

Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan



Dr. Dipl. Psych. Jana Mauchnik
DBT-Trainerin

Dr. Dipl. Psych. Johanna Barth
DBT-Co-Trainerin

Freiburg 09.06. – 10.06.2010

AWP Freiburg
www.awp-freiburg.de

Überblick
Basis II 09.-10.06. 2010

9.00 – 10.30

10.30 – 10.45

10.45 – 12.15

Mittagspause

13.30 – 15.00

15.00 – 15.15

15.15 – 16.45

Einführung, aktuelle Problemstellungen

Pause

Behandlungsstruktur

Übung: Validierung

Pause

Übung: Commitment-Strategien

9.00 – 10.30

10.30 – 10.45

10.45 – 12.15

Mittagspause

13.30 – 15.00

15.00 – 15.15

15.15 – 16.45

Veränderungsstrategie 1: Verhaltensanalyse

Pause

Veränderungsstrategie 2: Kontingenzmanagement

Krisenmanagement

Pause

Burn-Out-Prophylaxe

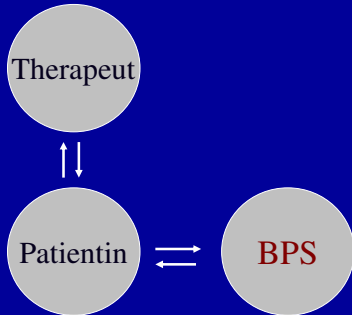
Dialektisch Behaviorale Therapie
- übergeordnetes, zentrales Ziel -

Aufbau dialektischer Verhaltensmuster

→ Aufbau dialektischer Denkmuster

→ extreme Reaktionen durch ausgeglichene,
integrative Reaktionen ersetzen

Dialektisch Behaviorale Therapie - therapeutisches Modell -



Dialektisch Behaviorale Therapie - sekundäre Ziele -

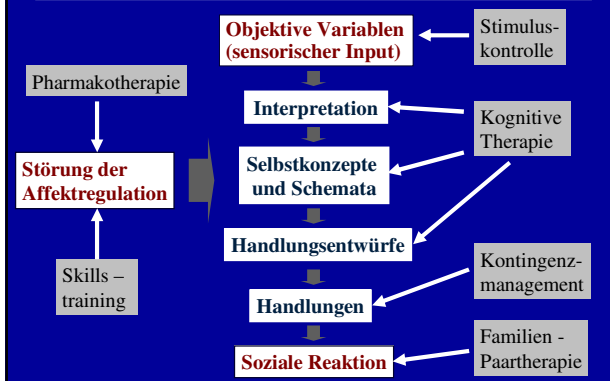
Erhöhen

- Emotionale Modulation
- Selbst-Validierung
- Realistische Bewertung
- Emotionales Erleben
- Aktive Problembewältigung
- Adäquater Ausdruck

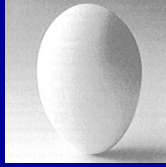
Verringern

- Emotionale Reaktivität
- Selbst-Invalidierung
- Krisen generierendes Verhalten
- Blockierung von Trauer
- Aktive Passivität
- Abhängigkeit von Stimmungen

Borderline- Persönlichkeitsstörung - mögl. therapeutische Ansatzpunkte -



Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan



Struktur

Dialektisch Behaviorale Therapie
- Strukturierung der Therapie -

• **Struktur im Therapieprozess**

- Wahl des Behandlungsfokus
- Analyse der Problemebene
- Wahl der Behandlungsmethode

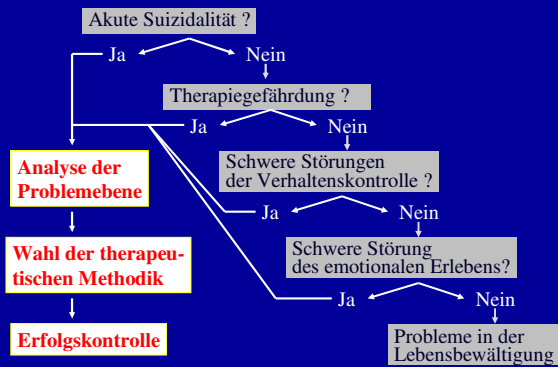
• **Struktur innerhalb der Therapiestunde**

- „Crisp Beginning“
- klare Zeitaufteilung

• **Struktur im Team**

- „Hüter der Zeit“, „Hüter der Dialektik“
- Klare Reihenfolge
- Achtsamkeitsübung

Dialektisch Behaviorale Therapie
- Wahl des Behandlungsfokus -



Dialektisch Behaviorale Therapie
- Voraussetzungen für Traumatherapie -

- Umgang mit Suizidalität
- Emotionsmodulation
- Umgang mit Selbstschädigung
- Vertrauensvolle Beziehung zur Therapeutin
- „Reale“ Lebensqualität: Keine real traumatisierende Umgebung, tragend soziale Kontakte
- Selbstmanagement von Dissoziation
- Therapeutische Erfahrung im Management von Dissoziationen

Dialektisch Behaviorale Therapie
- Traumatherapie: wann nicht? -

- Zu früher oder ungünstiger Zeitpunkt
- Instabile therapeutische Beziehung
- Anhaltender Missbrauch
- Akute Lebenskrise
- Körperliche Verfassung
- Defizite in der Sorge für sich selbst
- Keine ausreichende Therapievereinbarung
- Geringe Motivation
- Ungenügende Kompetenz des Therapeuten

Dialektisch Behaviorale Therapie
- Strukturierung der Therapiestunde -

- „Crisp Beginning“
 - Wochenprotokoll
 - Agenda anhand von Infos aus Wochenprotokoll, Anliegen Patient und Anliegen Therapeut
 - Hierarchisierung der Themen
 - Commitment zur Agenda
- Zeitverteilung der Themen
 - schwierige Themen früh
 - Zeit für Emotionsregulation, Ressourcenaktivierung, Hausaufgaben einplanen

Design der Therapiestunde

Begrüßung, Orientierung	Max. 10 min!
Tagebuchkarte, Festlegung des Fokus	
Bearbeitung des Fokus	Max. 10 min!
Achte auf Verhaltensexperimente!	
Zusammenfassung; Hausaufgaben	Max. 10 min!
Wind down: Achtsamkeit	

H

Handl. Therap. / P/Bzge	T A G	Funkt. Fähigkeiten (0-5)	Selbstschätzung (0-5)	Wohlbefinden (0-5)	Spezifisches Problemverhalten			PMS (0-10)	Menschen (0-10)	Schlaf (0-5)	Einschätzung für weitere Wg. (0-5)	Positive Aktivitäten		Freizeit (0-5)
					Dreiw. (0-5)	Haar (0-5)	Dreiw. (0-5)					Haar (0-5)	3-2h (0-7)	
MO														
DI														
MI														
DO														
FR														
SA														
SO														

* PMS = Prämenstruelles Syndrom

→ **Klassifizierungen:**

existenzielle Verzerrungen	Selbstwertminderungen	Nachdruck/Verunsicherung	Schlaf	Skills / Körperl. Aktivitäten
0 = keine 1 = kaum 2 = mäßig 3 = häufig 4 = sehr häufig 5 = das Denken ist komplett auf negative Ideen ausgerichtet	0 = keine 1 = kaum 2 = mäßig 3 = deutlich häufig 4 = sehr häufig 5 = nicht kontrollierbar	0 = keine 1 = kaum 2 = etwas 3 = mäßig häufig 4 = groß 5 = sehr groß	0 = gerast 1 = sehr schlecht 2 = schlecht 3 = mittelmäßig 4 = gut 5 = sehr gut	0 = nicht daran gedacht und nicht angewandt 1 = daran gedacht, aber nicht angewandt, weder mehr 2 = daran gedacht, nicht angewandt, beide aber gemacht 3 = beide in Versuch, konnte aber nicht umsetzen 4 = versucht, konnte sie umsetzen, aber sie halfen nicht 5 = automatisch angewendet, aber nur halb so 6 = versucht, konnte sie umsetzen und sie helfen 7 = automatisch angewendet und sie helfen abzufließen

Wert laut DiaryCard	Kennzeichen	Ausführliche Beschreibung
0	keine	gar keine Gedanken an Suizid gar keine Gedanken an Suizid
1	kaum	rein gedanklich Gedanken an Suizid schwirren im Kopf herum, sind aber nicht konkret, nur ab und zu, im Sinne von Blitzgedanken, ohne emotionale Beteiligung
2	mässig	mit emotionaler Beteiligung Gedanken an Suizid sind schon etwas konkreter und öfter, verbunden mit einem gefühlten Todeswunsch
3	drängend	spürbarer Kampf Todeswunsch und Lebenswille halten sich gerade noch die Waage, Lebensgründe sind aber noch deutlich spürbar und haben noch einen erkennbaren Wert
4	sehr drängend	Skillsanwendung ist absolut nötig Die Wippe nähert sich dem roten Bereich, der Vertrag und damit die Selbstkontrolle existieren aber noch
5	das Denken ist komplett auf Suizidideen	Abklärung ist zwingend nötig Ohne Unterstützung von aussen besteht keine sichere Kontrolle mehr; eine andere Person ist nötig, um wieder den notwendigen Abstand zu den Suizidgedanken zu bekommen oder zu verhindern, dass diese in Selbstmord münden

DBT-Fallkonzeption
- allgemeines Ziel -

Behandlungsplanung unter Berücksichtigung ...

- der zentralen Problembereiche
- der Entwicklungsprozesse und aufrechterhaltenden Bedingungen der Probleme
- der zentralen Schemata, Grundannahmen, Selbstbild
- der aktuellen Lebenssituation
- der Ressourcen und Defizite
- der Beziehungsgestaltung
- der DBT-Struktur

DBT-Fallkonzeption
- mögliche Informationsquellen -

- Anamnesegespräch (incl. nonverbales Verhalten)
- Vorberichte anderer TherapeutInnen/Institutionen
- Angehörigengespräch
- Verhalten in den ersten Therapiestunden
- Kettenanalysen/ Verhaltensanalyse/ Plananalyse
- Beobachtungen auf Station, in Gruppen
- Diagnostik und Befindlichkeitsmessung

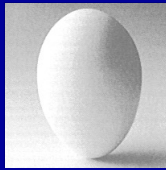
DBT-Fallkonzeption
- wesentliche Inhaltspunkte (1) -

- 1 Kurze Anamnese** (inkl. Medizinische Angaben, Medikamente)
- 2 Zentrale Probleme** (Patienten- & Therapeutesicht)
 - „Commitment“ zu Therapieverfahren und Behandlungszielen
 - Suizidales und selbstverletzendes Verhalten
 - therapiestörendes Verhalten
 - Fertigkeiten-Defizit
 - PTSD-Symptomatik
- 3 Hierarchisierung der primären Behandlungsziele**
- 4 Stadium der laufenden Behandlung/Vorbehandlungen**
- 5 Typische Kette des vorrangig zu behandelnden Verhaltensmusters**
 - (Anfälligkeitsfaktoren, Auslöser, Schemata/Selbstkonzept, Problemverhalten, Konsequenzen)

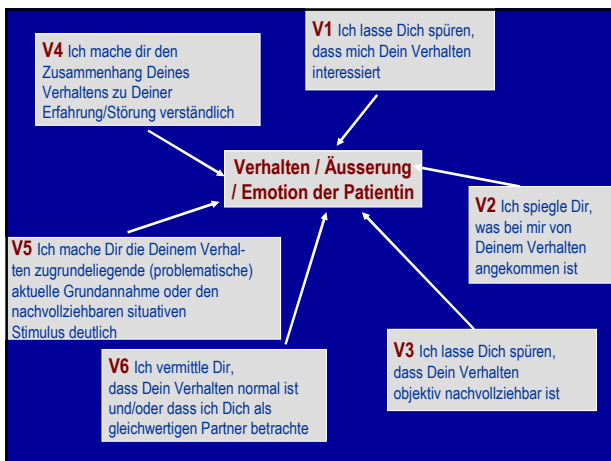
DBT-Fallkonzeption - wesentliche Inhaltspunkte (2) -

- 6 Ressourcen** (auch brachliegende Ressourcen)
- 7 Beziehungsgestaltung und mögliche Probleme**
- 8 Behandlungsstrategien**
 - Therapiebausteine (Einzel, Fertigkeiten, Telefon, Supervision)
 - Akzeptanzstrategien
 - Veränderungsstrategien
 - Strategien zur Beeinflussung der kontrollierenden Variablen
- 9 Umsetzung im Team**
 - Formulierung von Teilzielen
 - Wer übernimmt was? (Koordination/Austausch)

Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung nach Marsha M. Linehan



Übung Validierung



Beispiele Validierung

- **Situation 1:**
- **Patientin schimpft über einen Mitpatienten:**
„ Herr M hat im Ausgang Drogen konsumiert. Seitdem fühle ich mich in meiner eigenen Kraft dem Trinken zu widerstehen wirklich geschwächt. Ich glaube ich sollte lieber die Klinik wechseln“.

Beispiele Validierung

- **Situation 2:**
- **Patientin wurde nachts im Park von einem Mann angegangen und konnte sich aber der Situation schadlos entziehen. Sie sagt in der folgenden Therapiestunde:** „Seit dem Ereignis traue ich mich überhaupt nicht mehr hinaus. Ich habe deswegen schon 3 Tage auf Arbeit gefehlt.“

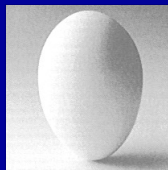
Beispiele Validierung

- **Situation 3:**
- **Ein langzeitarbeitsloser Patient flucht in der Therapiestunde:** „Ich möchte endlich dass alle Ausländer aus unserem Land verwiesen werden, sonst haben wir ja überhaupt keine Chance mehr vernünftige Arbeit zu bekommen“.

Beispiele Validierung

- **Situation 4:**
- **Die Patientin sagt in ihrer 8. Therapiestunde: „Die Skills, die Sie mir vorschlagen wirken alle nicht. Überhaupt merke ich, dass Ihre Therapie bei mir nicht anschlägt. Ich habe keine Lust mehr!“**

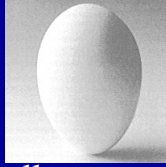
Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung nach Marsha M. Linehan



Übung Commitment



Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan

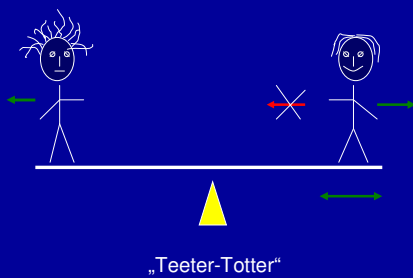


Behandlungsstrategien
(Wiederholung)

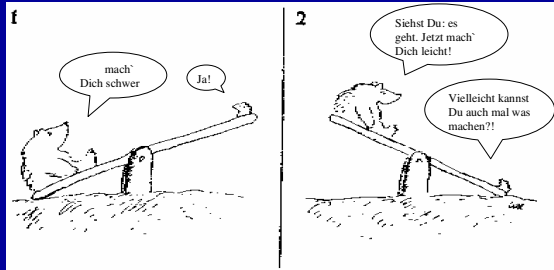
Dialektisch Behaviorale Therapie
- dialektische Beziehungsgestaltung -



DBT Behandlungsstrategien
- Dialektische Beziehungsgestaltung -



Strategien der DBT: Dialektik - die therapeutische Wippe -



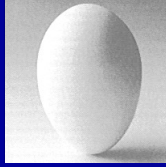
Dialektisch Behaviorale Therapie - Dialektische Strategien -

Spezifische dialektische Strategien:

1. Paradoxons bilden
2. Metaphern anbieten
3. Advocatus diaboli
4. Übertreiben
5. "wise mind"
6. "lemonade out of lemons"
7. Natürliche Veränderungen zulassen

Dialektisch Behaviorale Therapie - Behandlungsstrategien -

- Selbstbeobachtung (z.B. Wochenprotokolle)
- dialektische Beziehungsgestaltung
- Commitmentstrategien
- Validierungsstrategien
- Verhaltensanalysen
- Kontingenzmanagement
- kognitive Umstrukturierung
- Emotionsexpositionsverfahren
- Aufbau von Alternativfertigkeiten (Skills!)
- Zen: Annehmen der Realität und Achtsamkeit



Commitment

Strategien der DBT: Commitment - verschiedene Strategien-

- Pro und Contra
- Advocatus Diaboli
- Fuß-in-die-Tür / Tür-ins-Gesicht
- Erinnern an frühere Zustimmung
- Betonung der freien Wahlmöglichkeit(en)
- Cheerleading

Strategien der DBT: Commitment - Pro und Contra -

Ausgangsidee:

Menschen halten sich eher an Vereinbarungen, an die sie glauben, als an solche, an die sie nicht glauben.

Ziele:

1. Vorteile einer geprüften und getroffenen Entscheidung wiederholen
2. frühzeitige Argumente gegen Zweifel entwickeln, die ziemlich sicher später auftauchen werden.

Strategien der DBT: Commitment
- Fuß in der Tür / Tür ins Gesicht -

”Fuß in der Tür”:

eine einfachere Anforderung wird von einer schwierigeren gefolgt.

”Tür ins Gesicht”:

zunächst mehr verlangen, als der Patient erwartet, um dann etwas leichteres zu vereinbaren.

→ Häufig ist eine Kombination beider Techniken sinnvoll:
Zunächst etwas sehr Schwieriges verlangen, dann zu etwas Einfachem zurückgehen um letztlich zu etwas Schwierigem zu gelangen.

Strategien der DBT: Commitment
- Advocatus Diaboli -

- Wenn eine schwache Zustimmung seitens des Patienten vorhanden ist, Argumente entwickeln, die gegen eine Zustimmung sprechen.
- Die Argumente müssen etwas schwächer als die Argumente des Patienten für eine Zustimmung.
- Diese Technik verstärkt das Gefühl des Patienten, Wahlmöglichkeiten, und daraus folgernd, Kontrolle zu haben.

Strategien der DBT: Commitment
- Erinnern an frühere Zustimmung -

- wenn die Stärke einer früheren Zustimmung abzunehmen scheint
- wenn das Verhalten der Patientin nicht (mehr) mit bereits getroffenen Vereinbarungen kongruent ist.
- in Krisensituationen sehr sinnvoll, weil das Entwickeln neuer Zustimmungen gerade dann extrem schwierig sein kann.

Achtung:
Es kann dabei zur Diskussion von bereits getroffenen Vereinbarungen kommen.

Strategien der DBT: Commitment
- Betonung der freien Wahl -

Zustimmung und Zusammenarbeit werden verstärkt, wenn Menschen glauben, eine Entscheidung aus freien Stücken getroffen zu haben.

Aber:

Es sollten neben Entscheidungsfreiheit des Patienten gleichzeitig klar realistische Konsequenzen seiner jeweiligen Entscheidung aufgezeigt werden.

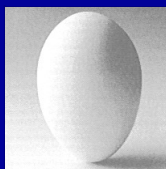
Strategien der DBT: Commitment
- Cheerleading -

- Die Patientin ermutigen, um kleinste Fortschritte zu verstärken und zu betonen, daß Sie alles in sich trägt, um letztendliche Schwierigkeiten bewältigen zu können.

Achtung:

- Diese Strategie ist nur dann sinnvoll, wenn bereits erste (Fort)Schritte passiert sind!

Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan



Validierung

Validierung
Definition

Dem Gegenüber vermitteln, dass seine subjektive Sicht der Dinge für ihn stimmig und daher nachvollziehbar ist

Strategien der DBT: Validierung
- Überblick -

- V1 = Aufmerksamkeit (teilnehmender Beobachter)
- V2 = genaue Reflexion
- V3 = „verbalisieren“
- V4 = aufgrund subjektiver Erfahrung oder Störung verstehbar
- V5 = aufgrund eines gegenwärtigen Stimulus (vor allem Grundannahme) nachvollziehbar
- V6 = „radikale Echtheit“

Strategien der DBT: Validierung
- V1: Aufmerksamkeit -

Zuhören und beobachten

- Interessiert und ungeteilt aufmerksam sein
- Erinnern von früher Gesagtem
- Nachfragen (um zu verstehen)
- Nicht werten

Therapeutische Haltung:

- T ist *Teilnehmender Beobachter*
- P ist die Anstrengung wert, sie zu verstehen

Strategien der DBT: Validierung

- V2: Genaue Reflexion -

→ Vermitteln, daß das Gesagte gehört und verstanden wurde

(“Ich habe dies und das verstanden, stimmt das?”)

Therapeutische Haltung:

- nicht-beurteilende Reflexion
- Die Perspektive der Patientin ist nicht die einzig mögliche, aber der “Ist-Stand”

Strategien der DBT: Validierung

- V3: Verbalisieren -

- Aussprechen von Emotionen, Gedanken oder Verhaltensmustern, die die Patientin erlebt, aber nicht ausspricht
- Deutlich machen, daß die Reaktionen der Patientin objektiv nachvollziehbar sind
- “Vorhersagen”, welche Konsequenzen eine therapeutische Intervention haben wird
(z.B.: „Sie werden beim Schreiben der VA möglicherweise erleben, dass ...“)

Strategien der DBT: Validierung

V4: Validierung in Termini von vergangener Lernerfahrung oder biologischer Dysfunktion

- Betonung, dass es sich angesichts der biologischen Dysfunktion um eine „normale“ Reaktion handelt
- dem „ich sollte“, „ich müßte“ entgegenwirken
- Unterscheidung zwischen dem Verstehen, wie und warum eine Reaktion zustande kommt und dem Gutheißen der Reaktion

Annahme:

- jedes Verhalten hat seine Ursache und ist insofern nachvollziehbar

Strategien der DBT: Validierung

- V5: Validierung in Termini von gegenwärtigen Umständen -

- TherapeutIn sucht den gegenwärtigen Stimulus für das Verhalten des Patienten und zeigt, daß das Verhalten aufgrund dieses Stimulus nachvollziehbar ist.

(Bsp.: „Solange Sie davon ausgehen, dass ... ist es nachvollziehbar, dass Sie sich so fühlen bzw. so handeln“)

oder: „Solange die Umstände so oder so sind ... ist es nachvollziehbar ...“)

Therapeutische Haltung:

- Respektieren unterschiedlicher Wertmaßstäbe
- Fokus liegt auf der subjektiven Sicht der Patientin

→ Die V5 öffnet die Tür zur Veränderung !

Strategien der DBT: Validierung

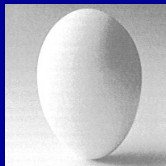
- V6: radikale Echtheit zeigen -

- Validierung in Termini von zukünftigen Umständen
→ Bsp.: „Solange Sie sich weiter so verhalten ...“

Therapeutische Haltung:

- Therapeutin zeigt, dass die Interpretation und das Verhalten „normal“ ist.
- TherapeutIn glaubt an P und ihre Fähigkeiten zur Veränderung in Richtung ihrer Lebensziele
- Patientin wird respektvoll als Person mit gleichem Status behandelt

Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan

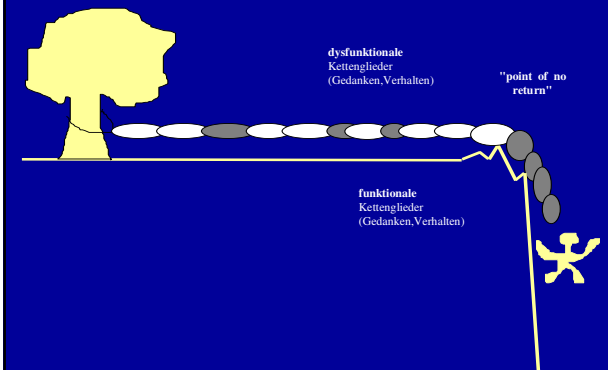


Verhaltensanalyse

Strategien der DBT: Verhaltensanalyse - allgemeine Schritte -

- Definition des Problemverhaltens
- Durchführen einer Kettenanalyse
- Aufstellen von Hypothesen

Strategien der DBT: Verhaltensanalyse - Durchführung der Kettenanalyse -



Strategien der DBT: Verhaltensanalyse - hilfreiche Fragen zur Orientierung -

- zum Problemverhalten:
 - Wann haben sie was wo wie genau gemacht ?
- zu den vorausgehende Bedingungen:
 - Was war unmittelbar davor ?
 - Wann ging es ihnen zuletzt gut ?
 - Wann haben sie das erste Mal daran gedacht ?
 - Wann haben sie sich entschieden ?
- zu den Konsequenzen:
 - Wie ging es ihnen unmittelbar danach?
 - Wie hat sich ihre Spannung verändert?
 - Wie geht es ihnen jetzt damit ?

DBT Behandlungsstrategien - Kurz-VA -

Auslöser	Selbst-regulation	Reaktion	Konsequenzen
S _α		R _α	K _α kurzfr. langfr.
S _β Kogn.	O _β Kogn.	R _β Kogn.	K _β Kogn. kurzfr. langfr.
Emot.	Emot.	Emot.	Emot. kurzfr. langfr.
S _γ	O _γ	R _γ	K _γ kurzfr. langfr.

DBT Behandlungsstrategien - Beispiel Kurz-VA -

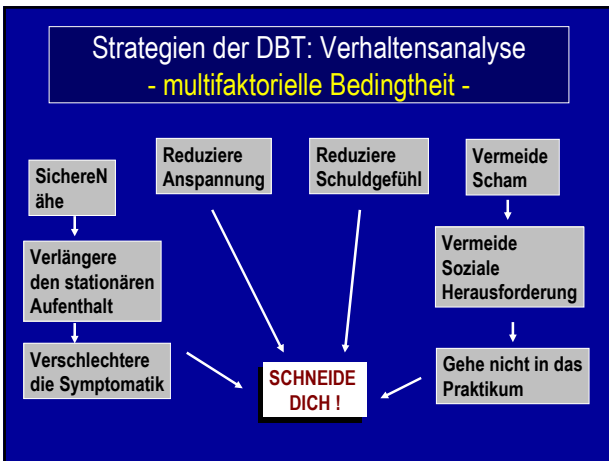
Auslöser	Selbst-regulation	Reaktion	Konsequenzen
S _α Erster Arbeitstag		R _α 10-15 Schnitte am Bauch	K _α kurzfr. Wieder arbeitsfähig langfr. Skalpell als Reiz
S _β Kogn. „Ich werde das nicht schaffen“	O _β Kogn. „Ich bin nichts wert“ „Ich bin ein Versager“ „Schneiden hilft“	R _β Kogn. „Ich halte das nicht mehr aus!“	K _β Kogn. kurzfr. „Ich werde es schaffen!“ langfr. „Ich bin ein Versager“
Emot. Angst, Scham	Emot. Selbsthass, Scham	Emot. Panik vor der Scham	Emot. kurzfr. Angst, Scham weg langfr. Wut auf sich, Scham
S _γ Tunnelblick Spannung	O _γ Restalkohol Wenig Schlaf	R _γ Spannung max. Dissoziation Analgesie	K _γ kurzfr. Spannung weg, Dissoziation weg langfr. Narben

Strategien der DBT: Verhaltensanalyse - inhaltliche Bestandteile -

1. Problemverhalten
2. Vorausgehende Bedingungen
3. Anfälligkeitsfaktoren
4. Konsequenzen

5. Lösungsanalyse
6. Präventionsstrategien

7. Wiedergutmachung



Strategien der DBT: Verhaltensanalyse
- schematische Kurzform -

labilisierende Bedingungen	Auslöser	Selbstregulation	Verhalten	Konsequenzen	
			Handlung	kurzfristig	langfristig
	situativ	Verhaltensmuster		situativ	situativ
	kognitiv emotional	kognitive / emotionale Schemata	Kognitionen / Emotionen	kognitiv emotional	kognitiv emotional
	physiologisch	biophysio-logische Reaktionsmuster		physiologisch	physiologisch

Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan



Kontingenzmanagement

DBT Behandlungsstrategien
- Kontingenzmanagement (1) -

Kontingenzmanagement
=
Ausformung
„zielrelevanter Verhaltensweisen“

DBT Behandlungsstrategien
- Kontingenzmanagement (2) -

Checkliste Kontingenzmanagement-Verfahren:

- T informiert P über Kontingenzmanagement.
- T VERSTÄRKT zielrelevante angemessene Verhaltensweisen.
 - T verstärkt sofort.
 - T verstärkt jedes Mal, wenn nur schwache Reaktion.
 - T verringert schrittweise Verstärkung, wenn Reaktion stärker wird .

DBT Behandlungsstrategien
- Kontingenzmanagement (3) -

Checkliste Kontingenzmanagement-Verfahren:

- T LÖSCHT zielrelevante unangemessene Verhaltensweisen.
 - T untersucht, ob Verhalten durch verstärkende Konsequenzen aufrecht erhalten wird.
 - T hilft P beim Suchen von Alternativverhaltensweisen.
 - T Verstärkt sofort alternativ aufgetretenes, angemessenes Verhalten.
 - T hält sich an das Lösungsprogramm auch bei Explosion des Verhaltens.
 - T beruhigt während der Löschung.

DBT Behandlungsstrategien - Kontingenzmanagement (4) -

Checkliste Kontingenzmanagement-Verfahren:

- T setzt, wenn notwendig, AVERSIVE KONTINGENZEN ein.
 - Wenn die verstärkenden Konsequenzen des zielrelevant unangemessenen Verhaltens nicht kontrolliert werden können.
 - Wenn die dysfunktionalen Verhaltensweisen alle anderen Verhaltensweisen gefährden.
 - Aversive Konsequenzen sind
 - Missbilligung, Konfrontation und Zurückziehen von Wärme,
 - Korrektur-Überkorrektur,
 - Therapieurlaub,
 - Therapieabbruch – als letztes aversives Mittel.

DBT Behandlungsstrategien - Kontingenzmanagement (5) -

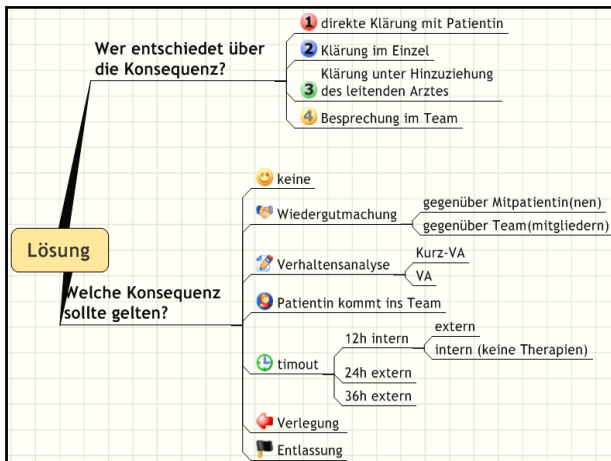
Checkliste Kontingenzmanagement-Verfahren:

- T ermittelt die Konsequenzen empirisch.
 - Nicht alle Konsequenzen (z.B. Lob) werden von unterschiedlichen Ps gleich empfunden.

Stationäre DBT

- Vorgehen bei dysfunktionalem Verhalten -

- 1. Zwei Stunden Time-out**
 - Patientin bleibt in ihrem Zimmer
 - Patientin schreibt Verhaltensanalyse (VA)
- 2. Bezugsgruppe**
 - Pat. ruft BG ein (min. 3 Pat.) und stellt VA vor
 - Anschließend nimmt Pat. wieder an den Therapien teil
- 3. Pflegepersonal**
 - Eine andere Patientin aus der BG stellt VA vor
- 4. Einzeltherapie**
 - Patientin stellt VA ihrem Einzeltherapeuten vor





Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan



Telefon- und Krisenstrategien



Strategien der DBT: Telefonstrategien
 - Akzeptierte Anrufe -

1. in einer Krisensituation
 - Suizidrisiko einschätzen
 - Anwendung der Krisenstrategien
 - Fokus auf Skills
2. zum Reparieren der therapeutischen Beziehung
3. geplante Anrufe der Patientin
4. Telefonkontakte des/der TherapeutIn
 Geplant oder direkt (z.B. wenn Patientin versucht, Therapie zu vermeiden)



Strategien der DBT: Telefonstrategien
 - Ziele -

- Risiko minimieren, dass dysfunktionales Verhalten durch Telefonkontakt verstärkt wird
- Generalisierung von Verhaltensfertigkeiten
- Zusätzliche Therapiezeit



Strategien der DBT: Telefonstrategien
 - allgemeine Grundregel -

Keine *Therapie*
 am Telefon!



Strategien der DBT: Telefonstrategien - 24-Stunden-Regel -

→ Nach einer parasuizidalen Handlung gibt es
24 Stunden lang keinen Kontakt mit der
TherapeutIn

Ausnahme: lebensgefährliche Verletzungen

Strategien der DBT: Krisenstrategien - Interventionshierarchie -

- aktive Intervention nur bei hohem Suizidrisiko
- konservativeres Verhalten bei neuen Patientinnen
- Anwendung von Verhaltensfertigkeiten durch die Patientinnen vor eigener Intervention
- keine aktive Intervention bei parasuizidalem Verhalten

Strategien der DBT: Krisenstrategien - Verhalten in der Krise (1) -

1. Einschätzung des Suizid-/Parasuizidrisikos
2. Auf die Gegenwart fokussieren
 - Zeitrahmen: Zeit, die seit dem letzten Kontakt vergangen ist
 - Auslöser identifizieren
 - Problemsituation benennen
3. Reduktion von Situationsfaktoren mit hohem suizidalem Risiko
 - Mittel für Suizid beseitigen oder deponieren
 - Verhindern/Beenden/Akzeptieren des auslösenden Ereignisses

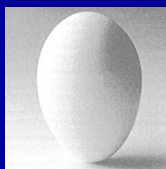
Strategien der DBT: Krisenstrategien
- Verhalten in der Krise (2) -

4. Reduktion von Verhalten, das mit hohem Suizidrisiko assoziiert ist.
 - Auf den Affekt fokussieren, nicht auf den Inhalt
 - Hoffnung vermitteln
 - Dysfunktionales Verhalten blockieren
5. Auf die Problemlösung fokussieren
 - Ratschläge und direkte Anweisungen geben
 - Eine Lösung anbieten, die auf erlernte Verhaltensfertigkeiten beruht
6. Den alternativen Plan nach Schwächen absuchen

Strategien der DBT: Krisenstrategien
- Verhalten in der Krise (3) -

7. Zustimmung zu einem alternativen Verhalten erlangen
8. Wiederkehren des Krisenverhaltens antizipieren
 - einen back-up Plan entwickeln
 - Kurzkontakte planen
9. Suizidrisiko erneut einschätzen

Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung
nach Marsha M. Linehan



Burnout-Prophylaxe

Dialektisch Behaviorale Therapie
- Burnout-Prophylaxe (1) -

- TherapeutIn reflektiert die eigenen Grenzen kontinuierlich und mit jeder Patientin einzeln
- TherapeutIn teilt der Patientin ihre Grenzen offen und direkt mit bezüglich:
 - Telefonkontakten (Zeitpunkt, Dauer, Frequenz)
 - Verletzung der Privatsphäre
 - Toleranz von aggressivem Verhalten während der Sitzungen/auf Station
 - Art der Therapie
 - Risikobereitschaft

Dialektisch Behaviorale Therapie
- Burnout-Prophylaxe (2) -

- TherapeutIn dehnt ihre Grenzen im Notfall aus
- TherapeutIn sucht professionelle Hilfe, wenn Bedürfnisse der Patientin ihre Grenzen überschreiten
- TherapeutIn hilft der Patientin, mit den Grenzen der TherapeutIn umzugehen
- TherapeutIn ist in der Lage, die eigenen Grenzen wahrzunehmen
