden wieder alle Informationen zusammengetragen und neue Beschlüsse gefasst.

Supervision

In der Supervision werden individuelle Prozesse besprochen, die im Konsultationsteam keinen Platz finden. Gerade bei Problemen, z. B. in der Interaktion im Konsultationsteam, ist Supervision zwingend notwendig. Die Supervision erfolgt durch erfahrene, in DBT ausgebildete approbierte Ärzte und Psychologen, die vom Fortbildungsausschuss des Dachverbandes DBT zum DBT-Supervisor ernannt wurden.

1.4 Therapiestruktur

Grundsätzlich hilft die DBT den Patienten, ihre persönlichen Ziele zu erreichen. Um an seinen Zielen arbeiten zu können, ist es jedoch zunächst notwendig, dass der Patient die Ziele, welche die DBT vorgibt, erreicht. Als übergeordnetes Ziel ist es notwendig, dass der Patient dialektische Verhaltensmuster aufbaut. Es ist unumgänglich dialektische Denkmuster zu vermitteln und extreme Reaktionen durch ausgeglichene, integrative Reaktionen zu ersetzen. Im Vergleich zu den Anfängen der DBT (Linehan 1996a; Bohus 2002) ist die Zielhierarchie neu geordnet und teilweise ausdifferenziert worden. Dies war notwendig, da sich die vorhandene Therapiestruktur als zu grob herausstellte. Damals stand an erster Stelle die Reduktion suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens. Im Anschluss wurde an der Reduktion therapiegefährdenden Verhaltens und schließlich an der Verbesserung der Lebensqualität gearbeitet.

Heute steht an erster Stelle die Verbesserung der Überlebensfertigkeiten. Es folgt die Arbeit an den Fertigkeiten zur Verbesserung der Mitwirkung bei der Therapie. Danach wird an der Reduktion des krisengenerierenden Verhaltens gearbeitet. Im Anschluss erfolgt die Behandlung von sehr schwerwiegenden psychischen Störungen (z. B. PTBS) und/oder Problemen, die eine normale soziale Interaktion und berufliche Tätigkeit verhindern.

1.4.1 Primäre Behandlungsstruktur

In der DBT ist der Aufbau bzw. die Verbesserung von funktionalen Strategien zur Emotionsregulation das vorrangige Behandlungsziel. Um es Patienten zu ermöglichen, dieses Ziel zu erreichen, wird es in zwei Unterziele unterteilt:

1. Zunächst soll den Patienten vermittelt werden, »die extreme Emotionalität zu verändern und fehlangepasste stimmungsabhängige Verhaltensweisen zu reduzieren« (Linehan 1996a).
2. Im zweiten Schritt soll den Patienten vermittelt werden, »den eigenen Gefühlen, Gedanken und Aktivitäten ihre Berechtigung zuzugestehen und ihnen zu vertrauen« (Linehan 1996a).

Daraus ergibt sich die folgende vorrangige Behandlungsstruktur:

Behandlung von schwerwiegenden Verhaltensproblemen

Verringern von

1. lebensbedrohlichem Verhalten (Suizidversuche, fremdgefährdendes Verhalten [z. B. Totschlag], potenziell lebensbedrohliche unbehandelte medizinische Zustände, Hochrisikoverhalten, lebensbedrohliches selbstverletzendes Verhalten, schwere Ess- und Trinkstörungen),
2. therapiezerstörendem Verhalten (drohende Behandlungsabbrüche, Burnout des Therapeuten, schwere Probleme im therapeutischen Setting, Finanzierungsprobleme),
3. krisengenerierendem Verhalten (schwerwiegende familiäre Probleme, fatale Partnerschaften, anhaltende Bedrohung durch oder sexuelle Kontakte mit Tätern, ungeplante psychiatrische Notaufnahmen, rezidivierende schwere Selbstverletzungen),
4. den Therapiefortschritt gefährdendem Verhalten (Intoxikationen, Dissoziationen, chronisch anhaltende Psychose, Major Depression, schwere ADHDS, Non-Commitment, schwere Schlafprobleme),
5. Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt: Hier ist alles zusammenzufassen, was bisher nicht erwähnt wurde (Partnerschaftsprobleme, Probleme am Arbeitsplatz usw.).

Zeitgleich Aufbau und Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten im Gruppensetting durch

- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Bewussten Umgang mit Gefühlen
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- Selbstwert

Schweres Leid auf der emotionalen Ebene akzeptieren/verändern

- Verringern von Symptomen, die innerhalb eines Posttraumatischen Stresssyndroms auftreten
- Erlernen eines nicht traumatisierenden Erlebens von Emotionen

Probleme der Lebensführung akzeptieren/lösen

- Bearbeitung individueller Schwierigkeiten
- Steigerung der Selbstachtung

Gefühle der Unerfülltheit akzeptieren/verändern

Die Therapieziele werden hierarchisch abgearbeitet. Dies bedeutet auch, dass sobald ein bereits bearbeitetes dysfunktionales Verhalten erneut auftaucht, der Therapiefokus sich wieder dorthin zurück verschiebt.

Beispiele aus der Ergotherapie

Ein Patient arbeitet in der Ergotherapie mit Speckstein. Er stellt ein Symbol für bereits Erreichtes her (arbeitet also im Bereich Selbstwert). Nachdem er sich selbst verletzt hat, ergab die Verhaltensanalyse, dass der Patient Schwierigkeiten hat, seine Frühwarnzeichen wahrzunehmen, und noch Stresstoleranzskills benötigt. In der Ergotherapie bleibt der Patient beim Werkstück, allerdings ändert sich der Fokus, z. B. auf die Wahrnehmung seiner individuellen Frühwarnzeichen. Sowohl der Patient als auch der Ergotherapeut achten nun vermehrt darauf, wie der Patient bei auftretenden Schwierigkeiten reagiert.

1.4.2 Sekundäre Behandlungsstruktur

Im Gegensatz zur primären und damit individuellen Therapiestruktur ist die sekundäre Therapiestruktur für alle Patienten in der DBT gültig. Wie diese Behandlungsstrukturen in der Ergotherapie umgesetzt werden können, wird nachfolgend an einigen Beispielen erklärt. In der DBT sollen Patienten lernen, ihre emotionale Reaktivität durch Verbesserung der Modulation zu beherrschen. Sie sind angehalten, die Selbstinvalidierung durch Selbstvalidierung zu ersetzen. Statt ständig krisengenerierendes Verhalten zu zeigen, sollen Patienten in der DBT das emotionale Erleben verbessern. Sie sollen die aktive Passivität als Problemlösungsstrategie zugunsten einer aktiven Problemlösung aufgeben. Patienten sollen sich adäquat bei auftretenden Problemen äußern, statt durch die Demonstration scheinbarer Kompetenz weiter in das Problem hineinzugeraten.

Hinweise für Ergotherapeuten

Es wird deutlich, dass in der Ergotherapie an allen hier aufgeführten Zielen (► Tab. 1-1) hervorragend gearbeitet werden kann. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen:

Emotionale Modulation: zunächst akzeptieren, dass (bei der Arbeit mit Ton) eine bestimmte Glasur nicht vorhanden ist, und darauf bestehen, dass sie bestellt wird, anstatt herumzuschreien, dass sie nicht da ist.

Selbstvalidierung: »Schwierig, aber das bekomme ich hin« anstatt »Bin ich eh zu blöd dazu«.

Realistische Bewertung: »Ist das wirklich so schlimm, dass ich das heute nicht fertig bekomme? Gibt es Alternativen?« anstatt »Alles bescheuert hier, ich hau ab«.

Aktive Problemlösung: bei schwierigen Aufgabenstellungen jemanden um Hilfe bitten, anstatt seine Hilflosigkeit immer stärker nach außen zu zeigen (aktive Passivität).

Adäquater Ausdruck: rechtzeitig bemerken, wenn man an seine Grenzen kommt und Skillsanwendung, anstatt Anspannung um jeden Preis auszuhalten und sich dann in der Folge zum Spannungsabbau selbst zu verletzen.

1.5 Therapeutische Strategien

Wenn man die DBT von außen betrachtet, fällt rasch auf, dass sie sich durch zwei sich scheinbar widersprechende therapeutische Strategien auszeichnet. Zum einen drängt sie den Patienten zur Veränderung seiner Verhaltensweisen, zum anderen akzeptiert sie die Verhaltensweisen des Patienten. Die so entstehenden Spannungen werden in der DBT genutzt, um den therapeutischen Prozess voranzubringen.

Dies bedeutet, dass auch Ergotherapeuten lernen müssen, diese Spannung auszuhalten, statt dem Patienten vorschnell eine Lösung anzubieten.

Beispiele aus der Ergotherapie

Der Ergotherapeut akzeptiert, dass es dem Patienten schwerfällt, in Gruppen zu arbeiten und an der Skillswerkstatt teilzunehmen (Akzeptanz). Auf der anderen Seite wird der Ergotherapeut vom Patienten die Teilnahme an der Gruppe fordern, um in der Therapie voranzukommen (Fordern von Veränderung).

1.5.1 Dialektische Strategien

Eines der wichtigsten Merkmale der DBT ist die Dialektik, also das ständige Ausbalancieren von Gegensätzen. Ziel der Dialektik ist es, den Patienten zu einem ausgewogenen Leben zu verhelfen. Wichtigstes Prinzip ist es, den Patienten so anzunehmen, wie er ist und gleichzeitig eine Verhaltensänderung zu fordern (► Tab. 1-1).

Tab. 1-1 Übersicht dialektische Strategien

Akzeptanz	Veränderung
Validierung	Veränderungsstrategie
wohlwollendes Sorgen um die Patienten	Fordern von Veränderung
im Moment sein	der DBT-Zielhierarchie folgen
Miteinander	eigene Grenzen beachten
warme, zugewandte Kommunikation	freche, provokative Kommunikation

Ein ausgewogenes Patient-Behandler-Verhältnis lässt sich bildlich gut als Therapeutische Wippe (► Abb. 1-1) darstellen. Jede Bewegung einer Seite wird durch eine Gegenbewegung (Einsatz der entsprechenden Strategie) ausbalanciert. So wird sichergestellt, dass beide Seiten auf der Wippe (in der Therapie) bleiben.

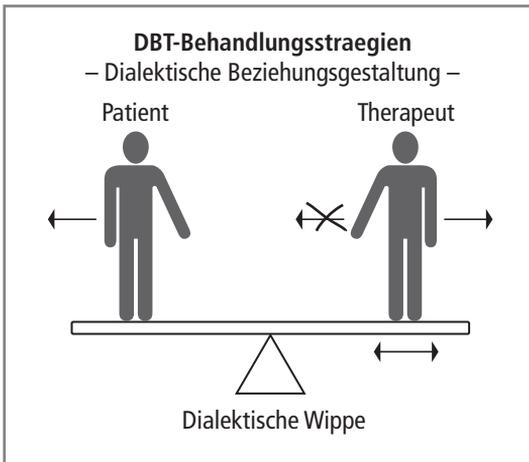


Abb. 1-1 Die Dialektische Wippe

Fallbeispiel

Eine Patientin möchte ihr Leporello mit rotem Papier beziehen. Der Ergotherapeut zeigt ihr das vorhandene Material.

P: Das Rot geht ja gar nicht. (Bewegt sich Richtung Ende der Wippe.)

Et: Ich hätte noch diesen Rotton. (Versucht die Patientin noch einmal zu erreichen.)

P: Nee, der sieht ja noch schlimmer aus! (Geht noch weiter zurück.)

Et: Eine andere Alternative habe ich nicht. (Bewegt sich ebenfalls ein Stück rückwärts.)

P: Bei mir an der Ecke gibt es einen Laden, der hat Papier in meiner Farbe. (Bewegt sich wieder auf den Therapeuten zu.)

Et: Hat der noch auf, wenn Sie abends nach Hause kommen? (Bewegt sich wieder auf die Patientin zu.)

P: Ja. Dann muss ich wohl dahin. (Zögerliches Bewegen auf den Therapeuten zu.)

Et: Wie wäre es, wenn Sie mehrere Bögen mitbringen und ich rede mit meinem Teamleiter, dass Sie das Geld bekommen? (Bewegt sich auf die Patientin zu.)

P: Okay, das wäre cool. (Ist wieder stabil auf der Wippe.)

Hinweise für Ergotherapeuten

Maßgeblich ist es für den Ergotherapeuten, zu beobachten, in welche Richtung der therapeutischen Wippe sich der Patient bewegt. Der Ergotherapeut ist dann gehalten, diese Bewegung auszugleichen, um die therapeutische Wippe in der Balance zu halten.

1.5.2 Validierungsstrategien

Validieren bedeutet, dem Gegenüber zu vermitteln, dass seine subjektive Sicht der Dinge für ihn stimmig und daher für mich nachvollziehbar ist. Diese subjektive Sicht der Dinge ist von verschiedenen Faktoren, z. B. gemachten Erfahrungen oder biologischen Dysfunktionen, geprägt. Validieren bedeutet jedoch nicht, immer mit der subjektiven Sichtweise des Gegenübers übereinzustimmen oder diese gutzu-

Tab. 1-2 Übersicht Validierungsstrategien

Strategie	Beispiel	Positive Wirkung	»Nebenwirkung«
V1 Aufmerksames Zuhören	zugewandte Sitzhaltung, Blickkontakt, aufmunterndes Nicken	Wertschätzung »Sie sind es wert, ich bin mit ungeteilter Aufmerksamkeit bei Ihnen.«	wenig therapeutische Wirkung
V2 Nachfragen, Fakten klären, Gehörtes reflektieren	T: »Ich habe verstanden, dass Sie Schwierigkeiten in Kellern haben. Habe ich das richtig verstanden?«	Verständnis »Ich versuche das, was Sie mir erzählt haben, genau zu verstehen.«	beziehungsfördernd wenig therapeutische Wirkung
V3 Aussprechen von nicht Verbalisiertem (Mind reading)	T: »Ich habe den Eindruck, Sie sind hoch angespannt und würden am liebsten hier rausrennen.«	emotionales Mitschwingen »Ich nehme Dich und Deine Emotionen wahr.«	beziehungsfördernd, nicht auf Veränderung orientiert
V4 Validierung in Bezug auf Biografie oder biologische Dysfunktion	T: »Nach dem, was Sie erlebt haben, kann ich es gut nachvollziehen, dass Sie es in Kellerräumen nicht aushalten.«	einsichtsfördernd »Ich kann verstehen, dass es aufgrund des Erlebten in ähnlichen Situationen grundsätzlich schwierig für Sie wird.«	stabilisierend, wenig veränderungsorientiert
V5 Bezugnahme auf gegenwärtige Stimuli und Grundannahmen	T: »Solange Sie davon ausgehen, dass alle Männer gefährlich sind, werden Sie z.B. mit mir als männlichem Therapeuten nicht zusammenarbeiten können.«	veränderungsfördernd »Ich kann es verstehen, es ist schwer, aber solange Sie glauben, dass ...«	veränderungsfördernd »öffnet die Tür zur Veränderung«
V6 Radikale Echtheit	T: »In der Situation hätte jeder so gehandelt.«	beziehungsaufbauend, Abbau von Selbstzweifeln und Scham	Stabilisierung hilfreicher (funktionaler) Verhaltensmuster
V7 Cheerleading	T: »Ich bin mir sicher, dass Sie das schaffen!«	unterstützend, anfeuernd	hilfreich für den Patienten, um in schwierigen Situationen durchzuhalten und noch einmal die letzten Kräfte zu mobilisieren

heißen. In der Standard-DBT gibt es sieben Validierungsstrategien, eine umfassende Übersicht bietet Tabelle 1-2.

V1: Aufmerksamkeit/genaues Zuhören

Der Therapeut lässt den Patienten spüren, dass ihn sein Verhalten interessiert.

V2: Nachfragen/genaue Reflexion

Der Therapeut reflektiert, was vom Verhalten des Patienten bei ihm angekommen ist.

V3: Verbalisieren/Aussprechen von nicht Gesagtem

Der Therapeut macht dem Patienten deutlich, dass er dessen Verhalten objektiv nachvollziehen kann bzw. die Konsequenzen nachvollziehbar sind.

V4: Bezug auf gemachte Lernerfahrungen oder biologische Dysfunktionen

Der Therapeut macht dem Patienten den Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und den gemachten Erfahrungen deutlich.

V5: Bezugnahme auf gegenwärtige Stimuli und Grundannahmen

Der Therapeut macht dem Patienten die seinem Verhalten zugrunde liegende problematische Grundannahme oder den aktuellen situativen Stimulus deutlich.

V6: Radikale Echtheit

Der Therapeut ist dem Patienten gegenüber authentisch und behandelt sein Gegenüber als kompetente, erwachsene Person, ohne dessen Problematik zu übersehen.

V7: Cheerleading

Der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass er an ihn glaubt, gern mit ihm zusammenarbeitet und dass der Patient alle Fertigkeiten in sich trägt, um seine Probleme zu meistern.

Fallbeispiel

Eine Patientin, 23 Jahre alt, sitzt gemeinsam mit dem Ergotherapeuten im Erstgespräch. Sie hat einige Aufenthalte in anderen Kliniken hinter sich und dort erste Erfahrungen mit der Ergotherapie gesammelt. Die Patientin lebte in ihrer Jugend in mehreren Pflegefamilien, nachdem bekannt geworden war, dass der leibliche Vater sie seit dem zwölften Lebensjahr regelmäßig sexuell missbrauchte. Wenn die Patientin versuchte, sich zur Wehr zu setzen, wurde sie in den Keller gesperrt und musste dort in der Dunkelheit ausharren. In der Schule wurde sie aufgrund ihrer Ungeschicklichkeit im Handwerksunterricht gehänselt.

Die Patientin sitzt mit verschränkten Armen und ohne Blickkontakt vor dem Ergotherapeuten. Der linke Fuß wippt sehr unruhig, die Schultern sind hochgezogen. Im Vorfeld hatte sie sich bei der Bezugspflege skeptisch gegenüber der Ergotherapie geäußert. Sie könne nicht mit Männern in einem geschlossenen Raum sein und sei zum Basteln eh zu blöd. Sie habe in anderen Kliniken nur Misserfolge erlebt und daraufhin nicht mehr an der Ergotherapie teilnehmen müssen.

V1: Aufmerksamkeit/genaues Zuhören

Der Ergotherapeut ist wach und zugewandt. Er gibt der Patientin über eine nach vorn geneigte offene Sitzhaltung und den Blickkontakt zu verstehen, dass er sie wertschätzt und ihn interessiert, was sie zu berichten hat. Der Ergotherapeut vermeidet neugieriges Nachfragen und bewertende Bemerkungen.

V2: Nachfragen/genaue Reflexion

T: Ich habe verstanden, dass es für Sie schwierig ist, in einem Raum mit männlichen Personen zu sein. Habe ich das richtig verstanden?

V3: Verbalisieren/Aussprechen von nicht Gesagtem

T: Ich könnte mir vorstellen, dass Sie gerade hier im Keller und allein mit mir als Mann ziemliche Angst haben. Ich kann gut nachvollziehen, dass Sie jetzt am liebsten abhauen würden.

V4: Bezug auf gemachte Lernerfahrungen oder biologische Dysfunktionen

T: Aufgrund der gemachten Mobbing-Erfahrungen kann ich es gut nachvollziehen, dass es Ihnen schwerfällt, in der Gruppe, wo Sie jeder beobachten kann, mit Materialien zu arbeiten.

V5: Bezugnahme auf gegenwärtige Stimuli und Grundannahmen

T: Solange Sie glauben, dass Sie in jeder Gruppe Mobbing-Erfahrungen machen, wird es Ihnen nur schwer oder gar nicht möglich sein, mit anderen im Team zu arbeiten.

V6: Radikale Echtheit

T: Da haben Sie bisher aber immer blöde Erfahrungen gemacht.

V7 Cheerleading

T: Sie haben es geschafft, hier in die Ergotherapie zum Erstgespräch zu kommen. Ich bin mir sicher, dass Ihnen der Einstieg in die Ergotherapie gelingt und Sie auch eine Werkgruppe aushalten werden.

1.5.3 Validierungsfallen

Anhand des vorangegangenen Abschnitts wird deutlich, dass das Validieren durch den Anteil der Forderung nach Verhaltensveränderung über das Prinzip des reinen empathischen Mitschwingens hinaus geht. Validierungsstrategien stellen die Grundlage jeder Verhaltensänderung dar. Es ist sinnvoll, zunächst akzeptanzorientiert zu arbeiten, um z. B. eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, anstatt gleich »mit der Tür ins Haus zu fallen« und Veränderung zu fordern.

Beispiel

T: »Ah, okay, ich habe verstanden, dass Sie Schwierigkeiten in Kellerräumen haben. Super, da das Erstgespräch zur Ergotherapie im Keller stattfindet, können Sie gleich üben, das auszuhalten.«

Stattdessen:

T: »Ah, okay, ich habe verstanden, dass Sie Schwierigkeiten in Kellerräumen haben. Wäre es eine Idee, das Erstgespräch hier draußen zu führen, um das weitere Vorgehen zu besprechen?«

Validieren will gelernt sein und sollte in Fleisch und Blut jedes Teammitglieds übergehen. Kleiner Tipp: Validieren Sie sich und Ihre Kollegen auch z. B. in Teamsitzungen.

Es gibt auch einige Fallen, in die selbst erfahrene Behandler tappen können:

Analysieren/Interpretieren/Deuten

Jede Sichtweise ist immer subjektiv. Der Therapeut sollte nicht voreilig bedeuten, dass er das Problem des Patienten verstanden hat. Dieser wird dann versuchen, immer wieder neue Aspekte ins Spiel zu bringen, in der Hoffnung, dass der Therapeut ihn versteht. Die Gefahr, dass der Therapeut von den ständigen Wiederholungen des Patienten genervt ist, ist dann ziemlich wahrscheinlich.

Bagatellisieren

»Ach, das ist ja jetzt nicht schlimm.« Für die Patienten fühlt es sich aber schlimm an und deshalb ist die Aussage eine Invalidierung des Erlebens des Patienten.

Dramatisieren

»Um Himmels willen, was haben Sie sich dabei gedacht?« Patienten haben Schwierigkeiten, ihre Reaktionen und Handlungen in den richtigen Kontext zu bringen. Durch dramatische Äußerungen des Therapeuten, der sicher nur die Ernsthaftigkeit der Problematik hervorheben möchte, haben die Patienten das Gefühl, unmöglich zu reparierende Fehler gemacht zu haben.

Neugieriges Nachfragen

Es gibt viele Dinge, über die Patienten gerade in Gruppensituationen nicht reden möchten, da sie sich schämen. Scham ist eine Emotion, die Patienten vermeiden möchten. Deshalb ist es sinnvoll, auf die Grenzen der Patienten zu achten und sie nicht durch übermäßige Neugier in die Ecke zu drängen.

Lösungsvorschläge machen

Voreilige Lösungsvorschläge vonseiten des Therapeuten können Grundannahmen (Ich bin zu blöd) aktivieren und verstärken und verhindern auch das Entwickeln eigener Problemlösestrategien und die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln.

Loben

Loben ist eine wichtige Sache und sollte bei erbrachten Leistungen auch nicht vergessen werden. Übermäßiges Lob hingegen fühlt sich für Patienten aufgrund des negativen Selbstbilds wie eine Lüge an. Außerdem befürchten Patienten, gerade in Gruppensituationen, bei den anderen Teilnehmern Neid zu erzeugen. Und dies löst wiederum Angst vor sozialem Ausschluss aus.

1.5.4 Commitmentstrategien

Die Übersetzung des Wortes Commitment – Einsatz, Engagement – gibt die wahre Bedeutung in der DBT nicht ausreichend wieder. Commitment bedeutet in der DBT das unbedingte Wollen, alles in der Therapie zu geben, um sich zu verändern. Als Eselsbrücke kann man sich »Komm mit« merken, denn es handelt sich hier um die Zustimmung zur Behandlung. Ohne Commitment sowohl vonseiten des Patienten als auch vonseiten des Ergotherapeuten ist keine wirkungsvolle Arbeit mit Patienten möglich.

Das Commitment ist die uneingeschränkte Zustimmung mit viel »Herzblut«. Der Patient muss das, was ihm angeboten wird, absolut wollen und mit vollem Herzen dahinterstehen. Das ist für den Patienten nicht einfach, denn er lässt sich auf für ihn unbekannte Dinge ein, deren Folgen er fürchtet oder noch gar nicht absehen kann. Zu vergleichen wäre dies mit einem Schiffbrüchigen, der sich nur mithilfe einer Planke (sein dysfunktionales Verhalten) über Wasser hält. Das Meer tobt und die Wellen (Alltag) begraben ihn immer wieder unter sich. In der Ferne ein rettender Dampfer (DBT). Von diesem Dampfer wird ihm zugerufen, er solle doch die Planke loslassen und herüberschwimmen. Woher will er wissen, ob das Versprechen, ihn zu retten, überhaupt gehalten wird? Eventuell hat er schon einiges an »Rettern« erlebt und ist dementsprechend ambivalent den Rettern und der Rettung gegenüber. Aber ein Teil will die Veränderung, möchte die Planke loslassen, aufs sichere Schiff kommen und irgendwann festen Boden unter den Füßen spüren. Und um diesen kleinen, veränderungswilligen Teil kümmern wir uns. Dabei kommt die dialektische Haltung zum Tragen. In der DBT werden wir nun schrittweise versuchen, dem Patienten das Schwimmen beizubringen. Dabei vergessen wir nicht, dass der Patient riesige Ängste mitbringt, die es ihm erschweren, sich immer gleich auf unsere Handlungsanweisungen einzulassen (Verständnis). Gleichzeitig werden wir ihm nicht voreilig die Hand oder das Paddel reichen (Fordern). Wir werden stattdessen seine Hilferufe aushalten und sein Verhalten validierend begleiten.

Das Commitment muss ständig eingeholt werden. Es wird unter anderem benötigt für:

- Non-Suizid-Commitment,
- Therapievertrag, Therapieziele/Therapiebausteine,
- Thema der Therapiestunde,
- Teilnahme an der Skillsgruppe,
- Sämtliche Vereinbarungen/Ziele,
- Commitment als eigenständiges Therapieziel.

Hinweise für Ergotherapeuten

Neben dem Commitment zur Teilnahme an der Ergotherapie ist es für den Ergotherapeuten verpflichtend sich für jede auftretende Situation in der Therapie das Commitment der Patienten zu sichern. Dies betrifft sowohl Situationen, die einzelne Patienten betreffen, als auch Situationen, von denen die gesamte Gruppe betroffen ist.

Beispiele aus der Ergotherapie

T: »Ist es okay, wenn ich Ihnen einen Tipp gebe?« (zum einzelnen Patienten)
oder

T: »Ist es für die Gruppe okay, wenn ich heute erst einmal Frau M. helfe? Ich stehe natürlich allen zur Verfügung, aber das Beziehen des Buchdeckels erfordert vier Hände.« (zur Gruppe)

Um sich das Einverständnis der Patienten in Einzel- oder Gruppensituationen zu sichern, stehen in der DBT die nachfolgend beschriebenen Strategien zur Verfügung.

Pro und Contra

Der Einzeltherapeut erarbeitet gemeinsam mit dem Patienten, welche Fakten für und gegen ein bestimmtes Verhalten sprechen. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf den langfristigen Folgen sowohl von dysfunktionalen Verhaltensweisen als auch der Skillsanwendung, da diese oft nicht bedacht werden. In der DBT gibt es eine Pro-und-Contra-Liste, die aus insgesamt acht Feldern besteht und sowohl das jeweilige nicht funktionale Verhalten als auch den Skillseinsatz berücksichtigt. Der Aufbau der Pro-und-Contra-Liste und die Umsetzung in der Ergotherapie sind in Kapitel 6 genau beschrieben.

Hinweise für Ergotherapeuten

Auch in der Ergotherapie kann sich der Patient für das aktive Mitarbeiten an seinen Behandlungszielen entscheiden und prozessorientiert arbeiten. Das hätte kurzfristig kaum Vorteile, denn er würde mit seinen Werkstücken kaum vorankommen. Auf der anderen Seite würde er aber langfristig durch den Übertrag der gemachten Erfahrungen, z. B. im Bereich Umgang mit Gefühlen, in den Alltag seinen langfristigen Therapiezielen näherkommen. Natürlich könnte er auch ergebnisorientiert an einem »schönen Werkstück« arbeiten. Dies hätte kurzfristig den Vorteil, dass er sich nicht mit z. B. seinen Frühwarnzeichen auseinandersetzen müsste, langfristig hätte er allerdings die Zeit in der Ergotherapie vertan.

Advocatus Diaboli

Beim »Anwalt des Teufels« argumentiert der Ergotherapeut mit den Argumenten des Patienten gegen die Zustimmung. So wird der Patient ermutigt, noch einmal sein Vorhaben zu bekräftigen. Der Advokat des Teufels kann immer dann eingesetzt werden, wenn bereits eine schwache Zustimmung seitens des Patienten vorhanden ist. Dabei müssen die Argumente des Therapeuten immer etwas schwächer sein als die Argumente des Patienten.

Beispiele aus der Ergotherapie

Ein Patient äußert den Wunsch, nachdem er lange überlegt hat, endlich ein Bild auf Leinwand zu malen. Er hat lange die Wirkung und das Zusammenspiel der Farben auf Papier ausprobiert. Das Motiv hat er sorgfältig ausgewählt und das Bild soll in seiner neuen Wohnung hängen.

P: »Ich würde das hier gern auf Leinwand malen. Aber das klappt sowieso nicht.«

T: »Sicher? Sie gehen sehr sorgfältig mit Werkzeugen und Material um und haben viel ausprobiert. Ich könnte mir vorstellen, dass es klappen könnte. Auf der anderen Seite kann natürlich immer was mit dem Material oder dem Werkzeug sein.«

P: »Mit dem Material war doch noch nie was ...«

T: »Na ja, einmal ist immer das erste Mal ...«

P: »So ein Quatsch. Ich fang jetzt an ...«

T: »Okay, dann los.«

Hinweise für Ergotherapeuten

Den Advocatus Diaboli immer erst dann einsetzen, wenn eine therapeutische Beziehung und eine leichte Zustimmung des Patienten vorhanden sind.

Fuß in der Tür/Tür ins Gesicht

Fuß in der Tür

Bei dieser Technik wird eine kleine Anforderung von einer größeren gefolgt. Im Alltag kennen wir das aus Haustürgeschäften. Erst wird vorsichtig gefragt, ob Interesse am Produkt besteht und die Wohnung betreten werden darf, um das Produkt zu präsentieren. Im Verlauf der Präsentation kommen immer mehr Zusatzprodukte hinzu, die absolut notwendig erscheinen. Am Ende besitzt man die komplette Produktpalette.

Beispiel

Der Einzeltherapeut versucht, bei einem Patienten, der sich täglich mehrfach selbst verletzt, einen Fuß in die Tür zu bekommen:

T: »Können Sie sich vorstellen, sich einen Tag nicht zu verletzen?«

Beispiele aus der Ergotherapie

Der Ergotherapeut könnte bei einer Patientin, die aufgrund einer Traumatisierung Schwierigkeiten im Umgang mit Männern hat, fragen, ob sie eventuell zunächst einmal während der Gruppenzeiten in der Ergotherapie vorbeischauchen kann.

T: »Frau S., wie wäre es, wenn Sie zunächst erst einmal in die Ergotherapiegruppe kommen und sich mit an den Tisch setzen? Wir könnten ein nonverbales Zeichen vereinbaren und Sie können die Gruppe verlassen, wenn Sie bemerken, dass die Anspannung zu hoch wird.«

Tür ins Gesicht

Das genaue Gegenteil: Hier wird eine übermäßig große Forderung gestellt, die das gewünschte Ergebnis um ein Vielfaches übersteigt. Als Beispiel aus dem Alltag kennt fast jeder den Kauf eines Fernsehers. Wir haben unsere Preisvorstellung von 400 €, aber der Verkäufer überrascht uns mit einem Sonderangebot von 700 €. Wir beginnen zu handeln und treffen uns in der Mitte. Beide haben nun das Gefühl, ein gutes Geschäft gemacht zu haben.

Beispiel

Der Einzeltherapeut möchte, dass sich eine Patientin einen Monat nicht schneidet.

T: »Können Sie sich vorstellen, dass Sie sich im nächsten halben Jahr nicht schneiden?«

P: »Nee, das geht gar nicht!«

T: »Was könnten Sie sich vorstellen?«

P: »Zwei Monate maximal.«

T: »Können wir uns auf drei einigen?«

P: »Okay, dann drei.«

Beispiele aus der Ergotherapie

Eine Patientin soll mehr Verantwortung übernehmen, um stimmungsunabhängiges Handeln zu üben. Der Ergotherapeut möchte, dass Sie für die nächsten zwei Wochen die Vorbereitung für die gemeinsame Kaffeepause der Werkgruppe übernimmt.

T: »Frau M., Sie haben sich ja inzwischen eingelebt und sind auch mit den Abläufen in der Skillswerkstatt vertraut. Können Sie sich vorstellen, für den nächsten Monat für die Pausenvorbereitung zuständig zu sein?«

P: »Was, den ganzen Monat? Achtmal? Nee, niemals!«

T: »Okay, wie lange könnten Sie es sich vorstellen?«

P: »Maximal zwei Wochen.«

T: »Ich biete Ihnen einen Deal an. Drei Wochen.«

P: (lacht) »Woher wusste ich das nur ... okay, drei Wochen.«

Hinweise für Ergotherapeuten

Oft ist eine Kombination von beiden Techniken sinnvoll.

Erinnern an frühere Zustimmung

Diese Strategie wird eingesetzt, wenn die Zustimmung der Patienten, aus welchem Grund auch immer, abzunehmen scheint. Der Therapeut hinterfragt noch einmal, was die ehemaligen Beweggründe der Patienten waren, der Behandlung zuzustimmen. Diese Strategie kann vor allem in Krisensituationen sinnvoll sein, denn gerade dann ist das Entwickeln einer neuen Zustimmung sehr schwierig.

Beispiel

T: »Was war das eigentlich, was uns dazu gebracht hat, diese Absprache zu treffen?« (in der Einzeltherapie)

T: »Steht der Vertrag noch?« (beim Telefoncoaching in einer Krisensituation)

Beispiele aus der Ergotherapie

Im Erstgespräch wurde vereinbart, dass der Patient an der Wahrnehmung seiner Frühwarnzeichen arbeitet. In der Eingangsrunde steht das Commitment noch, aber während der Therapieeinheit schiebt der Patient das neben ihm liegende Arbeitsblatt zur Seite.

T: »Sie schieben das Blatt zur Seite, benötigen Sie mehr Platz?«

P: »Nee, ich habe keine Lust mehr, ständig in mich reinzuhorchen. Ich muss hier fertig werden!«

T: »Wenn ich das richtig verstanden habe, steht das Wahrnehmen Ihrer Frühwarnzeichen nicht mehr im Vordergrund?«

P: »Nee, im Moment will ich hier nur fertig werden.«

T: »Warum haben wir uns eigentlich darauf geeinigt, dass Sie in den nächsten zwei Wochen verstärkt am Wahrnehmen Ihrer persönlichen Frühwarnzeichen arbeiten?«

Hinweise für Ergotherapeuten

Es kann dabei zu Diskussionen über bereits getroffene Entscheidungen kommen und die getroffene Entscheidung kann kippen.

Betonen der freien Wahlmöglichkeit

Mit dieser Technik wird den Patienten vermittelt, dass bei allen Entscheidungen, die sie treffen, immer eine Wahlmöglichkeit besteht und sie die Entscheidung aus freien Stücken getroffen haben. So werden Zustimmung und Zusammenarbeit verstärkt. Aber: Gleichzeitig müssen dem Patienten auch klar die Konsequenzen der getroffenen Entscheidung aufgezeigt werden.

Beispiel

T: »Dann gehen Sie jetzt noch einmal in sich, schauen sich den Behandlungsvertrag genau an und überlegen Sie, ob Sie ihn unterschreiben. Sollten Sie sich allerdings dagegen entscheiden, ist der Therapieplatz, auf den Sie so lange gewartet haben, weg.«

Beispiele aus der Ergotherapie

T: »Sicher können Sie noch einmal mit der Bezugspflege reden, ob Sie wirklich an der Ergotherapie teilnehmen müssen. Allerdings ist die Ergotherapie ein fester Bestandteil Ihrer Therapie hier. Da Sie den Therapievertrag unterschrieben haben, befürchte ich, dass Sie mit Entlassung rechnen müssen.«

Hinweise für Ergotherapeuten

Beim Aufzeigen der Konsequenzen immer die realen Konsequenzen aufzeigen und nicht übertreiben oder drohen.

Cheerleading

Hierbei wird der Patient ermutigt, selbst kleinste Veränderungen noch stärker zu betreiben, und ihm wird verdeutlicht, dass Fortschritte zu sehen sind. Es wird vermittelt, dass es sich lohnt, die Anstrengungen zu verstärken und bei der Sache zu bleiben.

Beispiel

T: »Ich sehe, Sie haben unheimliche Ressourcen und viel Energie. Ich habe z. B. beobachtet, dass es Ihnen nach kurzer Zeit gelungen ist, sich gut in die Werkgruppe zu integrieren. Wenn Sie es schaffen diese Energie und diese Power in die Therapie zu investieren, dann werden Sie definitiv Fortschritte machen. Bleiben Sie am Ball.«

Beispiele aus der Ergotherapie

T: »Ich habe bemerkt, dass Sie immer mehr fragen, wenn es Probleme mit den Materialien gibt. Das bedeutet, dass Sie immer besser in der Lage sind, sich bei auftretenden Problemen rechtzeitig Hilfe zu holen. Das sind echt gute Fortschritte, was den Bereich zwischenmenschliche Fertigkeiten anbetrifft. Total stark.«

Hinweise für Ergotherapeuten

Diese Technik ergibt nur Sinn, wenn tatsächlich Fortschritte zu sehen sind. Dabei sind die Regeln des Shapings zu beachten (► Kap. 1.5.6).

Um das Commitment zur Therapie zu überprüfen und die eigenen Anteile prozentual sichtbar zu machen, kann in der Ergotherapie zu Beginn das Commitment als »Therapiekuchen« auf Tonkarton zum Mitsichführen oder auch als Plakat gestaltet werden.

→ *Das dazugehörige Arbeitsblatt finden Sie in den Onlinematerialien.*

Exkurs

Commitment als eigenständiges Therapieziel

Patienten mit einer Störung der Emotionsregulation sind nur selten in der Lage, stimmungsunabhängig zu handeln. Deshalb wird das Commitment auch als eigenständiges Therapieziel angesehen.

Beispiel

Oft werden z. B. Verabredungen mit Freunden kurzfristig ab- und dann wieder zugesagt, um dann wieder abzusagen. Dies geschieht aus der aktuellen Stimmung heraus, die Wahrnehmung der Patienten ist »Es geht mir nicht gut«. Unerfahrene Einzeltherapeuten, die mit Patienten an einer für die Patienten sinnvollen Tagesstruktur arbeiten, freuen sich über die Vielzahl von Aktivitäten, die der Patient an einem Abend plant, z. B. Telefonat mit den Eltern, Besuch bei einer Freundin, DVD schauen ... Beim Überprüfen des Erreichten wird schnell klar, dass der Patient nicht alles geschafft hat. Trotzdem ist der Therapeut froh, dass der Patient aktiv war. Bei etwas genauerem Hinsehen wird dann allerdings oft klar, dass der Patient alle Aktivitäten, die nicht zu seiner aktuellen Stimmungslage passten, gestrichen hat (»Es ging mir schlecht.«).

Hinweise für Ergotherapeuten

Der Ergotherapeut kann das stimmungsunabhängige Handeln mit Patienten trainieren, indem der Patient die Übernahme von Verantwortung übt.

Beispiele aus der Ergotherapie

Der Ergotherapeut vereinbart mit dem Patienten kleine, aber verbindliche Aufgaben, z. B. das Vorbereiten der Kaffeepausen. Dies lässt sich in der Folge dahingehend ausweiten, dass der Patient zu verbindlichen Zeiten kleine Spaziergänge mit Patienten anderer Stationen unternimmt. Darauf aufbauend kann der Ergotherapeut dabei behilflich sein, eine ehrenamtliche Tätigkeit für den Patienten zu finden, die dieser nach der Entlassung übernimmt, z. B. Mitarbeit in Tierheimen, Büchereien, Altenheimen usw.

1.5.5 Kontingenzmanagement

Das Kontingenzmanagement beruht auf den Grundsätzen des operanten Konditionierens. Beim operanten Konditionieren geht man davon aus, dass das Verhalten von den darauf folgenden Konsequenzen bestimmt wird. Dies bedeutet, dass im Kontingenzmanagement mit positiver Verstärkung/Belohnung (positive Konsequenz) bzw. negativer Verstärkung (Wegfall von etwas Positivem), Bestrafung (negative Konsequenz) und Löschung (Extinktion; Wegfall einer positiven Konsequenz) gearbeitet wird.

Beispiel

Eine Patientin erscheint immer wieder unpünktlich zur Ergotherapie. Dies wird vom Ergotherapeuten im Konsultationsteam unter dem Thema »Schwere Probleme im therapeutischen Setting« besprochen. Daraufhin zieht der Einzeltherapeut die Zeit von der Einzeltherapie ab und bespricht dies mit der Patientin (negative Konsequenz/Bestrafung). Die Patientin erscheint künftig pünktlich und die Einzeltherapie findet im gewohnten Umfang statt (negative Konsequenz gestrichen, neues Verhalten wurde positiv verstärkt).

Beispiele aus der Ergotherapie

Ein Patient arbeitet sehr gern mit Aquarell und leiht sich auch Materialien aus der Ergotherapie aus, um in seiner Freizeit damit weiterzuarbeiten. Im Konsultationsteam wird dem Ergotherapeuten berichtet, dass der Patient, nachdem er im Gruppenraum gemalt hat, diesen nicht richtig aufräumt. Das Personal der Pflege muss den Tisch abwischen und das Waschbecken, in dem der Patient die Pinsel reinigt, immer wieder säubern. Außerdem hält sich der Patient nicht an die Nachtruhezeiten mit dem Argument, dass dies mit dem Ergotherapeuten besprochen sei und er seine Bilder fertigstellen könne. Der Ergotherapeut vereinbart im Team, das vom Patienten gezeigte Verhalten mit diesem zu besprechen und zunächst keine Materialien mehr zu verleihen (negative Konsequenz/Bestrafung). Er bespricht dies mit dem Patienten. Der Patient ändert sein Verhalten und räumt künftig auf. Der Ergotherapeut leiht ihm bereitwillig wieder Materialien (negative Konsequenz gestrichen, positives Verhalten verstärkt).

1.5.6 Shaping

Unter Shaping versteht man den kleinschrittigen Aufbau von Verhaltensfertigkeiten direkt in der Situation. Dies muss dem Betroffenen nicht bewusst sein. Wichtig ist, dass hilfreiches, zielorientiertes Verhalten sofort von therapeutischer Seite verstärkt wird.

Beispiele aus der Ergotherapie

Eine Patientin hat bisher still und ohne Kontaktaufnahme an der Ergotherapie teilgenommen. Jetzt hat sie in der Therapieeinheit eine Mitpatientin nach einem Werkzeug gefragt. Dies wird in der Abschlussrunde vom Ergotherapeuten als zielorientiertes Verhalten gewürdigt. Im Laufe der Zeit nimmt die Patientin aktiver an der Gruppe teil. Um dieses Verhalten weiter zu fördern, wird der Ergotherapeut das Lob wegen selbstständiger Kontaktaufnahme einstellen und stattdessen loben, wenn die Patientin auf das zuvor gezeigte hilfreiche Verhalten aufbaut und z. B. von sich aus einem Mitpatienten Hilfe anbietet.

1.6 Weitere Strategien

Im folgenden Abschnitt werden einige für Ergotherapeuten nicht unbedingt relevante Strategien der Vollständigkeit halber kurz vorgestellt.

Anleitung zur Selbstbeobachtung (Wochenprotokolle)

Das Wochenprotokoll (Diary Card) ist ein Instrument, das Patienten täglich führen. Am Wochenprotokoll orientieren sich Patient und Therapeut, denn es erfasst sowohl die wichtigsten Problembereiche als auch Ressourcen der Patienten indivi-

duell. Das Wochenprotokoll wird zu Beginn jeder Stunde herangezogen, um den Fokus der Sitzung auf das bedrohlichste wie auch auf stabilisierende Verhaltensmuster zu richten.

Das Nichtausfüllen des Wochenprotokolls gilt als therapiegefährdendes Verhalten, wird sofort thematisiert und in einer Verhaltensanalyse werden die Beweggründe der Patientin geklärt.

Auf der anderen Seite ist der Einzeltherapeut verpflichtet, das Wochenprotokoll anzusehen. Geschieht dies nicht, wird die Patientin das Ausfüllen einstellen. Damit fehlt eine wichtige Grundlage der Therapie und die therapeutische Beziehung leidet (»Warum sollte ich das ausfüllen, interessiert ja eh niemanden, na ja, ich bin es eh nicht wert ...«).

Verhaltensanalyse (VA)

Ein weiteres sowohl für Patienten als auch Behandler wichtiges Element, um ein bestimmtes Verhalten und dessen Lösungsversuch zu verstehen, ist eine Verhaltensanalyse.

Dabei ist das Problemlösen als zweistufiger Prozess zu verstehen:

1. Probleme verstehen und akzeptieren,
2. Versuchen, eine alternative Lösung zu entwickeln.

Die Ausgangsfrage jeder Verhaltensanalyse ist: Warum zeigt der Patient gerade jetzt unter diesen Umständen z. B.

- einen Suizidversuch,
- Selbstverletzung,
- therapiestörendes Verhalten,
- kein Problemverhalten.

Inhaltliche Bestandteile der Verhaltensanalyse

Problemverhalten (verständnisorientiert)

In diesem Abschnitt wird die Patientin aufgefordert, ihr Problemverhalten im Detail zu beschreiben. Was hat sie genau getan? Wer war beteiligt? Was ist mit den Gegenständen geschehen, die sie zur Tat verwendet hat? Die Patientin soll ihr Verhalten so detailliert wie ein Drehbuch beschreiben, sodass eine Schauspielerin es nachspielen könnte.

Vorausgehende Bedingungen (verständnisorientiert)

Die Patientin schildert hier, welches Ereignis dem Problemverhalten vorausging. Sie soll in diesem Teil beschreiben, was sie dachte, tat oder fühlte, bevor das Problemverhalten begann. Dabei soll sie sowohl körperliche Empfindungen als auch ihre Vorstellungen beschreiben. Außerdem wird in diesen Abschnitt der Zeitpunkt des Beginns der Selbstverletzung benannt.

Anfälligkeitsfaktoren (verständnisorientiert)

Was machte anfällig für das Problemverhalten? Gibt es Missbrauch von Drogen oder Alkohol? Wie ist das momentane Essverhalten, wie ist der Schlaf? Gibt es körperliche Erkrankungen, die den Alltag gerade zusätzlich erschweren? Welche intensiven Emotionen spielten eine Rolle? Gibt es gerade Stress in der unmittelbaren Umgebung? Dieser Punkt der VA ist wichtig, da er auf eventuell behandlungsbedürftige Belastungsfaktoren hinweist.

Konsequenzen (verständnisorientiert)

Hier soll die Patientin die Folgen ihrer Handlung sowohl bei sich als auch in ihrem Umfeld identifizieren. Wie war das direkt nach dem Problemverhalten? Wie haben Personen aus dem Umfeld reagiert? Was wurde verletzt oder zerstört, entweder am eigenen Körper, in der Umgebung oder in Beziehungen?

Lösungsanalyse (veränderungsorientiert)

Die Patientin wird unter diesem Punkt aufgefordert, die Verhaltensanalyse durchzulesen und dabei die Punkte herauszufinden, an denen sie anders hätte handeln können. Gleichzeitig wird erfragt, welche Art von Konsequenz notwendig gewesen wäre, um anders zu handeln. Dies ist ein zentraler Punkt der Verhaltensanalyse. »Was kann ich das nächste Mal anders machen?« Bei der nächsten VA kann die Lösung unter der Frage »Was hat den Skillseinsatz verhindert?« zurate gezogen werden. Dann kann gezielt nachgebessert werden.

Präventionsstrategien (veränderungsorientiert)

Gemeinsam mit der Patientin wird überlegt, was reduziert werden kann. Was muss die Patientin in Zukunft beachten, um die Anfälligkeit zu verringern?

Wiedergutmachung

Die Wiedergutmachung ist ein sehr DBT-spezifischer Aspekt, denn eine Selbstverletzung ist immer schambesetzt und die Wiedergutmachung ist die Möglichkeit, wieder auf Augenhöhe zu kommen. Die Grundfrage ist: Wer ist verletzt, was ist zerstört?

Selbst verletzt → Selbstversorgung

Aschenbecher zerstört → neu kaufen

Hinweise für Ergotherapeuten

Sind persönliche Dinge (Tagebücher, Gruppenaufzeichnungen) von anderen betroffen, ist die Wiedergutmachung nur bedingt, meist materiell, möglich.

1.7 Die therapeutische Adhärenz der DBT

Adhärenz bezeichnet laut ICD-10 das Ausmaß der Übereinstimmung des Verhaltens einer Person (z. B. Medikamenteneinnahme) mit den vereinbarten Empfehlungen eines Behandelnden des Gesundheitsversorgungssystems. Adhärenz kann sich hierbei auf den Behandler (Therapeuten) wie auch auf den Empfänger (Patienten) beziehen (World Health Organization 2003).

Um die therapeutische Adhärenz im Rahmen der DBT überprüfbar und messbar zu machen, wurde die DBT Adherence Coding Scale (DBT ACS) auf der Grundlage der therapeutischen Strategien entwickelt (Linehan u. Korlund 2003). Die Skala erfasst das Ausmaß und die Kompetenz, mit denen DBT in der Therapie angewandt wurde. Die Skala besteht aus 66 Items, nochmals unterteilt in zwölf Subskalen. Im Manual von Linehan und Korlund findet sich für jedes Item eine detaillierte Beschreibung, darin eingeschlossen sind eindeutige Codierungsrichtlinien. Die Adhärenzbestimmung findet durch ausgebildete Rater statt. Sie sehen sich ein in der Therapieeinheit aufgezeichnetes Video an und markieren die einzelnen Items auf einer Scala von 0 bis 5, wobei 0 bedeutet, dass die Strategie nicht eingesetzt wurde und auch nicht eingesetzt werden sollte; 1–3 auf der Skala bedeuten den fehlenden oder nur mangelhaften Einsatz einer Strategie; 4 bedeutet, dass die DBT gut umgesetzt wurde, und 5, dass sie nicht besser hätte umgesetzt werden können. Diese Vorgehensweise gilt nicht nur für die Einzeltherapie, sondern auch für Skilltrainingsgruppen. Der endgültige Adhärenzwert wird aus dem Mittelwert der Adhärenz der Einzeltherapie sowie dem Mittelwert der Adhärenz der Skills-Trainingsgruppe ermittelt.

1.8 Zusammenfassung

Mit der DBT ist eine gut strukturierte Therapieform entstanden, die nicht nur bei Menschen mit Borderline-Erkrankungen wirksam ist. Die DBT bietet allen an der Behandlung Beteiligten die Möglichkeit, mit den eigenen Möglichkeiten effizient an der Behandlung teilzuhaben. Dabei lebt die DBT vom Teamgedanken und jede Berufsgruppe kann von der anderen profitieren. Um dies auch wirksam umzusetzen, ist wichtig, dass die einzelnen Mitglieder des Teams, also auch die komplementären Berufsgruppen wie die Ergotherapie, die Grundlagen der DBT beherrschen und einsetzen. So wird es möglich, dass aus »Satellitenthérapeuten« wie z. B. Ergotherapeuten vollwertige Mitglieder des Behandlungsteams werden. Sie können Behandlungsaufträge übernehmen und in Teambesprechungen ihre Sicht der Dinge aus dem Blickwinkel der DBT äußern.

1.9 Kontrollfragen

- Warum sollten Menschen mit einer Borderline-Erkrankung in allen relevanten Lebenslagen neue Verhaltensweisen erlernen?
- Was besagt die 2. Grundannahme?
- Warum können Patienten in der Therapie nicht versagen?
- Warum ist die 8. Grundannahme für Therapeuten extrem wichtig?
- Was bedeutet Validieren?
- Im Verlauf der ergotherapeutischen Einheit wird eine Patientin zusehends angespannter. Schließlich bittet sie, die Therapie verlassen zu können. Finden Sie Validierungen in den Stufen 3, 4, 5, 6, 7.
 - V3:
 - V4:
 - V5:
 - V6:
 - V7:
- Was ist Commitment und wann wird es benötigt?
- Was besagt Shaping?