

4 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) – eine Einführung

Die DBT wurde in den 80er Jahren von Marsha Linehan (University of Washington, Seattle, USA) als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt (Linehan 1993a, 1993b). Sie integriert ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Zen-Meditation. Um den Anforderungen an eine wissenschaftlich überprüfbare Therapie für dieses komplexe Störungsbild zu entsprechen, mussten eine Vielzahl von strukturbildenden Richtlinien entwickelt werden (Übersicht: Bohus 2002).

4.1 Behandlungsmodule

Die vier Module der ambulanten DBT

- Einzeltherapie
- Telefonberatung
- Skillstraining in der Gruppe
- Supervision

Die ambulante **Einzeltherapie** erstreckt sich in aller Regel über einen Zeitraum von zwei Jahren mit einer Behandlungsstunde pro Woche. Im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten sollte der Einzeltherapeut zur Lösung akuter, eventuell lebensbedrohlicher Krisen telefonisch erreichbar sein. Zeitgleich zur Einzeltherapie besucht die Patientin einmal wöchentlich für zwei bis drei Stunden eine Gruppe für das Fertigkeitentraining, also eine **Skillstrainingsgruppe** (s. Kap. 1). Die Kommunikation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten erfolgt im Rahmen der **Supervisionsgruppe**, die ebenfalls wöchentlich stattfinden sollte. Der Einzeltherapeut ist gehalten, die in der Skillsgruppe erlernten Fähigkeiten fortwährend in seine Therapieplanung zu integrieren, um so die Generalisierung des Erlernten zu gewährleisten. Marsha Linehan widmet in ihrem Handbuch (Linehan 1993a) den Strukturen, Regeln und der inhaltlichen Gestaltung der Supervisionsgruppe ein langes Kapitel, was die Bedeutung dieser Elemente für das Gesamtkonzept der DBT verdeutlicht. Der Einsatz von Video- oder zumindest Tonträgeraufzeichnungen der Therapiestunden gilt für eine adäquate Supervision als unabdingbar.

Der **motivationale Aspekt** erscheint vor dem Hintergrund der häufigen Therapieabbrüche unter unspezifischen Therapiebedingungen von besonderer Bedeutung. Übereinstimmend zeigen alle bislang publizierten Studien zur Wirksamkeit der DBT im Vergleich mit unspezifischen Behandlungen eine hochsignifikant bessere Therapie-Compliance (Koerner u. Dimeff 2000). Neben strukturellen Aspekten (Einbindung in Grup-

pen- und Einzeltherapie) spielt sicherlich die therapeutische Haltung, wie sie von Linehan in den „Grundannahmen“ formuliert wurde, auch bei diesem Aspekt eine wesentliche Rolle.

4.2 Zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Die DBT stützt sich auf Grundannahmen, die das gesamte therapeutische Konzept durchdringen.

Grundannahmen der DBT-Therapeuten

- Borderline-Patientinnen versuchen das Beste aus ihrer gegenwärtig verheerenden Situation zu machen.
- Borderline-Patientinnen wollen sich verbessern.
- Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern – dies ist ungerecht.
- Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, aber sie müssen sie selbst lösen.
- Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.
- Borderline-Patientinnen müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen.
- Patientinnen können in der DBT nicht versagen.
- Therapeuten, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.

Die ersten beiden Annahmen, so banal sie klingen, vergegenwärtigen dem Therapeuten, den Angehörigen und dem Behandlungsteam die grundsätzliche Willensbereitschaft der Patientin, ihre Situation zu verbessern (Variante: „Wenn sich die Patientin besser verhalten könnte, so würde sie dies tun.“). Es liegt im Aufgabenfeld der Therapeuten, die aufrechterhaltenden Bedingungen für dysfunktionales Verhalten herauszuarbeiten.

Die dritte Annahme fordert von Therapeuten und Patientin Sorgfalt, Rücksichtnahme und Kraft für die anstehenden Veränderungen. Der Therapeut ist gehalten, alle Möglichkeiten der Unterstützung beim schwierigen und langwierigen Veränderungsprozess auszuschöpfen.

Die vierte Annahme, die besagt, dass die Patientinnen in der Regel ihre Probleme nicht verursacht haben, es dennoch allein in ihrer Hand liegt, Veränderungen herbeizuführen, verbalisiert einen häufigen und sehr hinderlichen Standpunkt der Patientinnen. In Vorwegnahme dieser Problematik führt der Therapeut bereits zu Beginn der Therapie gern folgendes Bild ein:

„Stellen Sie sich vor, eine Frau ist auf dem Heimweg von der Arbeit, der sie an einem Fluss entlangführt. Plötzlich, aus heiterem Himmel, wird sie überfallen und in den Fluss gestoßen. Nun, da die Frau ja wirklich nicht freiwillig in den Fluss gesprungen ist – bedeutet dies, dass sie nicht selbst an Land schwimmen muss?“

Die fünfte Annahme, in der es heißt, dass das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen unerträglich ist, kann dialektisch verstanden werden: als Appell an die Empathie des Therapeuten, Verständnis für die oft ausweglos scheinende Situation der Patientin aufzubringen, und an seine Courage, alles zu tun, um diese Situation zu verändern.

Die sechste Annahme („Borderline-Patientinnen müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen“) verdeutlicht die Notwendigkeit, neu erlernte Fertigkeiten (Skills) nicht nur unter „Ruhebedingungen“, also während emotionaler Balance zu trainieren, sondern diese auch unter emotionaler Belastung und starkem Stress anzuwenden. Krisensituationen sollten also immer als Chance genutzt werden, die Fertigkeiten zu vertiefen. Um stationäre Aufnahmen zu verhindern, gestaltet der Therapeut die Arbeit engmaschiger und „coacht“ die Patientinnen durch die Krise.

Die siebte Grundannahme verdeutlicht eine eigentlich selbstverständliche therapeutische Position: Niemand wird auf die Idee kommen, das Versagen einer Chemotherapie einem an Krebs leidenden Patienten anzulasten. Falls Therapiefortschritte stagnieren oder es zu Abbrüchen kommt, so ist die „Schuld“ in dem therapeutischen Konzept, den eigenen Ressourcen, der Supervision oder der mangelhaften Ausbildung des Therapeuten zu suchen.

Und schließlich formuliert die achte Grundannahme das Recht und die Notwendigkeit einer fachlichen und emotionalen Unterstützung der Behandelnden. Die Arbeit mit chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen erfordert ein enormes Maß an Energie und emotionaler Intensität. Dies sollte, auch um Burn-out-Phänomenen vorzubeugen, im Rahmen der Supervisionsgruppe gewürdigt und emotional aufgefangen werden.

4.3 Therapeutische Grundhaltung

Die **Grundhaltung** des DBT-Therapeuten ist am ehesten mit der eines Sporttrainers zu vergleichen: Man vereinbart ein gemeinsames Ziel (Deutsche Meisterschaft, hier: Aufgabe von Drogen und Selbstverletzungen); verständigt sich über die Methodik (5-mal pro Woche Training, hier: zwei Therapiestunden plus Skillsgruppe); legt das Rationale offen (sportphysiologische Grundlagen, hier: lerntheoretische Grundlagen) und vereinbart die Dauer des Kontraktes (zwei Saisons, hier: zwei Jahre). Nun übernimmt der Trainer die Verantwortung für das Erreichen des Ziels. Es liegt in seinem Aufgabenbereich, den Sportler/die Patientin so weit zu motivieren und bei der Stange zu halten, dass dieser/diese die Trainingsmethoden umsetzt und das Maximum an Energie und Anstrengung aktiviert. Dazu ist eine sehr gute Arbeitsbeziehung eine notwendige, aber keinesfalls hinreichende Bedingung. Der liebenswerteste Trainer wird erfolglos bleiben, wenn seine Methoden nicht greifen, und umgekehrt wird ein unpersönlicher Trainer trotz exzellenter Methoden kaum die Motivation zu einer dauerhaften Spitzenleistung aktivieren können.

Die DBT integriert bewährte motivationale Methoden aus der Sozialpsychologie, die in therapeutischen Schulen bislang eher belächelt wurden: So beschreibt etwa „Cheerleading“ die Verbalisierung von Vertrauen in die Stärken der Patientin:

„Ich glaube an Sie, Sie stecken voller Power; wenn Sie die Energien, die Sie bislang gegen sich selbst verwendet haben, nutzen, um die Therapie voranzutreiben, sehe ich kein Problem.“