

Clienia Littenheid AG  
Privatklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Hauptstrasse 130  
CH-9573 Littenheid  
Tel. +41 71 929 60 60  
Fax +41 71 929 60 30  
info.littenheid@clenia.ch  
www.clenia.ch



## **Konzept Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) auf der Psychotherapiestation Pünt Nord für junge Erwachsene**

Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik (ZPP)  
Clienia Littenheid AG

Autorin: Dr. med. Susanne Prinz

Geltungsbereich: Psychotherapiestation Pünt Nord

Datum / Version: 22.01.2021 / Version 3.0.

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung
2. Emotionale Instabilität und Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) Rationale
3. DBT-Haltung
4. Stationärer Behandlungsprozess und Werkzeuge der DBT
5. Einzeltherapie und Besprechungen
6. Gruppen und Gefässe
7. Literatur

### **1. Einleitung**

Die Station Pünt Nord für junge Erwachsene bietet sowohl Dialektisch Behaviorale Therapie (im Folgenden DBT) als auch Schematherapie als psychotherapeutische Grundrichtung an. Für Patienten im DBT-Arm gelten DBT-Regeln im Alltag, sie erhalten DBT-Gruppen- und -Einzeltherapie.

Die DBT wurde von Marsha M. Linehan zur ambulanten Behandlung von chronisch suizidalen Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Sie wird aktuell für Personen mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ als das Behandlungsverfahren der Wahl empfohlen. Sie integriert verschiedene Methoden und Techniken vor allem aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie sowie dem Zen-Buddhismus.

Das Behandlungsteam besteht aus dem Behandlungsteam (Bezugsperson und Einzeltherapeutin/Einzeltherapeut) sowie der betroffenen Person selbst.

### **2. Emotionale Instabilität und DBT-Rationale**

Viele Personen mit Borderline-Persönlichkeitszügen erleben die Welt und das Leben als gefährlich oder sogar feindselig, sich selbst als machtlos, verletzlich und in vielerlei Hinsicht inakzeptabel. Diese Grundannahmen führen zu «schwarz-weiss-Denken», einem instabilen Selbstbild, ungünstigen Sozialisationserfahrungen und zu sich selbst verstärkenden schädlichen Denk- und Verhaltensmustern. Daher kommen in der Therapie nach beziehungsfördernden und Compliance-stärkenden Massnahmen Techniken zur verbesserten Achtsamkeit, zum Aufbau der Impulskontrolle und Emotionskontrolle sowie zum Abbau dysfunktionaler Grundannahmen zum Tragen. Weitere Schwerpunkte sind die Stärkung des Identitätssinnes und der Selbstvalidierung sowie die Verbesserung der zwischenmenschlichen Fertigkeiten. Hierzu werden Techniken der kognitiven Umstrukturierung, des Achtsamkeits- und Fertigkeitentraining, und das Vermitteln einer dialektischen Haltung (Ertragen von Widersprüchen und «sowohl-als-auch-Denken») angewendet.

### **3. DBT-Haltung**

Die Grundhaltung der DBT beinhaltet die stete Wahrung der Dialektik (Infragestellen gegensätzlicher Behauptungen und Erkenntnisgewinn durch Synthese) bezogen auf verschiedenste Aspekte der Therapie. Im Vordergrund steht die Wahrung der Balance zwischen validierendem und veränderungsförderndem Vorgehen; daher kommen sowohl akzeptanzbasierte als auch veränderungsbasierte Strategien zum Einsatz. Dialektik bezieht sich aber auch auf jegliche andere therapeutische Fragestellung (wie z.B. Einhaltung strenger Regeln vs. individuelle Flexibilität). Das Team macht sich die Spannungsfelder im therapeutischen Arbeiten immer wieder bewusst und strebt letztlich eine Balance an. Das Behandlungsteam beginnt seine

Patientenrapporte sowie seine regelmässig stattfindenden Konzeptsitzungen, Inter- und Supervisionen jeweils mit einer Achtsamkeitsübung.

Das Team ist sich der **DBT-Grundannahmen** bewusst/berücksichtigt diese in der täglichen Arbeit:

- a. Jedes Verhalten der Patientinnen und Patienten macht im subjektiven Kontext Sinn: Sie versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtig verheerenden Situationen zu machen. Es ist daher die Aufgabe der Therapeutinnen und Therapeuten, mit den Patientinnen und Patienten die jeweiligen Auslöser, Denkmuster und Konsequenzen herauszuarbeiten.
- b. Patientinnen und Patienten wollen sich verändern.
- c. Die Patientinnen und Patienten müssen sich mehr anstrengen als Gesunde, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern.
- d. Die Patientinnen und Patienten haben nicht all ihre Schwierigkeiten selbst verursacht, aber sie müssen sie selber lösen.
- e. Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen und -Patienten ist so, wie sie es gegenwärtig empfinden, unerträglich.
- f. Die Patientinnen und Patienten müssen in vielen relevanten Dimensionen des Verhaltens und in vielen Lebensbereichen neues Verhalten erlernen.
- g. Die Patientinnen und Patienten (ebenso Therapeutinnen und Therapeuten) können in der Therapie nicht versagen.
- h. Therapeutinnen und Therapeuten, die Borderline-Patientinnen und -Patienten behandeln, brauchen Unterstützung.

#### 4. Stationärer Behandlungsprozess und Werkzeuge der DBT

- Der Aufenthalt beträgt in der Regel acht Wochen, kann sich aber im individuellen Fall bei entsprechender Begründung über einen anderen Zeitraum erstrecken.
- Für jede Woche legt die/der Betroffene sich ein Wochenziel fest, das sich an den übergeordneten therapeutischen Zielen orientieren sollte, sobald diese konkretisiert sind.
- Initial übt die betroffene Person beim täglichen Ausfüllen einer **Spannungskurve** sich selbst besser wahrzunehmen und einzuschätzen. Sie erstellt eine Skillskette zum Umgang mit Anspannung.
- In der **Diary Card** dokumentiert sie täglich ihr Befinden, ihr Commitment, die Nutzung von Skills sowie besondere Ereignisse.
- Nach etwa 3 Wochen legt die oder der Betroffene in einem **Zielstandortgespräch** zusammen mit dem Behandlungsteam ihre oder seine Ziele für den stationären Aufenthalt sowie die Zwischenschritte fest. Die Ziele werden in der Runde des Consultation Team (gesamtes Behandlungsteam) vorgestellt. Der Behandlungsfokus und die -reihenfolge werden anhand der **DBT-Hierarchie der Behandlungsziele** festgelegt.

#### **DBT-Hierarchie der Behandlungsziele im stationären Setting**

- a. Aufbau von Überlebensstrategien (Abbau suizidaler Verhaltensmuster)
- b. Aufbau von Therapiecompliance anstatt therapieschädigenden Verhaltens
- c. Abbau von krisengenerierendem Verhalten/Befähigung zur ambulanten Therapie
  - Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung von akutem ambulanten Problemverhalten
  - Aufbau von Fertigkeiten, um Hospitalisierung und Behandlungsverlängerung zu verhindern
  - Aufbau von Fertigkeiten, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme zu verringern

Das Behandlungsteam legt die zu verändernden Problem-Verhaltensweisen fest. Diese werden auf der Diary Card notiert. Kommt es zum Auftreten einer definierten Problemverhaltensweise, setzt sich der Betroffene in einer **Verhaltensanalyse** mit den Ursachen, Ablauf, Konsequenzen des Verhaltens sowie möglichen Lösungen auseinander.

## 5. Einzeltherapie

### a. Einzeltherapie durch die Einzeltherapeutinnen und -therapeuten

Frequenz: eine Stunde pro Woche

#### **Aufgaben der Einzeltherapie**

Diagnostik; Erarbeitung und Vermittlung von Störungsmodellen; Erarbeitung gemeinsamer Therapieziele; Klärung der Behandlungsfoki und Methodik der DBT; Erarbeitung der Behandlungsverträge; Indikationsstellung und Erarbeitung der Behandlungsfoki für das Skillstraining; ggf. Traumatherapie gemäss Indikationsstellung; kontinuierliche Evaluation der Therapieziele; zentrale Vernetzungsfunktion mit anderen Behandlern.

#### **Fallführende Coachingfunktion beim Skillstraining**

Die Einzeltherapeutinnen und -therapeuten helfen den Betroffenen, die Ressourcen des stationären Settings maximal zu nutzen. Eine wichtige Aufgabe der Einzeltherapeutinnen und -therapeuten ist es, die Betroffenen dazu zu motivieren, ihre Skills anstelle der gewohnten dysfunktionalen Verhaltensweisen einzusetzen. Dementsprechend ist es auch ihre Aufgabe, eine mangelnde Motivation der betroffenen Person bezüglich des Skilltrainings therapeutisch zu bearbeiten.

### b. Bezugspflegetgespräche inklusive Einzelskillsarbeit

Frequenz: eine Stunde pro Woche

In der Einzelskillsarbeit erkennen und problematisieren die Patientinnen und Patienten ihre maladaptiven, selbstschädigenden Verhaltensweisen. Sie können diese durch adaptive, nicht selbstschädigende Verhaltensweisen ersetzen, indem sie die ihnen vermittelten Skills situativ gezielt und erfolgreich einsetzen. Dabei greifen die Patientinnen und Patienten auf die Hilfsmittel ihrer mit der Bezugsperson und im Skillstraining erarbeiteten Notfallkoffer sowie auf die Arbeitsblätter des Trainingsmanuals zurück.

Die pflegerischen Bezugspersonen begleiten die Betroffenen bei der Problematisierung sowie bei der Problemlösung dysfunktionaler Verhaltensweisen. Sie helfen ihnen bei der sach- und fachgerechten Erarbeitung von Verhaltensanalysen und besprechen diese anschliessend fokussiert auf problemlösende Verhaltensweisen unter Berücksichtigung des gezielten Einsatzes der im Skillstraining vermittelten Skills. Die pflegerischen Bezugspersonen coachen die Betroffenen in der gezielten und erfolgreichen Anwendung ihrer Skills im stationären und ausserstationären Alltag.

## 6. Gruppen und Gefässe

### a. Das Fertigkeitentraining (Skillstraining)

«Das Fertigkeitentraining ist der Ton, aus dem die Einzeltherapeutin und Patienten eine Figur modellieren können» (Linehan, 1996a).

Alle Fertigkeitengruppen starten mit einer Achtsamkeitsübung. Neben einem Teaching-Teil werden meist Hausaufgaben besprochen und vergeben.

#### Arbeitsmaterialien

Jeder Gruppenteilnehmer erhält Ordner mit Info-, Arbeits- und Hausaufgabenblättern je nach Gruppe zu Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen/Zwischenmenschliche Fertigkeiten/Selbstwert.

#### 1) Achtsamkeitsgruppe

##### Generelle Ziele der Achtsamkeitsgruppe

Ziele der Achtsamkeitsgruppe sind die Vermittlung von Basiswissen zur Achtsamkeit.

##### Struktur der Achtsamkeitsgruppe

Gruppengrösse: 3 bis maximal 12 Teilnehmende  
Frequenz: eine Stunde pro Woche  
Wann/Dauer: über die gesamte Behandlungsdauer hinweg

#### 2) Einstiegs-Skillsgruppe

##### Generelle Ziele der Einstiegs-Skillsgruppe

Ziele der Einstiegs-Skillsgruppe sind die Vermittlung von Basiswissen zum Skillstraining sowie die Vermittlung und Einübung von Fertigkeiten in der Stresstoleranz.

##### Struktur der Einstiegs-Skillsgruppe

Gruppengrösse: 3 bis maximal 6 Teilnehmende  
Frequenz: eine Stunde pro Woche  
Zeitraum: in der Behandlungsphase 1 (ca. 4 Wochen)

#### 3) Aufbau-Skillsgruppe

##### Generelle Ziele der Aufbau-Skillsgruppe

Ziele der Aufbau-Skillsgruppe sind die Vermittlung und Einübung von Fertigkeiten in den Modulen Umgang mit Gefühlen, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Selbstwert.

##### Struktur der Aufbau-Skillsgruppe

Gruppengrösse: 3 bis maximal 8 Teilnehmende  
Frequenz: zwei Stunden pro Woche  
Wann/Dauer: 7-8 Wochen, ab Behandlungsphase 2 (ab ca. Woche 5)

## **b. Basisgruppe**

### **Generelle Ziele der Basisgruppe**

Die Basisgruppe dient der Vermittlung der bio-psycho-sozialen Theorie und des Behandlungskonzeptes der DBT. Sie klärt auf über die Entstehung, das Störungsbild und die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihren Komorbiditäten. Vorrangiges Ziel dieser Gruppe ist, dass die Teilnehmenden zu Spezialisten ihres eigenen Störungsbildes werden.

### **Struktur**

Gruppengrösse: max. 12 Teilnehmende  
Frequenz: eine Stunde pro Woche  
Dauer: über die gesamte Behandlung ab Therapiebeginn

## **c. Bezugsgruppe «do-it-yourself»**

Dies ist eine Selbsthilfegruppe für alle Patientinnen und Patienten, die nach der DBT behandelt werden.

Ziel dieser Gruppe ist die gegenseitige Unterstützung der Betroffenen bei der funktionalen Bewältigung schwieriger Lebenssituationen sowie bei der Problemanalyse und Problemlösung maladaptiven Verhaltens mittels gemeinsamer Auswertung von Verhaltensanalysen sowie Besprechung und Erarbeitung von Hausaufgaben.

Die Aufgabe des Behandlungsteams ist es, diese Gruppe supervisorisch zu coachen gemäss den Gruppen- und Basisregeln der DBT.

## **d. Wochenanfangs- und Wochenrückblicksgruppe**

### **Generelle Ziele der Wochenanfangs- und Wochenrückblicksgruppe**

Die Wochenanfangs- und Wochenrückblicksgruppen dienen dem Training der Selbsteinschätzung sowie der Vergegenwärtigung der Wochenziele sowie des aktuellen Befindens. Am Montag wird das Wochenende reflektiert und wichtige Themen für die Woche werden besprochen. Am Freitag wird das Befinden über die Woche hinweg sowie die Erreichung des Wochenziels evaluiert. Weiterhin berichten die Patientinnen und Patienten über die geplante Belastungserprobung am Wochenende. Durch die Thematisierung kann so Krisen zuvorgekommen und mögliche Skills vorbesprochen werden.

### **Struktur**

Gruppengrösse: insgesamt (2-) 3 Gruppen mit je max. 7 (-10) Teilnehmenden  
Frequenz: montags und freitags je ca. 30 Minuten  
Dauer: über die gesamte Behandlungsdauer ab Therapiebeginn

**e. Diary-Card-Besprechung**

Abends haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit mit einer Pflegeperson den standardisierten Selbstbeobachtungsbogen der Diary Card zu besprechen und einen Tagesrückblick zu machen. Fokus dieser Besprechung ist das tägliche Monitoring von problemorientierten Parametern wie Suizidalität, Selbstverletzungs-Drang, Suchtdrang, Not/Elend, sowie Ess-, Schlaf- oder Vermeidungsverhalten. Aber auch ressourcenorientierte Parameter wie Lebensfreude, positive Ereignisse, körperliche Aktivitäten und nicht zuletzt die Anwendung von Skills werden evaluiert und besprochen.

Da die Station keine Sitz-Nachtwache hat, kann hier auch das Krisenmonitoring sowie das Krisenmanagement für die Nacht thematisiert werden.

**7. Literatur**

- Linehan, M (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, CIP Medien.  
Bohus, M (2002). Borderline-Persönlichkeitsstörung, Hogrefe.  
Bohus, M, Wolf, M (2018). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten, Schattauer.