



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

Ilona Brokuslaus ■ Thorsten Welke
Arno Edel

Bewegen statt Erstarren!

Das Praxisbuch für
DBT-Körperskills

Mit einem Geleitwort von Martin Bohus

 Schattauer

Ilona Brokuslaus
la.lola@gmx.de

Thorsten Welke
info@thorsten-welke.de

Arno Edel
arno.edel@uniklinik-freiburg.de



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40057**

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.schattauer.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von © istock/Discha-AS
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Fotos: Karlheinz Grosch

Lektorat: Marion Drachsel

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40057-1

E-Book: ISBN 978-3-608-12097-4

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20504-6

Geleitwort

Wie lange ich Ilona Brokuslaus schon kenne? Eigentlich schon immer. Jedenfalls seit 1993, als ich als junger Oberarzt damit begann, in Freiburg das erste stationäre DBT-Programm aufzubauen. Das galt damals als durchaus wagemutiges Unterfangen.

Gemäß »state of the art« bemühte man sich in jenen Tagen noch, Borderline-Patientinnen auf geschlossenen Stationen in duadische Übertragungsprozesse zu verwickeln – und zwar in größtmöglichem Abstand voneinander. »Ich gebe Ihnen sechs Monate Zeit, um zu zeigen, dass man acht Borderline-Patientinnen gleichzeitig auf einer Station behandeln kann, ohne dass sie sich die Köpfe einschlagen und das komplette Pflegepersonal kündigt«, hatte mir mein damaliger Chef unterstützend mit auf den Weg gegeben. Ich hatte also nicht nur wenig Ahnung, sondern auch wenig Zeit – und brauchte dringend Verbündete. Und Ilona war eine Verbündete. Sie arbeitete als Physiotherapeutin auf dieser Station und hatte, wie man so sagt, »ein Händchen« für Borderline-Patientinnen: Sie verkörperte eine seltene Mischung aus skeptischem Mitgefühl, warmer Zuwendung, Witz, Mut und Flamenco – ein wunderbares weibliches Rollenmodell. Unter ihrer Führung und den klaren spanischen Rhythmen verwandelten sich schüchterne, eingezurte und zerschnittene Patientinnen in kleine Göttinnen, die mit erhobenen Köpfen und Händen in den Hüften einen Anflug von Stolz und Dominanz erleben konnten, zumindest für 45 Minuten, bis sie der Alltag wieder einholte und sie sich böse rächten für diese kurzen Ausflüge ins verbotene Land der positiven Gefühle.

Aber es war ein Ansatz. Wir verstanden dann schnell, dass viele unserer Patientinnen ihren Körper ausblenden, hassen und malträtieren, ja dass alleine die Wahrnehmung von Körperlichkeit intensive Ängste und Selbsthass hervorrufen können (inzwischen gibt es eine Vielzahl von Studien, die diese Annahmen bestätigen). Und wir waren skeptisch, ob die kognitiven und edukativen Elemente der DBT ausreichen würden, diese grundlegenden körperbasierten Probleme zu verbessern.

Körpertherapie war ursprünglich kein integraler Bestandteil der DBT, aber wir konnten die inhärente Didaktik und Methodik der DBT nutzen, um eine skillsbasierte Körpertherapie zu entwickeln, die sich als Zusatzmodul ausgezeichnet einpasst in das Gesamtkonzept der DBT. Es geht dabei immer um zwei Komponenten: Zum einen lernen die Patientinnen durch gezielte Übungen, ihren Körper, so wie er gerade eben ist, wahrzunehmen und anzunehmen, zum anderen sollen die Patientinnen Fertigkeiten erlernen, ihren Körper einzusetzen, sich wohlfühlen, um Stress zu regulieren und Wünsche und Forderungen durch klare Körpersprache zu verstärken.

Das von Ilona Brokuslaus aus der täglichen Praxis mit Borderline-Patientinnen entwickelte Konzept fand rasch Anklang und Verbreitung, weit über Frei-

burg hinaus. Es gibt wohl kaum eine stationäre DBT-Behandlungseinheit im deutschsprachigen Raum, die nicht davon inspiriert wurde. Es fehlte eigentlich nur ein wichtiger Baustein für dieses DBT-Modul: dieses Buch.

Und jetzt liegt es in Ihrer Hand, daraus das Beste zu machen.

Martin Bohus

Vorwort

Wir arbeiten seit vielen Jahren im interprofessionellen DBT-Team der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Freiburg, Ilona Brokuslaus als Physiotherapeutin, Thorsten Welke als Physiotherapeut, Arno Edel als Gesundheits- und Krankenpfleger und DBT-Therapeut für Sozial- und Pflegeberufe.

In der langjährigen Arbeit mit Patientinnen¹ mit Borderline-Problemen im stationären Setting erhielten wir vielerlei Rückmeldungen, welche Skills und Interventionen die Patientinnen als hilfreich empfanden, welche nicht und welche Änderungen sie für eine höhere Effektivität der Skills vorschlagen würden. Dieses wertvolle Feedback wurde in das bereits bestehende Körpertherapie-Modul integriert und so hat sich über die Zeit Erfahrungswissen angesammelt, das nun in diesem Buch in komprimierter Form veröffentlicht wird. Konkret geht es um Fertigkeiten und Interventionen, die auf körperlicher Ebene ansetzen und formal in der DBT-Körpereinzeltherapie und der DBT-Körperskillsgruppe an die Patientinnen vermittelt werden.

Im ursprünglichen Konzept der amerikanischen Psychologin und Begründerin der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), Marsha Linehan, ist kein spezifisches Körpertherapie-Modul enthalten. Ein solches Modul wurde ab Mitte der 1990er-Jahre im DBT-Team der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Freiburg um Martin Bohus – Wegbereiter der DBT im deutschsprachigen Raum – und der Physiotherapeutin Ilona Brokuslaus entwickelt.

Ausgangspunkt war die klinische Erfahrung, dass viele Patientinnen mit Borderline-Problemen eine auffällige Störung des Verhältnisses zum eigenen Körper aufwiesen, ohne dass die diagnostischen Klassifikationssysteme (DSM-5 oder ICD-10) eine Störung der Körperwahrnehmung und Körperbewertung als eigenständiges Kriterium erfasst hätten. Außerdem berichteten die Patientinnen oft über negative Erfahrungen mit nicht-störungsspezifischer Körpertherapie, ganz abgesehen davon, dass es für Menschen mit Borderline-Problemen kaum körpertherapeutische Behandlungsvorschläge gab.

Von einer Vielzahl der Patientinnen wurden die DBT-Körpermodule im Nachhinein als stärkste Wirkfaktoren eingeschätzt (Bohus et al. 2004), wobei zu berücksichtigen bleibt, dass die Patientinnen die in der Körpertherapie vermittelten Skills auch im Rahmen der DBT-Einzeltherapie, in Sitzungen mit der Bezugs-

¹ Auf der Borderline-Station des Zentrums für Psychische Erkrankungen der Uniklinik Freiburg arbeiten wir im Rahmen des DBT-Konzepts ausschließlich mit Patientinnen, weshalb wir uns in diesem Buch bei Beispielen aus unserem klinischen Kontext auf die Nennung der weiblichen Form beschränken. Eine Diskriminierung von andersgeschlechtlichen Menschen mit Borderline-Problemen ist durch die sprachliche Beschränkung nicht beabsichtigt. Ansonsten verwenden wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei Personen- bzw. Berufsbezeichnungen ebenfalls die weibliche Form, wobei andersgeschlechtliche Personen ausdrücklich mitgemeint sind.

pflege und in DBT-Skillsgruppen wiederholten und festigten. Die DBT-Körpertherapie ist insofern nicht als für sich allein stehendes Modul, sondern immer eingebettet in das Gesamtkonzept der DBT zu sehen.

Dieses Buch ist kein explizites Fachbuch über die Borderline-Störung oder die Dialektisch-Behaviorale Therapie, sondern beschränkt sich bei der Themenauswahl auf die körperliche Symptomatik des Störungsbildes. Somit ist es als Ergänzung und Erweiterung des Interaktiven Skillstrainings für Borderline-Patienten (Bohus & Wolf-Arehult 2018) zu sehen. Die hier vorgestellten Inhalte werden nicht nur an Borderline-Patientinnen vermittelt, sondern seit einigen Jahren auch an interessierte Therapeutinnen und Pflegekräfte in DBT-Körpertherapie-Workshops, die unter Federführung des Arbeitskreises Wissenschaftliche Psychotherapie (AWP) Freiburg, des AWP Berlin und des AWP Zürich stattfinden. Aus diesem Teilnehmerkreis wurde vielfach der Wunsch geäußert, die Skills in gedruckter und für die eigene therapeutische Arbeit nutzbarer Form zur Verfügung zu haben.

Diesem Wunsch trägt das Buch dahingehend Rechnung, dass es sich auf Skills konzentriert, die transportabel, bezahlbar und – sofern es die Skillsvermittlung in der Gruppe betrifft – auch in kleineren Räumlichkeiten durchführbar sind. Bei der Beschreibung der Übungen haben wir darauf geachtet, die Instruktionen zu den einzelnen Übungsschritten möglichst so wiederzugeben, wie wir sie den Patientinnen vermitteln. Auch Therapeutinnen oder Pflegekräfte, die noch unerfahren in der konkreten Skillsvermittlung sind, können sich somit an diesen Instruktionen Schritt für Schritt orientieren.

Bei manchen Übungen dienen Fotos der Veranschaulichung. Diese zeigen uns, Frau Brokuslaus, Herrn Welke und Herrn Edel, weshalb auf manchen Fotos ungeachtet der sprachlichen Form männliche Personen abgebildet sind.

Auch ein Praxisbuch kommt nicht ohne Theorie aus. Insofern ist der Aufbau vieler Kapitel zweigeteilt: In einem einleitenden Teil werden jeweils die theoretischen Hintergründe der Fertigkeiten und Übungen erläutert, die im darauffolgenden Praxisteil vorgestellt werden. Sowohl die Patientin als auch die Therapeutin sollten schließlich wissen, warum sie tun, was sie tun. Oder – um es mit Moshé Feldenkrais zu sagen: »Erst wenn du weißt, was du tust, kannst du tun, was du willst.«

Im Improvisationstheater gibt es den schönen Satz: »Der Körper ist nicht nur dazu da, den Kopf auf die Bühne zu tragen.« Auf den therapeutischen Kontext übertragen, könnte man zugespitzt formulieren: »Der Körper ist nicht nur dazu da, das Gehirn der Patientin auf einen Stuhl ins Therapeutenzimmer zu tragen.« Die DBT ist eine emotionsfokussierte und erfahrungsorientierte Verhaltenstherapie. Emotionen drücken sich wesentlich im Körper aus und sind über diesen erfahr- und auch veränderbar, weshalb die DBT prädestiniert dafür ist, diesen Erfahrungsraum der Patientinnen zu integrieren. Darüber hinaus sind die Leitsymptome der Borderline-Störung, nämlich Anspannungs- und Dissoziationsphänomene, ohne Bewegung und körperliche Aktivität (»Bewegen statt Erstarren«) kaum funktional zu bewältigen.

Der hier vorgestellte Ansatz ist funktions- und erlebnisorientiert. In diesem

Sinne wünschen wir uns, dass dieses Buch weniger als Lesebuch, sondern vielmehr als praktisches Übungsbuch genutzt wird. Die eigene Erfahrung der Patientinnen und Therapeutinnen ist durch nichts zu ersetzen – dies gilt für die Arbeit am und mit dem Körper in besonderem Maße. Fahrradfahren lernt man schließlich auch nicht, indem man ein Buch darüber liest ...

Ilona Brokuslaus, Thorsten Welke und Arno Edel
Freiburg, im Winter 2020/2021

Inhalt

1	Grundlagen	1
1.1	Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)?	1
1.1.1	Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-5	1
1.1.2	Die klinische Symptomatik	1
1.1.3	Biopsychosoziales Entstehungsmodell	3
1.2	Therapie der BPS mit der Dialektischen Behavioralen Therapie (DBT)	3
1.2.1	DBT-Behandlungsmodule	3
1.2.2	Prinzipien der DBT	4
1.2.3	Grundannahmen für DBT-Therapeuten	4
1.2.4	Stationäre DBT	5
2	Struktur, Ziele und Modalitäten der DBT-Körpertherapie	7
2.1	Die Körpereinzelterapie	7
2.2	Die Körperskillsgruppe	8
2.3	Andere Bewegungsgruppen	9
2.4	Ziele eines regelmäßigen Bewegungsprogramms	9
2.5	Modalitäten eines regelmäßigen Bewegungsprogramms	10
2.6	Praxisbeispiele für Bewegungsgruppen	13
3	Der Erstkontakt	15
4	Basisübungen	18
	Einleitung	18
4.1	Gleichgewicht	20
4.2	Koordination	21
4.2.1	Grobmotorik	21
4.2.2	Feinmotorik	21
4.3	Kreislaufanpassung	22

5	Die Bewegungsanalyse	23
6	Warm-up-Übungen	27
	Einleitung und Ziele	27
6.1	Klatschen	29
6.1.1	Klatscher im Kreis	29
6.1.2	Contras klatschen	30
6.2	Säckchen werfen	31
6.2.1	Wurfvariationen	31
6.2.2	Säckchentausch	31
6.2.3	Würfe mit Partner	32
6.2.4	Reaktionsspiele zu zweit	33
6.2.5	Andere Übungen	36
6.3	Bechertennis	39
6.3.1	Wurfvariationen	40
6.3.2	Partnerübungen	40
6.4	Parteikissen	41
6.5	Luftballonsack	42
6.5.1	Sack im Kreis	42
6.6	Luftballons	42
6.6.1	Ballon im Raum	43
6.6.2	Ballon in der Luft halten	43
6.6.3	Partnerübungen	43
6.6.4	Ballon im Kreis	45
6.7	Ess-Stäbchen	46
6.7.1	Übungen zum Gewöhnen an das Medium	46
6.7.2	Partnerübungen	47
6.7.3	Gruppenübung: Schlag weitergeben	51
7	Körperbezogene Achtsamkeitsübungen	52
	Einleitung	52
	Was soll in der Achtsamkeit geübt werden?	53
	Wie sollen die Übungen durchgeführt werden?	54
7.1	Commitment-Übung	55
7.2	Die betenden Hände	58
7.3	Stopp and Go	59
7.4	Happy Face	59

7.5	Palmieren (auch: »Blitzentspannung«)	60
7.6	Schau genau!	61
7.7	Zeigen und Heben	62
7.8	Teamwork	64
7.9	Fußsohlen abrollen	65
7.10	Nonverbales Führen und Folgen	66
7.11	ZEN-Gehen	66
7.12	Der Body-Scan	68
8	Stresstoleranz-Skills	70
	Einleitung	70
	Was ist »Stress«?	70
	Was ist mit »Stresstoleranz-Skills« gemeint?	71
8.1	Frühwarnzeichen für hohe Anspannungszustände	74
8.2	Körperbezogene Skills für das Selbstmanagement hoher Anspannungszustände	76
	8.2.1 Übungen mit starker Muskelaktivität	78
	8.2.2 Koordinativ anspruchsvolle Übungen	84
	8.2.3 Übungen mit weniger Aktivität	88
	8.2.4 Shiatsu-Dehnungen	90
9	Antidissoziative Skills	95
	Einleitung	95
	Wie zeigen sich Dissoziationen?	95
	Was sind Dissoziationen?	96
9.1	Der 5-Sinne-Test	98
9.2	Frühwarnzeichen der Dissoziation	101
9.3	Körperbezogene Skills für das Selbstmanagement dissoziativer Prozesse	103
	9.3.1 Gleichgewichtsübungen	104
	9.3.2 Koordinativ anspruchsvolle Übungen	107
	9.3.3 Übungen mit starken sensorischen Reizen/Schmerzreizen	110
	9.3.4 Übungen mit weniger intensiven sensorischen Reizen	114
	9.3.5 Übung mit orthostatischer Umkehr	118
9.4	Sinnesbezogene Skills als Hilfe bei Intrusionen, Flashbacks und Albträumen	119

10	Heimliche Skills	123
	Einleitung und Ziele	123
10.1	Die Anker-Übung	124
10.2	Pseudo-Aufstehen	126
10.3	Bauchmuskelspannung	126
10.4	Tisch drücken	128
10.5	Drei Fußpunkte	128
10.6	Akupressurpunkt drücken	129
10.7	Schwimmhäute zupfen	130
10.8	Fingerspiele	131
	10.8.1 Variante 1: Victory/Kreis	131
	10.8.2 Variante 2: Kleiner und großer Hase	131
10.9	Handgashebelatmung	132
10.10	Wechselnder Atemstrom	134
10.11	Fokus nah und fern	135
10.12	Taucheratmung	135
10.13	Schuhe binden	136
11	Atemübungen	137
	Einleitung und Ziele	137
11.1	Fußgashebelatmung	139
11.2	Mittelfingerpressatmung	140
11.3	Pranayama	141
11.4	Schnüffelatmung	142
11.5	Windmühlenatmung	143
11.6	Atemübungen – Übersicht	145
12	Körperwahrnehmung	147
	Einleitung und Ziele	147
12.1	Die drei Phasen der Wahrnehmung	148
12.2	Das Auge der Wahrnehmung	150

12.3	Eine Übung zum »Wise Mind«	151
12.4	Körperwahrnehmung und Berührung	152
12.4.1	Die Shiatsu-Technik	154
12.4.2	Die Igelballmassage	159
13	Nähe und Distanz	161
	Einleitung und Ziele	161
13.1	Zonen und Abstandsregeln	162
13.1.1	Die Intimzone	163
13.1.2	Die persönliche Zone	164
13.1.3	Die soziale Zone	164
13.2	Körperwahrnehmungsübungen zu Nähe und Distanz	165
13.2.1	Übung 1: Meine Grenze	165
13.2.2	Übung 2: Meine Frühwarzeichen	166
13.2.3	Übung 3: Kontaktaufnahme	167
13.2.4	Übung 4a: Abgrenzen	168
13.2.5	Übung 4b: Nase-Nabel-Kontakt	170
14	Selbstwert	173
	Einleitung und Ziele	173
14.1	»Die vier Säulen des Selbstwerts«	175
14.2	Skills zum Gedankenstopp	177
14.2.1	Wahrnehmen und Beschreiben	178
14.2.2	Schnipp-Kick und Zählen	179
14.2.3	Tennisball prellen	179
14.2.4	Tennisball und Tieralphabet	180
14.2.5	Mentale Gedankenstopps	180
14.3	Das Selbstbild	181
14.4	Körperübungen für selbstsicheres Verhalten	182
14.4.1	Körperhaltung im Stehen	183
14.4.2	Körperhaltung im Sitzen	184
14.4.3	Körperhaltung im Gehen	184
14.4.4	Arbeit an der Mimik	186
14.4.5	Blickkontakt üben	189
	Literatur	191

Anhang	193
Übungen – Übersicht	195
Arbeits- und Übersichtsblätter	200
Übersicht Checkliste Erstkontakt	200
»Atemübungen«	202
»Fußgashebelatmung«	202
»Mittelfingerpressatmung«	202
»Pranayama«	202
»Schnüffelatmung«	202
»Windmühlenatmung«	202

1 Grundlagen

1.1 Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)?

1.1.1 Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-5

Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist ein tief greifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifelte Bemühungen, ein tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2. ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, »Essanfälle«) (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
7. chronische Gefühle von Leere
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

1.1.2 Die klinische Symptomatik

Die klinische Symptomatik von Patientinnen mit BPS lässt sich in drei Dimensionen gliedern, die sich wechselseitig beeinflussen: Störung der Emotionsregulation, Identitätsstörung und Störung der sozialen Interaktion.

Emotionsregulationsstörung Patientinnen mit BPS erleben Emotionen intensiver und länger anhaltend als Menschen ohne Borderline-Probleme. Dies betrifft sowohl unangenehme als auch angenehme Gefühle. Die Patientinnen sind hypersensitiv und sprechen von »überflutenden Emotionen«. Die Gefühle werden nicht selten als Gefühlschaos wahrgenommen. Dazu kommt es mehrmals täglich zu aversiven Spannungszuständen. Diese Hochspannung blockiert planendes Handeln. Solche Zustände führen dann u. a. zu Selbstverletzungen, um diese starken Anspannungen zu beenden.

Laut Studien liegt dem eine Störung des fronto-limbischen Systems zugrunde (Schmahl et al. 2014). Borderline-Patientinnen zeigen demnach erhebliche morphologische und funktionelle Normabweichungen in der zentralen Emotionsregulation.

Die Wirkung von Selbstverletzungen (z. B. schneiden, brennen, head-banging), Hochrisikoverhalten (auf Hochhaus balancieren, mit dem Auto rasen, sich auf Gleise setzen etc.), Blutentnahmen oder Strangulation, bis Schwindel spürbar wird, dienen zur Reduktion der Spannungszustände und/oder der Dissoziation. Ebenso dienen Selbstverletzungen oft zur Stimmungsaufhellung und können Suchtcharakter zeigen.

Ein weiteres Phänomen ist die Dissoziation, eine vorübergehende Störung der Raum-, Zeit- und Selbstwahrnehmung. Patientinnen berichten davon, »neben sich zu stehen«. Störungen der Selbstwahrnehmung können sensorisch, motorisch und/oder psychogener Art sein.

Identitätsstörung Patientinnen berichten oft von innerer Leere und davon, kein konkretes Selbstbild zu haben und abhängig von der Meinung anderer zu sein. Körperbild und Körperwahrnehmung weisen oft große Schwankungen auf. Die Patientinnen berichten, »nicht mit sich verbunden zu sein«, sich einsam zu fühlen und von einem Gefühl des »anders sein als die anderen«.

Störung der sozialen Interaktion Patientinnen mit BPS haben oft große Probleme im zwischenmenschlichen Bereich. Sie haben Angst, verlassen zu werden, nicht liebenswert zu sein und vor sozialer Zurückweisung. Auf der Verhaltensebene wirken die Patientinnen oft unkooperativ und misstrauisch. Sie können nur schwer Vertrauen aufbauen und haben große Schwierigkeiten im Umgang mit Nähe und Distanz.

Die Patientinnen leiden häufig zusätzlich an Komorbiditäten, wie z. B. Essstörungen, einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), Depression, Schlafstörungen, Angsterkrankungen. Zusätzlich werden häufig andere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. 30% der erwachsenen Patientinnen mit BPS zeigen eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

1.1.3 Biopsychosoziales Entstehungsmodell

Etwa 50 % der Betroffenen berichten über schwerwiegende interpersonelle Gewalterfahrung und sexuellen Missbrauch in der Kindheit. 95 % der Betroffenen berichten über emotionale Vernachlässigung, Erfahrungen von schwerwiegender emotionaler Zurückweisung und traumatisch erlebter Invalidierung.

Die primären Emotionen zu dem Erlebten sind schwer zu ertragen. Die Patientinnen finden »Erklärungskonzepte«, die besser auszuhalten sind. Daraus können sich dysfunktionale Grundannahmen bilden: »Das alles liegt an mir« (Schuld), »Ich bin anders, ich bin schlecht« (Scham), »Ich habe es nicht verdient, dass ich gut behandelt werde« (Selbstverachtung), »Ich bin zu blöd« (Selbsthass). Hinzu kommt oft noch Angst vor sozialer Zurückweisung.

Diese Grundannahmen sind im Selbstkonzept verwurzelt.

1.2 Therapie der BPS mit der Dialektischen Behavioralen Therapie (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist das am besten erforschte Behandlungskonzept der Borderline-Störung. Es wurde in den 1980er-Jahren von Marsha Linehan (Seattle, USA) als modulare, störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt. Die DBT integriert Elemente aus Verhaltenstherapie, kognitiver Therapie, Gestalttherapie, Hypnotherapie und der Achtsamkeit.

1.2.1 DBT-Behandlungsmodule

Die Module der Standard-DBT sind:

- Einzeltherapie für Erwachsene
- Skills-Training in der Gruppe
- Telefonberatung
- Teamkonsultation

Störungs- oder populationsspezifische Adaptionen:

- DBT-PTBS (BPS plus komorbide PTBS)
- DBT-E für komorbide Essstörungen
- DBT-S für komorbide Suchtstörungen
- DBT-A für selbstverletzende Adoleszente
- DBT-Family für Familienangehörige von Borderline-Patientinnen

Settingspezifische Adaptionen:

- Stationäre Krisenintervention
- Elektive Stationäre Behandlung (3 Monate)
- DBT-F für die Behandlung in der Forensik

1.2.2 Prinzipien der DBT

Die Patientinnen lernen die Balance zwischen Annehmen und Verändern sowie eine wohlwollende Haltung gegenüber sich selbst zu entwickeln.

Die Vermittlung von Skills ist ein wichtiger Baustein.

Die vier Komponenten von Skills:

1. Identifikation von dysfunktionalen Automatismen
2. Benennen von dysfunktionalen Automatismen
3. Selbstinstruktion
4. Umsetzung auf der psychologischen oder Handlungsebene

Die Lerninhalte der Verhaltensfertigkeiten gliedern sich in fünf Module:

1. Achtsamkeit
2. Stresstoleranz
3. Emotionsmodulation
4. Zwischenmenschliche Fertigkeiten
5. Selbstwertsteigerung

Skills dienen zur Selbstinstruktion, um dysfunktionale Muster zu unterbrechen. Die Skills sollten trainiert werden und in Alltagssituationen eigenständig zum Einsatz kommen. Patientinnen sollten ihre dysfunktionalen Muster erkennen lernen; deshalb schreiben sie Verhaltensanalysen, um ihre Denk- und Handlungsmuster zu reflektieren.

Merke

Skills sollten keinesfalls »zur Ablenkung« oder zur Vermeidung von Emotionswahrnehmung eingesetzt werden. Zentral für die DBT sind Konfrontation und Toleranzentwicklung gegenüber Emotionen (Bohus 2019, S. 23)!

Die Skillsvermittlung geschieht in vier aufeinander aufbauenden Schritten:

1. Vermittlung von theoretischem Wissen
2. individuelle Anpassung der Skills
3. Üben/Trainieren der Skills unter therapeutischen Bedingungen
4. Einsatz der Skills als zielförderndes Alternativverhalten im Alltag

1.2.3 Grundannahmen für DBT-Therapeuten

DBT ist eine teambasierte Therapie.

Das gesamte Team sollte die folgenden Grundannahmen verinnerlicht haben:

1. Jedes Verhalten der Patientinnen ergibt im subjektiven Kontext Sinn. Das heißt, die Patientinnen versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtig oft schwie-

- rigen Situationen zu machen. Es ist Aufgabe der Therapeutinnen, die jeweiligen Auslöser, Schemata und Konsequenzen herauszuarbeiten.
2. Borderline-Patientinnen wollen sich verbessern.
 3. Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, dies ist ungerecht.
 4. Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, sie müssen sie aber selber lösen.
 5. Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.
 6. Borderline-Patientinnen müssen in fast allen relevanten Dimensionen neues Verhalten erlernen.
 7. Patientinnen können nicht versagen.
 8. Therapeuten, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.

1.2.4 Stationäre DBT

Die stationäre DBT orientiert sich an einem Modell, das an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg entwickelt wurde. Es gibt etwa 50 Kliniken im deutschsprachigen Raum, die durch den Dachverband zertifiziert sind (www.dachverband-dbt.de). Das Konzept wurde in mehreren Studien evaluiert (z. B. Bohus et al. 2004). Die Daten zeigen, dass Effekte nach drei Monaten vergleichbar mit denen der ambulanten DBT-Therapie nach zwölf Monaten sind.

Die stationäre DBT gliedert sich in die folgenden drei Stufen:

Stufe I (1.–3. Woche) In Stufe I nimmt die Patientin an der Basis-, der Bezugs- sowie der Achtsamkeitsgruppe teil. Sie hat Einzeltherapie, Bezugspflegegespräche und Körpertherapie. In der Körpertherapie werden auch die Sportaktivitäten mit der Patientin geplant.

Der Einzeltherapeut fertigt mit der Patientin eine kurze Anamnese an. Ebenso werden eine Verhaltensanalyse zum letzten Suizidversuch erstellt und das zentrale Problemverhalten benannt. Die Patientin kommt dann mit dieser Verhaltensanalyse ins Behandlungsteam und stellt diese und ihre Behandlungsziele vor. Die Ziele sollten konkret und umsetzbar sein. Also nicht »mein Leben soll besser werden«, sondern »ich will lernen, anders mit Wut und Ärger umzugehen, um meine Berufsausbildung abschließen zu können«. Die Teamvorstellung ist der Beginn von Stufe II.

Stufe II (4.–9. Woche) Das Team entwickelt zusammen mit der Patientin konkrete Schritte zur Erreichung ihrer Ziele. Sie führt darüber ein Wochenprotokoll und schätzt die Zielerreichung selbst ein. Die Teamsitzung findet einmal pro Woche mit dem gesamten (!) Team statt.

Der Therapieplan wird um Skills-, 5-Sinne- und Körperskillsgruppe erweitert.

Stufe III (10.–12. Woche) Stufe III dient der Entlassungsplanung und beinhaltet beispielsweise folgende Punkte:

- Klärung der therapeutischen Weiterbehandlung
- Angehörigengespräch (z. B. zu deren Psychoedukation)
- mindestens zwei Probeübernachtungen zu Hause
- eventuelle Unterstützung der Patientin bei der Gestaltung ihres Abschieds von der Station

Ausführlichere Erläuterungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und zur Dialektisch-Behavioralen Therapie finden sich bei Bohus (2019).

2 Struktur, Ziele und Modalitäten der DBT-Körpertherapie

Das körpertherapeutische Behandlungsprogramm im stationären DBT-Setting umfasst die Körpereinzeltherapie sowie die Körperskillsgruppe. Je nach institutionellen Rahmenbedingungen können weitere Bewegungsangebote (in unserer Klinik z. B. Flamenco oder Boxen) in das Körpertherapie-Modul integriert werden.

Die DBT-Körpertherapie ist klar strukturiert. Sie beginnt immer im Einzeltherapie-Modus mit dem Erstkontakt und den Basisübungen. Ab Behandlungsstufe II (in der Regel ab der dritten Woche) nimmt die Patientin zusätzlich an der Körperskillsgruppe teil.

In der Körpereinzeltherapie wird der Schwerpunkt auf die Unterstützung der Patientin beim Erreichen ihrer persönlichen Therapieziele gelegt, die sie zum Ende der ersten Behandlungsstufe festgelegt und vorgestellt hat. Die Körperskillsgruppe dient der Vermittlung von körperbezogenen Skills und dem gemeinsamen Üben der Fertigkeiten in der Gruppe.

2.1 Die Körpereinzeltherapie

Wenn man von einem zwölfwöchigen stationären Therapieaufenthalt der Patientin ausgeht, ergibt sich folgende Struktur der DBT-Körpereinzeltherapie:

Stufe I (3 Termine)

1. Woche: Erstkontakt
2. Woche: Basisübungen
3. Woche: Einstieg Stresstoleranz

Stufe II (ca. 9 Termine)

3.–12. Woche: Spezifische Körpertherapie – Arbeit an den individuellen Therapiezielen der Patientin

(Beispiele: Umgang mit Anspannung/Dissoziation, Umgang mit Ärger und Wut, Verbesserung der Körperwahrnehmung, Verbesserung des körperbezogenen Selbstwerts)

2.2 Die Körperskillsgruppe

Die Patientinnen nehmen mit Erreichen der Behandlungsstufe II an der wöchentlich stattfindenden Körperskillsgruppe teil. Das wären bei einem zwölfwöchigen stationären Aufenthalt neun Termine. Die zu vermittelnden Inhalte sind auf acht Termine ausgerichtet, da die Erfahrung im klinischen Alltag zeigt, dass die Patientinnen an mindestens einer Stunde nicht teilnehmen.

Die modular orientierten Hauptthemen werden in folgender Reihenfolge wiederkehrend angeboten:

ST	Anti-Diss.	ZM	ST	ZM	ST	Anti-Diss.	ZM
----	------------	----	----	----	----	------------	----

ST: Stresstoleranz-Skills

Anti-Diss.: Antidissoziative Skills

ZM: Zwischenmenschliche Fertigkeiten

Die Festlegung auf den jeweiligen Stundeninhalt wird flexibel gehandhabt und je nach Hauptsymptomatik der anwesenden Patientinnen bestimmt.

Die Körperskillsgruppe folgt einem festgelegten Ablauf:

1. Begrüßung

Nennung des Themas der Stunde, Besprechung von eventuellen »Hausaufgaben«; für neu hinzugekommene Patientinnen werden Ablauf der Gruppe und Gruppenregeln erklärt.

2. Aufwärmphase (Warm-up-Übungen)

Die Patientinnen sollen in Bewegung kommen. Dadurch werden Kreislauf und Atmung angeregt. Außerdem wird das Aufmerksamkeits- und Präsenzlevel erhöht, da über die verschiedenen Sinnessysteme die Wahrnehmung auf die Bewegung im Raum, in der Gruppe und den Umgang mit verschiedenen Materialien gerichtet wird. Das gemeinsame Bewegen in der Gruppe fördert oftmals eine positive Grundstimmung für den Verlauf der weiteren Stunde.

3. Achtsamkeit

Es folgt eine aktive Achtsamkeitsübung, die einen höheren Wachheits- und Konzentrationsgrad bewirken kann. Der Fokus liegt auf körperlichen, spielerischen Aufgaben, die Reaktionsfähigkeit, Koordination oder Gleichgewicht erfordern.

4. Hauptthema

Im Hauptteil der Stunde werden drei bis vier konkrete Skills des jeweiligen Moduls vermittelt und praktisch geübt. Die Therapeutinnen besprechen zusammen mit den Patientinnen die Bedeutung des jeweiligen Schwerpunktthemas. Die Einbindung von eigenen Erfahrungen der Therapeutinnen und

Patientinnen ist dabei ein wichtiger Bestandteil der Didaktik, da Persönliches oft besser gemerkt wird als abstraktes Wissen.

5. Abschluss

Ein wiederkehrendes Abschlussritual (z. B. die Shiatsu-Dehnungen oder die Windmühlenatmung) beenden die Stunde.

Der festgelegte Ablauf bietet sowohl den Patientinnen als auch der Gruppenleitung Verlässlichkeit und Sicherheit. Innerhalb dieser Struktur können Übungen und Inhalte variiert werden.

2.3 Andere Bewegungsgruppen

Das bewegungstherapeutische Angebot im klinischen Bereich ist äußerst vielfältig. Es gibt z. B. Yoga, Gymnastik, Nordic Walking, Flamenco, Klettern oder Eskrima. Was angeboten wird, hängt von den institutionellen Rahmenbedingungen vor Ort ab und unterscheidet sich von Klinik zu Klinik. Ein weiterer entscheidender Faktor sind die persönlichen Interessen der jeweiligen (Körper-)Therapeutinnen. Wenn ich selbst keinen Zugang zum Jonglieren habe und es nicht kann, macht es wenig Sinn, es anderen vermitteln zu wollen. Aber vielleicht habe ich Interesse an Eskrima und kann dazu eine regelmäßig stattfindende Gruppe anbieten.

Die *Inhalte* eines verbindlichen Bewegungsprogramms im Rahmen der DBT sind prinzipiell austauschbar. Die *Ziele* und *Modalitäten*, die im Folgenden dargestellt werden, gelten hingegen übergreifend für jedes dieser bewegungstherapeutischen Angebote – auch für die Körperskillsgruppe und in weiten Teilen auch für die Körper Einzeltherapie.

2.4 Ziele eines regelmäßigen Bewegungsprogramms

Im aktiven Tun neue Körper- und Bewegungserfahrungen machen. Die Offenheit für neue Körper- und Bewegungserfahrungen gehört zum Neuen Weg. Neues motorisches Lernen kann Änderungen im Selbstkonzept bewirken.

Körperwahrnehmung in Funktion üben. Der grundlegende Ansatz der DBT-Körpertherapie ist funktions- und erlebnisorientiert. Es geht darum, den eigenen Körper in Funktion zu erfahren, z. B. indem ich mit einer Mitpatientin so schnell wie möglich Sandsäckchen austausche oder bestimmte Dehnübungen mache. Der Ansatz ist nicht problemorientiert (»Was macht es mit Ihnen, wenn ...«) oder emotionsinduzierend!

Training von Gleichgewicht/Kraft/Ausdauer/Koordination, d. h. des Basissinnesystems. Ein trainierter Körper ist auch emotional stabiler und besser in der Lage, auf

Stress flexibel zu reagieren. Damit ist nicht gemeint, dass jeder ein »Sportler« sein muss, sondern dass der Körper so fit ist, dass der individuelle Alltag gut bewältigt werden kann.

Neue Fertigkeiten erlernen. Das kann ganz generell bedeuten, z. B. Werfen und Fangen eines Jonglierballes zu erlernen.

Veränderung durch Training/Üben erfahren. Die Patientin kann die Erfahrung von Selbstwirksamkeit machen: »Wenn ich regelmäßig trainiere, gelingt mir die Übung von Woche zu Woche besser.«

Trainingsfeld für soziale Interaktionen. Die Patientin übt z. B., Blickkontakt aufzunehmen, mit anderen in Kontakt zu gehen oder sich abzugrenzen, ohne dass dies explizit Thema wäre. In der Gruppe ist soziale Interaktion immer implizit dabei.

Stimmungsunabhängiges Handeln lernen. Die Teilnahme an dem bewegungstherapeutischen Angebot im Rahmen der DBT ist verpflichtend. Die Einstellung, die von der Patientin gefordert ist, lautet: »Ich gehe hin und mache mit, so gut es geht, egal, ob ich gerade gut oder schlecht gelaunt bin.« Dies stellt für viele Patientinnen eine große Herausforderung dar.

Umgang mit sozialer Phobie/Scham/Angst/Wut. Für Patientinnen mit Problemen in diesen Bereichen ist dies oft das Hauptthema. Das bewegungstherapeutische Angebot im Rahmen der DBT zielt nicht darauf ab, Emotionen zu induzieren. Wenn diese sich beim Bewegungsprogramm aber zeigen, gilt es, mit ihnen umzugehen. Um die Patientin nicht bloßzustellen, geschieht dies dann nicht in der Gruppe, sondern in der Einzelkörpertherapie. Beim Erlernen von neuer komplexer Motorik werden die Patientinnen oft auch mit ihren Grundannahmen konfrontiert, mit denen in der Einzeltherapie weitergearbeitet werden kann.

2.5 Modalitäten eines regelmäßigen Bewegungsprogramms

Verbindlichkeit Das Bewegungsprogramm ist ein Teil der DBT und die Teilnahme nicht fakultativ, sondern verpflichtend. Wenn die Patientin regelmäßig fehlt, zu spät kommt oder wiederholt früher die Gruppe verlässt, rückt dieses therapie-störende Verhalten in den therapeutischen Fokus: Was verhindert die Therapie-teilnahme?

Klare, verlässliche Struktur und Rahmenbedingungen Innerhalb der Bewegungsgruppe gibt es den immer gleichen strukturierten Aufbau. Als Beispiel sei die Körperskillsgruppe genannt: Diese beginnt immer mit Warm-up-Übungen, anschließend folgt eine Achtsamkeitsübung, dann das Vermitteln und Üben der Fertigkeiten zum aktuellen Thema und am Ende eine Abschlussübung.