

# 1 Skillstraining

## 1.1 Grundlegendes zum Skillstraining

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

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

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

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

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

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

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

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

### Die vier Schritte der Skillsvermittlung

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

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

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

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

## 1.3 Rahmenbedingungen und strukturelle Aspekte

### Rahmenbedingungen

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

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

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

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