



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

Sarah Guddat ■ Maik Voelzke-Neuhaus

# Kunsttherapie im Rahmen der DBT

---

Skillsatelier für Patientinnen  
und Patienten mit Borderline-  
Persönlichkeitsstörung

Mit 26 farbigen Abbildungen

**Sarah Guddat**

AMEOS Klinikum Bremen

**Maik Voelzke-Neuhaus**

Klinikum Bremen Ost, Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie

### **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](http://www.schattauer.de)

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © shutterstock/Danko Mykola

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Mihrican Özdem

Korrektorat: Judith Mark

ISBN 978-3-608-40030-4

E-Book: ISBN 978-3-608-12059-2

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20470-4

Auch als E-Book erhältlich

# Inhalt

<b>GRUNDLAGEN</b> .....	1
<b>1 Einführung in die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)</b> .....	3
Maik Voelzke-Neuhaus	
<b>1.1 Therapiestruktur</b> .....	4
<b>1.2 Therapiebausteine</b> .....	5
<b>1.3 Therapeutische Grundhaltung</b> .....	7
<b>2 Einführung in die Borderline-Persönlichkeitsstörung und Sucht</b> .....	9
Maik Voelzke-Neuhaus	
<b>2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> .....	9
<b>2.2 Sucht</b> .....	12
<b>3 Einführung in die Kunsttherapie</b> .....	16
Sarah Guddat	
<b>3.1 Anwendungsbereiche</b> .....	16
<b>3.2 Kunstbasierte Ansätze</b> .....	17
<b>3.3 Kunsttherapeutische Techniken</b> .....	18
<b>3.4 Wirkungsweise der Kunsttherapie</b> .....	22
<b>4 Kunsttherapie im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie</b> .....	26
Maik Voelzke-Neuhaus	
<b>4.1 Angebote der Ameos Klinik</b> .....	26
<b>4.2 Strukturen bei der Arbeit mit Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> .....	27

<b>DIE MODULE</b> .....	31
<b>5 Modul Achtsamkeit</b> .....	33
Sarah Guddat	
<b>5.1 Allgemeines</b> .....	33
<b>5.2 Fünf-Sinne-Aquarelltechnik</b> (Fühlen, Schmecken, Hören, Riechen, Sehen) .....	35
<b>5.3 Speckstein-Handschmeichler (Fühlen)</b> .....	37
<b>5.4 Temperabilder mit den Händen ohne Pinsel (Fühlen)</b> .....	39
<b>5.5 Aquarell Rundlauf (Sehen)</b> .....	41
<b>5.6 Wohlfühlinsel (Fühlen)</b> .....	43
<b>5.7 Klangkugeln (Fühlen, Hören)</b> .....	45
<b>5.8 Malen nach Musik mit Acryl (Hören)</b> .....	47
<b>6 Modul Stresstoleranz</b> .....	50
Sarah Guddat	
<b>6.1 Allgemeines</b> .....	50
<b>6.2 Kunsttherapeutische Techniken für kurzfristige Skills</b> .....	51
6.2.1 Notfallkoffer und Skillsketten .....	51
6.2.2 Sich ablenken .....	54
6.2.3 Sich beruhigen mithilfe der Sinne .....	64
6.2.4 Den Augenblick verändern .....	65
6.2.5 Pro und Contra – Konsequenzenbild .....	68
6.2.6 Gelenkte Aufmerksamkeit: Buchbinden .....	69
<b>6.3 Kunsttherapeutische Techniken für langfristige Skills</b> .....	73
6.3.1 Innere Bereitschaft: Überschriften .....	73
6.3.2 Entscheidung für einen neuen Weg .....	75
6.3.3 Radikale Akzeptanz .....	79
<b>7 Modul Umgang mit Gefühlen</b> .....	84
Sarah Guddat	
<b>7.1 Allgemeines</b> .....	84
<b>7.2 Gefühle abschwächen</b> .....	86
7.2.1 Tonarbeit zu »Wut abschwächen« .....	86
7.2.2 Gefühl in Form und Gegenform .....	87
7.2.3 Held des Alltags: Wächterfigur .....	88
7.2.4 HILFS-Skill .....	90

<b>7.3</b>	<b>Vorsicht Falle – vergangenes Erleben</b> .....	90
7.3.1	Das innere Kind und der heutige Erwachsene .....	91
7.3.2	Ressourcenbild .....	92
<b>7.4</b>	<b>Emotionssurfing: Tonkneten</b> .....	93
<b>7.5</b>	<b>Problemlösen STOP-DENK</b> .....	95
7.5.1	Neun Schritte des STOP-DENK .....	95
7.5.2	Wunschobjekte .....	96
7.5.3	Bildausschnitt erweitern .....	97
7.5.4	Lösungsorientierte Strategien .....	99
<b>7.6</b>	<b>Gefühlsprotokoll VEIN-AHA</b> .....	101
<b>7.7</b>	<b>Glaubenssätze relativieren: positive Glaubenssätze</b> .....	102
<b>7.8</b>	<b>ABC-GESUND</b> .....	104
<b>7.9</b>	<b>Umgang mit spezifischen Gefühlen</b> .....	104
7.9.1	Schattenbilder .....	104
7.9.2	Sorgenfresser .....	105
7.9.3	Der Stoff, aus dem Gefühle gemacht sind .....	107
<b>8</b>	<b>Modul »zwischenmenschliche Fertigkeiten«</b> .....	110
	Sarah Guddat	
<b>8.1</b>	<b>Allgemeines</b> .....	110
<b>8.2</b>	<b>Dialogisches Malen zu zweit</b> .....	112
<b>8.3</b>	<b>Floßtechnik</b> .....	113
<b>8.4</b>	<b>Beziehungsbilder</b> .....	114
<b>9</b>	<b>Modul Selbstwert</b> .....	117
	Sarah Guddat	
<b>9.1</b>	<b>Allgemeines</b> .....	117
<b>9.2</b>	<b>Fairer Blick</b> .....	117
9.2.1	Innen- und Außenwahrnehmungs-Boxen .....	118
9.2.2	Selbstporträt/Visitenkarten .....	120
<b>9.3</b>	<b>Wohlbefinden: InSEL-Skill</b> .....	123
9.3.1	Bestandteile von InSEL .....	123
9.3.2	Frust ausbalancieren: Glücksbox .....	123
<b>9.4</b>	<b>Arbeit an Glaubenssätzen</b> .....	124

<b>10</b>	<b>Modul Therapiebesprechungen</b> .....	125
	Sarah Guddat	
<b>10.1</b>	<b>Gefühls- und Zielbesprechungen</b> .....	125
<b>10.2</b>	<b>Werkbesprechung</b> .....	125
<b>11</b>	<b>Modul Sucht</b> .....	130
	Maik Voelzke-Neuhaus	
<b>11.1</b>	<b>Besonderheiten der DBT-Sucht</b> .....	130
	11.1.1 Ziele und Veränderungsstrategien .....	130
	11.1.2 Attachment und Butterfly .....	132
	11.1.3 Gestaltung der Skillsgruppen in der DBT-Sucht .....	133
<b>11.2</b>	<b>Skills und kunsttherapeutische Techniken</b> .....	134
	11.2.1 Skills zur Krisenbewältigung .....	134
	11.2.2 Skills zum Annehmen der Realität .....	139
	<b>Literatur</b> .....	144

# Grundlagen

---



# 1 Einführung in die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Maik Voelzke-Neuhaus

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er Jahren von der amerikanischen Psychologin Marsha Linehan, zunächst für chronisch suizidale Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, als ambulantes Konzept entwickelt. Ein großer Vorteil bei der Entwicklung der Therapie war sicherlich, dass Linehan selbst von der Borderline-Störung betroffen ist und sich in die Bedürfnisse der Patientinnen entsprechend gut einfühlen konnte.

Die DBT ist eine manualisierte Form der Psychotherapie, die sich unter anderem durch hohe Strukturiertheit auszeichnet. Aufgrund ihrer hohen Wirksamkeit wird sie in den S2-Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) zur Behandlung der Borderline Störung empfohlen.

Im Jahr 1994 wurde von der Arbeitsgruppe um Professor Martin Bohus die DBT erstmals stationär in Freiburg implementiert. Da es sich bei der DBT im Original um ein ambulantes Vorgehen handelte, mussten in verschiedenen Bereichen (z.B. Skillstraining, Körpertherapie) Anpassungen vorgenommen werden. Das stationäre Behandlungsprogramm des Universitätsklinikums Freiburg erstreckt sich auf einen Zeitraum von 3 Monaten.

Inzwischen hat die DBT weitere Entwicklungen erfahren und gilt bei der Behandlung einer Vielzahl von Erkrankungen als Prototyp modular aufgebauter Psychotherapie. Die DBT beinhaltet neben der kognitiven Verhaltenstherapie zahlreiche Techniken aus anderen Therapieformen und Philosophien, insbesondere der Gesprächstherapie, der Hypnotherapie und des Zen-Buddhismus. Es darf behauptet werden, dass die DBT eine der ersten Therapieformen der »dritten Welle der Verhaltenstherapie« ist, also derjenigen Welle, in der die Emotionsregulation in den Fokus genommen wird.

Es gibt folgende Modifikationen der DBT:

- DBT für Sucht (DBT-S; Linehan et al. 1999)
- DBT für Essstörungen (Telch et al. 2001)
- DBT für Depressionen (Lynch et al. 2003, 2007)
- DBT stationär (Bohus et al. 2004)
- DBT für Adoleszente (DBT-A; Rathus & Miller 2002)
- DBT als Krisenintervention (McQuillan et al. 2005)
- DBT in der Forensik (DBT-F; McCann et al. 2000)
- DBT-ACES (Behandlung nach der Akutphase der Borderline-Persönlichkeitsstörung; Comtois et al. 2010)
- DBT für Eltern, Paare und Familien (Fruzzetti & King 2019)
- DBT für die Posttraumatische Belastungsstörung (DBT-PTBS; Bohus et al. 2011)

## 1.1 Therapiestruktur

Die DBT stützt sich auf die biosoziale Theorie. Das primäre Behandlungsziel ist der Aufbau bzw. die Verbesserung von funktionalen, langfristig nicht schädigenden Strategien zur Gefühlsregulation. Gleichzeitig wird daran gearbeitet, dass sich schwereres Problemverhalten wie Selbstverletzung reduziert. Wenn Patientinnen in der Lage sind, ihre Gefühle so zu regulieren, dass sie nicht auf langfristig schädigende Strategien zurückgreifen müssen, wird an den sozialen Kompetenzen und Begleiterkrankungen gearbeitet. In der letzten Phase der Behandlung steht der Aufbau eines sinnerfüllten Lebens im Mittelpunkt. Grundlage dafür ist nach der DBT Selbstakzeptanz und (achtsames) Selbstmitgefühl.

Die DBT ist eine emotionsfokussierte Therapie. Für die Patientinnen bedeutet das eine ständige Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen. Wann immer sie sichtbar sind oder sichtbar sein sollten, werden diese thematisiert.

Um die Patientin dabei unterstützen zu können, ihre Ängste vor der Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen zu überwinden, muss die Therapeutin in der Lage sein, eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen. Des Weiteren zeichnet die Therapeutin eine hohe Authentizität und fürsorgliche Herzlichkeit aus. Sie setzt allerdings voraus, dass die Patientin an den im Vorfeld gemeinsam formulierten Zielen arbeitet. Kurz gesagt: DBT-Therapeutinnen arbeiten mit jedem, der etwas tut.

Die ambulante DBT-Therapie kann 1 bis 3 Jahre dauern. Dabei ist sie klar strukturiert und lässt sich in vier Phasen unterteilen:

- In der Vorbereitungsphase werden Patientinnendaten und störungsspezifische Informationen erhoben und die Ziele sowie die Motivation zur Behandlung besprochen. Außerdem werden den Patientinnen Informationen über die DBT-Behandlung vermittelt. Am Ende der Vorbereitungsphase steht das gemeinsame Unterschreiben des Behandlungsvertrages. Bestandteil des Vertrages sind z. B. der Umgang mit schwerem dysfunktionalem Verhalten sowie eine Nonsuizid-Verpflichtung vonseiten der Patientin. Auf der anderen Seite verpflichtet sich die Therapeutin, alles zu geben, damit die Patientin die bestmögliche Therapie erhält. Ist der Vertrag unterzeichnet, beginnt die erste Therapiephase. Diese Phase kann sich auf einen Zeitraum von 3 Monaten bis zu 1 Jahr erstrecken. Therapieziel ist in dieser Phase die Reduktion von schweren Problemen auf der Verhaltensebene, z. B. lebensbedrohliches selbstverletzendes Verhalten. Um die dafür notwendigen Fertigkeiten zu erlernen, nimmt die Patientin neben der Einzeltherapie an einem Fertigkeitentraining teil, das in einer Gruppe stattfindet und im ambulanten Setting modular aufgebaut ist.
- Um eine konstruktive Behandlung der oft vielfältigen Probleme der Patientinnen zu gewährleisten, herrscht in der DBT eine dynamische Behandlungshierarchie. Dies bedeutet: Wann auch immer ein höher angesiedelter Problembereich auftritt, wird dieser mit einer Verhaltensanalyse genau betrachtet und eine geeignete Lösungsanalyse vorgenommen. Um zu Beginn der Therapie stunde einen Überblick über die aktuellen Problembereiche zu haben, führt die Patientin eine sogenannte Tagebuch-Karte (Diary Card). Dort dokumen-

tiert die Patientin den Wochenverlauf, sodass die Therapeutin die Struktur der Stunde festlegen kann. Durch diese an den aktuell gezeigten Verhaltensweisen orientierten dynamischen Therapiestrukturen unterscheidet sich die DBT von den meisten anderen Therapieformen, die eher von festgelegten Reihenfolgen von Sitzungen und Inhalten geprägt sind.

- Hat die Patientin ihre schweren dysfunktionalen Verhaltensweisen im Griff, beginnt die zweite Therapiephase. Diese erstreckt sich über einen Zeitraum von 1 bis 2 Jahren. Im Mittelpunkt steht die Bearbeitung weiterer psychischer Probleme sowie die Verbesserung der beruflichen und sozialen Situation. Außerdem werden die in der ersten Phase noch nicht behandelten psychischen Störungen, vor allem eine komorbide Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) behandelt. Mittlerweile hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine frühzeitig behandelte PTBS die günstigste Prognose für eine erfolgreiche Behandlung bietet. Für das spezifische Vorgehen einer PTBS im Rahmen einer DBT-Behandlung wurde die Dialektisch-Behaviorale Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (DBT-PTBS) entwickelt.
- Die Ziele der dritten Therapiephase sind das Etablieren einer Selbstakzeptanz sowie das Entwickeln eines achtsamen Selbstmitgefühls. Hierbei empfiehlt die DBT besonders die Konzepte von Potreck-Rose und Jacob (2015), Gilbert (2013) und Germer (2012). Die dritte Therapiephase ist keine in sich geschlossene Behandlungsphase, da mit der Behandlung der Ziele bereits in der zweiten Phase begonnen wird. Deshalb kann die Dauer der dritten Therapiephase auch zeitlich nicht genau eingegrenzt werden.

## 1.2 Therapiebausteine

Die DBT-Therapie besteht aus fünf Bausteinen:

- Die Einzeltherapie findet normalerweise einmal wöchentlich statt. Vor allem zu Beginn der Therapie stehen die Ziel- und Motivationsarbeit sowie das Wahrnehmen und Regulieren von Gefühlen im Vordergrund. Gleichzeitig werden Problem- und Lösungsanalysen durchgeführt. Mit zunehmender Therapiedauer wird das Zulassen von Gefühlen und deren Integration in den Alltag sowie die Selbstakzeptanz gefördert.
- Das Fertigkeitentraining findet ebenfalls einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 1,5 Jahren statt. Die Gruppengröße ist auf maximal acht Teilnehmende beschränkt. Geleitet wird das Fertigkeitentraining von zwei Trainerinnen. Ziel des Trainings ist es, die Fertigkeiten zu vermitteln, die die Patientin einsetzen kann, um das vorhandene dysfunktionale Verhalten zu ersetzen. Das Fertigkeitentraining ist in folgende fünf, optional sechs Module unterteilt:
  - Kennenlernen und Fertigkeiten der Achtsamkeit
  - Fertigkeiten zur Stresstoleranz
  - Fertigkeiten zum Umgang mit Gefühlen
  - zwischenmenschliche Fertigkeiten
  - Fertigkeiten zur Steigerung des Selbstwerts

- Die DBT geht davon aus, dass es realistischerweise zu Krisensituationen außerhalb der einzeltherapeutischen Sitzungen kommt. Für solche Fälle bietet die Therapeutin Telefonkontakte an. Dieses Angebot ist einer der größten Unterschiede zu anderen Therapieverfahren. Im Kontakt werden effektive Strategien vermittelt, wie die Krise überstanden werden kann. Dabei findet keinesfalls Therapie am Telefon statt. Das Telefonat dauert nie länger als 10 Minuten. Ein weiterer Grund für Telefonkontakte kann die Belohnung der Patientin sein, z. B. nach Absolvieren eines Vorstellungsgesprächs, wenn das zuvor ein Problem darstellte. Der dritte, nicht zu vernachlässigende Grund von Telefonkontakten ist das Reparieren der therapeutischen Beziehung. Die Arbeit mit Gefühlen ist für die Patientinnen mit einer Borderline-Störung sehr anstrengend. Es kann sein, dass die Patientin, wenn sie von starken Gefühlen überflutet wird, plötzlich die Sitzung verlässt. In diesem Fall hat sie die Möglichkeit, ihr Verhalten telefonisch kurz zu erklären und sich zu entschuldigen. Die Therapeutin nimmt die Entschuldigung an und versichert der Patientin, dass sie weiterhin in der Therapie für sie da ist.
- Das Konsultationsteam besteht aus Therapeutinnen und Skillstrainerinnen, dabei ist es möglich, dass auch Personen anderer Berufsgruppen, die regelmäßig mit diesen Patientinnen zusammenarbeiten, Bestandteil des Teams sind (z. B. Ergotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen). Die Treffen finden einmal wöchentlich für 1 Stunde statt. Das Konsultationsteam stellt sicher, dass die Patientin die bestmögliche DBT erhält, da alle an der Behandlung Beteiligten ihre Sichtweise und Ideen mit einbringen. Die Behandlung der Patientinnen erfolgt also nicht durch die Einzelbehandlerin, sondern durch das Team. Dadurch entlastet das Team die Einzeltherapeutin, die die im Team gefassten Beschlüsse umsetzt. Im Konsultationsteam laufen alle Informationen zusammen und werden ausgewertet. Darauf aufbauend wird beschlossen, was bis zum nächsten Konsultationsteam-Treffen von den Teammitgliedern umgesetzt werden muss. Anschließend gehen alle Teammitglieder auseinander, um die Teambeschlüsse zu realisieren. Zum nächsten Konsultationsteam kommen alle Teammitglieder wieder zusammen und berichten von der Umsetzung der Teambeschlüsse. Es werden wieder alle Informationen zusammengetragen und neue Beschlüsse gefasst.
- 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 Ärztinnen und Psychologinnen, die vom Fortbildungsausschuss des Dachverbandes DBT zum DBT-Supervisor ernannt wurden.

## 1.3 Therapeutische Grundhaltung

Borderline-Patientinnen gelten im Allgemeinen als sehr impulsiv, entweder gegenüber sich selbst oder ihrem sozialen Umfeld. Weiter wird ihnen manipulatives, unberechenbares oder grenzüberschreitendes Verhalten nachgesagt. Allein diese Vorverurteilung reicht für ein Viertel aller Psychotherapeutinnen aus, keine Borderline-Patientinnen zu behandeln (Jobst et al. 2010). Nicht selten sind die Psychotherapeutinnen, die es trotzdem versuchen und sich auf eine Behandlung einlassen, schon bald mit der Vielzahl der Probleme dieser Patientinnen überfordert. Dies gefährdet eine erfolgreiche Behandlung enorm, weshalb Linehan (1996a) die gängigsten Vorurteile aufgegriffen und zum Schutz von Patientinnen, aber auch von Therapeutinnen, die folgenden acht therapeutischen Grundannahmen der DBT formuliert:

- *Borderline-Patientinnen geben sich wirklich Mühe.* Das heißt, sie versuchen, das Beste aus ihrer gegenwärtigen Situation zu machen. Würden sie dies nicht tun, wären sie möglicherweise längst tot.
- *Borderline-Patientinnen wollen sich verändern.* Sonst wären sie nicht in Behandlung oder würden Kontakt zum helfenden System suchen.
- *Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern.* Die Vielzahl an Problemen bei der alltäglichen Bewältigung des Lebens sind eigentlich schon genug. Trotzdem müssen die Patientinnen noch mehr tun, denn die Veränderung kommt »noch obendrauf«.
- *Borderline-Patientinnen haben ihre Schwierigkeiten nicht selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.* In der Regel haben Patientinnen im Verlauf ihrer Entwicklung invalidierende Erfahrungen gemacht, d. h. ihre Gefühle wurden durch Bezugspersonen für ungültig erklärt (»Ist doch nicht schlimm«) oder entwertet (»Stell dich nicht so an«). Daraus sind für sie dysfunktionale Verhaltensmuster entstanden. Leider ist es nun Aufgabe der Patientinnen, diese zu lösen.
- *Das Leben chronisch suizidaler Patientinnen ist, so wie es gegenwärtig gelebt wird, nicht zu ertragen.* Leider hat sich der Gedanke an Suizid als letzte Lösung bei vielen Patientinnen chronifiziert und spielt sich in scheinbar ausweglosen Situationen immer wieder in den Vordergrund. Dies ist ein sehr schwieriger Aspekt, den die Therapeutin besonders zu beachten hat. Die Patientin will nicht drohen oder manipulieren. Sie sieht nur keine andere Problemlösung.
- *Borderline-Patientinnen müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebenslagen erlernen.* Diese Grundannahme erinnert daran, dass es in keiner Phase des Lebens Situationen gibt, in denen Emotionen keine Rolle spielen. Außerdem soll sie die Patientinnen daran erinnern, auch in »ruhigen« Phasen des Lebens neue Fertigkeiten zu üben. (Die Feuerwehr übt auch nicht, wenn es brennt.)
- *Borderline-Patientinnen können in der Therapie nicht versagen.* Betrachtet man die DBT wie einen Werkzeugkasten, so wird schnell klar, dass die Anzahl der sich darin befindlichen Werkzeuge begrenzt ist. Diese Grundannahme fordert die DBT auf, sich ständig weiterzuentwickeln, d. h., fehlende Werkzeuge zu ergänzen.

- *Therapeutinnen, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, benötigen Unterstützung.* Eine Behandlung als Einzelkämpferin ist grob fahrlässig. Die Arbeit an den Schwierigkeiten der Emotionsregulation ist auch für Therapeutinnen anstrengend. Verschiedene Arten der Besprechung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich unterstützen die behandelnden Therapeutinnen (vgl. Konsultationsteam und Supervision in Kap. 1.2).

#### **Fazit**

---

Mit der DBT ist ein gut strukturiertes, nicht nur bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wirksames Therapieprogramm entstanden. Aufgrund der hohen Strukturiertheit und Transparenz der einzelnen Behandlungsschritte ist es allen Berufsgruppen möglich, sich an der Behandlung zu beteiligen.