

Voraussetzungen, Probleme und Vorteile ambulanter DBT

Michael Huppertz

1. Einleitung
2. Voraussetzungen und Probleme
 - 2.1 Betr. Patientinnen
 - 2.1 Betr. Therapeuten
 - 2.3 Probleme der Methode in der ambulanten DBT
- Exkurs: Der Therapiepluralismus in der DBT
3. Vorteile ambulanter DBT

1. Einleitung

Die folgenden Überlegungen beruhen auf praktischen Erfahrungen im Rahmen eines ambulanten DBT-Netzwerks, das seit 1998 in Darmstadt arbeitet. Geschichte und Setting des Projekts hat Hans Gunia in seinem Beitrag zu diesem Band dargestellt. Meine Aufgabe ist es, genauer auf die Probleme und Vorteile einzugehen, die sich im Laufe dieser Jahre gezeigt haben. Diese Arbeitsteilung zwischen Hans Gunia und mir ist nicht zufällig und führt uns gleich mitten in die Thematik. Hans Gunia ist Verhaltenstherapeut und meist wird die DBT als eine Form kognitiver Verhaltenstherapie interpretiert. Sie verwendet in weiten Teilen tatsächlich eine entsprechende Begrifflichkeit und macht damit genuinen Verhaltenstherapeuten den Zugang leicht. Konzeptuell scheint mir diese Engführung fragwürdig. Mein eigener therapeutischer Hintergrund ist tiefenpsychologisch - humanistisch. Vielleicht gelingt es mir später in diesem Text zu zeigen, dass eine solche berufliche Herkunft den Zugang zur DBT nicht behindern muss und dass es interessante Verbindungen zwischen DBT und humanistischen Konzepten bzw. bestimmten neueren Entwicklungen der Psychoanalyse gibt. Zunächst aber möchte ich darstellen, mit welchen Problemen wir auf der Seite der Therapeuten, der Patientinnen und der Methode konfrontiert wurden und werden. Teilweise haben wir diese Probleme in Form von Voraussetzungen antizipiert. Sofern sich diese Voraussetzungen bewährt haben, sollen sie hier Erwähnung finden.

2. Voraussetzungen und Probleme

2. 1. Betr. Therapeuten

- Erfahrung mit BPS-Patientinnen, Interesse an schwierigen Patientinnen

Keine Therapieausbildung kann die Erfahrung im Umgang mit Patientinnen ersetzen, die aller konzeptuell - technischen Formulierung vorausgeht und auch immer wieder entgeht. Psychotherapie ist in erster Linie Handwerk, geschickter Umgang mit Menschen. Wir haben es als Voraussetzung angesehen, dass die Therapeuten, die wir für das Projekt angesprochen haben, wissen, wie BPS- Patientinnen reagieren, wie ihre Äußerungen und Handlungen gemeint sind, welche Gefühle ihnen zu Grunde liegen, wie weit man gehen kann (mit Konfrontation usw.), womit man rechnen muss. Diese Erfahrung sorgt für Vertrautheit, Gelassenheit und Souveränität. Sie zählt gerade bei dramatischeren Situationen und sollte im Team, vielleicht nicht notwendigerweise bei jedem einzelnen Mitglied gleichermaßen, vorhanden sein.

In der DBT spielt die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung eine wesentliche Rolle. Die therapeutische Beziehung soll aktiv lösungsorientiert und validierend gestaltet werden. Eine validierende Grundhaltung gegen konträres – unzuverlässiges, entwertendes, passiv-

aggressives – Verhalten von Patientinnen durchzuhalten, erfordert eine Bereitschaft, mit negativen Übertragungen zu arbeiten und die therapeutische Beziehung als Schauplatz von Konflikten zu akzeptieren. Dieses Durchhaltevermögen wird gestärkt, wenn der Therapeut in der Lage ist, auch die positiven Eigenschaften vieler BPS-Patientinnen – wie Direktheit, Authentizität, Emotionalität, Gerechtigkeitssinn – wahrzunehmen.

- DBT - Ausbildung

Die DBT-Ausbildung ist eine Fortbildung für ausgebildete Psychotherapeuten und als solche einfach und kompakt über das Freiburger Weiterbildungsinstitut, in Zukunft wahrscheinlich über den gerade gegründeten DBT-Dachverband, zu erwerben. Wir halten sie für unabdingbar, auch um einen gemeinsamen Standard zu erhalten. Die DBT befindet sich wie alle lebendigen Therapieverfahren in einem ständigen Diskussions- und Entwicklungsprozess, an dem teilzunehmen ratsam ist. Es gibt rasche und unerwartete Weiterentwicklungen.

- Finanzierbarkeit bzw. nicht-kommerzielle Motivation

Wir haben in Darmstadt zu Beginn die Einzeltherapien im Rahmen der Richtlinienverfahren und die Gruppen nach EBM finanziert. Dann haben wir vor Ort mit den Vertretern der Kassen verhandelt und sind bis zum MdK in Hessen vorgestoßen. Mit dem MdK und Vertretern der Ersatz- und Orts-/Betriebskrankenkassen konnten wir eine Einzelfallfinanzierung aushandeln. Argumentationsgrundlage war eindeutig die nachweisbare Kostspieligkeit der Patientinnen, die wir in das Projekt aufnehmen wollten und die Aussicht auf Kostenersparnis. Wir erklärten uns zu einer Evaluation bereit. Auf der Grundlage eines eigen konzipierten Formulars wird seitdem vom MdK der Einzelfall geprüft. Wir bekommen bei einem positiven Bescheid 150 Einzelstunden und 100 Stunden Gruppentherapie nach einem festen Satz bezahlt. Das reicht in aller Regel. Diese Regelung ist natürlich labil, es kann jederzeit sein, dass wir keine Zusagen mehr bekommen. Außerdem haben wir mit einzelnen Krankenkassen Probleme, weil sie sich nicht an diese Vereinbarung halten, niedrigere Sätze zahlen usw. Den größten Teil der Therapien finanzieren wir aber auf diese Weise problemlos. Andererseits werden natürlich weder Interventionen noch Besprechungen, Fortbildungen oder Supervisionen vergütet, so dass das ganze Projekt eine gehörige Portion Idealismus verlangt. Das war uns von vorneherein klar und dazu stehen wir auch. Die Krankenkassen haben inzwischen durch das Projekt viel Geld gespart, denn die stationären Behandlungen haben bei unseren Patientinnen drastisch abgenommen¹.

- gute persönliche Beziehungen der Therapeuten untereinander

Eine ausreichend gute persönliche Beziehung zwischen den Therapeuten scheint uns ausgesprochen wichtig. Die Bereitschaft, sich in den Super- und Interventionen zu outen, ist unter Kollegen, die sozusagen um die Ecke wohnen und mit denen man real – auch außerhalb der DBT kooperiert -, nicht selbstverständlich. Es ist in dieser Situation nicht einfach, gemeinsam zu analysieren, was man in dem ein oder anderen Fall hätte besser machen können, auch wenn im Rahmen der DBT ein ausgesprochen stützender Supervisionsstil vorgeschlagen wird. Eine persönliche Verbundenheit ist hier ausgesprochen hilfreich.

- die Kooperation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten

Die Kooperation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten ist uns sehr wichtig, aber nicht leicht zu gewährleisten. Wichtig, aber zu wenig zur Lösung dieses Problems sind unsere monatlichen Interventionen. Manchmal muss es auch rasch gehen. Unter ambulanten Bedingungen ist das manchmal schwer, zu gewährleisten. Wir müssen uns also abpassen, telefonieren.

- die unterschiedliche Belastbarkeit der Therapeuten

¹ Friedrich J., Gunia H., Huppertz M. Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (im Druck)

Wir haben in unserer Therapeutengruppe sehr unterschiedliche Belastbarkeiten. Im Durchschnitt versorgen wir 4 Projekt - Patientinnen pro Kopf, aber wenn notwendig, muss auch mal jemand 5 oder 6 Patientinnen nehmen. Für manche ist das kein Problem, für andere sind schon 4 zu viel. Es ist wichtig, eine Balance so hinzu bekommen, dass sich niemand unter Druck gesetzt fühlt - im Sinne von „Du musst aber auch, wenn wir...“ -, dass aber andererseits auch keine zu großen Differenzen des Einsatzes entstehen. Wir müssen uns grundsätzlich wechselseitig vor Überforderung schützen und uns darauf ansprechen, wenn wir uns z. B. in zahlreiche oder endlose Telefonate mit Patientinnen verstricken.

2.2 Betr. Patientinnen

- Krankheitsverständnis und Therapiemotivation

Wir haben eigentlich außer der Diagnose keine harten Aufnahmekriterien in unserem Projekt. Allerdings müssen die Patientinnen ein minimales Krankheitsverständnis und die Motivation zu einer ambulanten Therapie mitbringen. „Krankheitsverständnis“ beinhaltet natürlich schon eine gewisse Selbstreflexion. Patientinnen, denen dieses fehlt, bieten wir eine Art Vorphase an. Wir stellen solche Patientinnen im Projekt vor und überlegen gemeinsam, ob wir sie in das Projekt aufnehmen oder ob wir erst einmal noch Einzeltherapie - beispielsweise für ein halbes Jahr - für sinnvoll erachten. Die Ausprägung der Erkrankung selbst ist für uns kein Kriterium für Aufnahme oder Nicht-Aufnahme, aber natürlich ist es schwierig bis unmöglich, Patientinnen kontinuierlich zu behandeln, die wegen psychotischer Episoden, langdauernden Dissoziationen oder ausgeprägter Suizidalität ständig zu Kriseninterventionen ins Krankenhaus gehen.

Therapiemotivation beinhaltet generell eine minimale Bereitschaft, Verantwortung für sich zu übernehmen. Wir erwarten darüber hinaus, dass die Patientinnen sich bemühen, eine längere stationäre Behandlung zu vermeiden. Kriseninterventionen für wenige Tage sind manchmal unvermeidlich und für uns eher unproblematisch. Mit der für uns unmittelbar zuständigen psychiatrischen Klinik kooperieren wir so, dass die Patientinnen dort rasch wieder entlassen werden, wenn bekannt ist, dass sie in unserem Projekt behandelt werden. Für manche Patientinnen haben aber stationäre Settings eine hohe Anziehungskraft. Diese Anziehungskraft wirkt unserem Konzept entgegen und kollidiert mit unseren Regeln. Wir haben wenige, relativ harmlose Regeln, die wir natürlich einhalten wollen. Sie bestehen darin, dass die Patientinnen nicht vier mal hintereinander eine Gruppen- oder Einzelsitzung oder die Hälfte der Sitzungen in den zurückliegenden drei Monaten versäumen dürfen. Beurlaubungen sind möglich, dann aber für längere Zeit. Es hat sich gezeigt, dass es ebenso schwierig wie wichtig ist – und zwar nicht nur für die Patientinnen – solche Regeln auch durchzuhalten.

- Patientinnen, die eine ausgeprägt passive oder passiv-aggressive Einstellung zeigen

Inzwischen haben wir einige Erfahrungen sammeln können, welche Patientinnen mit DBT schwerer und mit geringeren Erfolgsaussichten zu behandeln sind. Es bleibt eins der dringenden Desiderate der DBT-Begleitforschung, die Frage zu klären, warum manche Patientinnen so gut und andere kaum auf dieses Therapie ansprechen. Nach meinem Eindruck sind vor allem diejenigen Patientinnen schwer zu behandeln, die eine passive Einstellung zeigen und v.a. Hilfe von außen erwarten. Dazu gehören Patientinnen, die stark zu Projektionen und projektiver Identifizierung neigen, also vor allem dazu, andere Menschen als Aggressoren wahrzunehmen oder sie in diese Position zu bringen oder die in einer Opfer-/Vorwurfshaltung stecken und eher Wiedergutmachung von der Gesellschaft als Veränderung von sich selbst erwarten. Mehr oder weniger alle BPS – Patientinnen neigen zu einer solchen Einstellung „passiver Aggressivität“, aber ab einem bestimmten Ausprägungsgrad wird es schwierig. Eine besondere Intensität dieser Einstellung kann sich in einer Tendenz zu wiederholten stationären Behandlungen, Berentungswünschen oder auch Suchtverhalten zeigen. Speziell mit Patientinnen mit zusätzlicher Suchterkrankung

haben wir keine guten Erfahrungen gemacht. An einem speziellen Programm für diese Patientinnengruppe wird gearbeitet.

Die DBT liefert viel Unterstützung, ist aber in der Zuweisung der Verantwortung für den Therapieerfolg eindeutig und relativ hart. Er hängt im wesentlichen von der täglichen Bereitschaft der Patientin zum Üben, d. h. von der praktizierten Bereitschaft zur Selbstveränderung ab, nicht so sehr von Einsichten, Therapeuten oder überhaupt dem, was in den therapeutischen Sitzungen geschieht. Darauf komme ich noch einmal zurück.

- Patientinnen, die vorrangig unter Depressivität und/oder sozialer Verarmung leiden

Wir mussten ebenfalls die bereits von Marsha Linehan mitgeteilte Erfahrung machen, dass die DBT als solche wenig gegen Depression, Einsamkeit, Sinnlosigkeitsempfinden oder eine generell verarmte Existenz ausrichten kann². Diese Therapieform wurde ja für Patientinnen entwickelt, die ein eher hyperemotionales Verhalten zeigen, also vor allem Suizidneigung und häufige Selbstverletzungen. Wenn solche Symptome im Vordergrund stehen, ist es auch für uns leichter mit diesem Programm zu arbeiten. Die angegebene Art von „Negativsymptomatik“ erfordert eine methodische Flexibilität und auch Erweiterung der Arbeit, die eher in der zweiten Therapiephase vorgesehen ist. Es ist in der DBT aber bislang weitgehend offen, wie die zweite und die dritte Therapiephase (nach der Stabilisierung durch das Fertigkeitentraining) gestaltet werden sollen. Eine Bearbeitung von Traumata, die in der zweiten Phase möglich sein sollte, ist nur für manche Patientinnen notwendig oder sinnvoll. Zudem wird ein tiefenpsychologisch arbeitender Therapeut die ihm sehr vertraute aufdeckende Arbeit anders durchführen als ein Verhaltenstherapeut. Für die in der Regel notwendige Verbesserung der Lebensqualität, die in einer dritten Therapiephase der DBT vorgesehen, wird erst recht jeder Therapeut die Verfahren anwenden, mit denen er gewöhnlich arbeitet. Die DBT gibt auch hier keine spezifische Anleitung³, da es sich um ein störungsspezifisches, im guten Sinne eklektisches Verfahren handelt, das eine therapeutische Ausbildung und möglichst Erfahrungen mit verschiedenen Therapieformen voraussetzt, selbst aber in der jetzigen Form kein Primärverfahren darstellt. Auch die Phaseneinteilung selbst ist diskussionswürdig. Einerseits ist die inhaltliche Priorität der Krisenbewältigung durch Fertigkeitenenerwerb ein Essential der DBT und die Transparenz der Therapieziele einer ihrer großen Vorteile (s. u.), andererseits lässt sich die Bearbeitung von Traumata oder der Lebensqualität nicht so einfach planen oder vertagen. Hier ist Geschick und Einfühlungsvermögen genauso gefragt wie die Fähigkeit, therapeutische Techniken flüssig zu kombinieren.

- ungewöhnlich begabte Patientinnen

Wir haben ein Problem mit minderbegabten Patientinnen. Die Arbeitsblätter, die Aufgaben, die Erläuterungen sind kognitiv manchmal anspruchsvoll, das intellektuelle Niveau der Gruppengespräche bisweilen hoch. Dieses Problem ist erkannt und inzwischen haben Experten in Warstein ein spezielles, graphisch sehr ansprechendes, Manual für minderbegabte Patientinnen entwickelt. Wir haben aber auch gelegentlich Probleme mit hochbegabten Patientinnen. Sie verstehen schnell, was wir vermitteln wollen (die Umsetzung ist eine andere Sache) und beginnen, sich in den Gruppen zu langweilen. Wir können aber nicht ständig den Input vergrößern. Es ist eigentlich wie in der Schule - minderbegabte wie hochbegabte Schüler bekommen Probleme. Im Einzelfall sind wir schon von der zweijährigen Dauer des Skillstrainings abgewichen.

- Männer

² Linehan M. M., Tutek D. A., Herad H. L., Armstrong H. E. Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment für Chronical Suicidal Borderline Patients. American Journal of Psychiatry, 151, 1994: 1771-1776. Friedrich J. Gunia H., Huppertz M. a. a. O. (Anm. 1)

³ „Das Vorgehen unterscheidet sich in diesem Stadium nicht erheblich von anderen Therapieansätzen und wird weitgehend von den Präferenzen der Patientin und den Fertigkeiten des Therapeuten bestimmt.“ (Linehan M. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien, 1996: 132.)

Eine weitere Problemgruppe bilden die Männer. Wir haben einen Männeranteil von ca. 20%, aber die Männer, die wir in das Programm aufnehmen, sind nicht besonders „männlich“. Sie sind z. B. homosexuell, introvertiert, neigen zu passiven Einstellungen oder sind sehr anpassungsbereit. Was aber machen wir mit den Männern, die maskulin, chauvinistisch, aggressiv, evtl. fremdaggressiv, beängstigend, übergriffig sind? - Wir nehmen sie erst gar nicht in die Gruppen auf, weil wir fürchten, dass sie die Frauen verjagen oder alle Aggressionen auf sich ziehen. Wir behandeln sie also wenn überhaupt, dann einzeltherapeutisch. Dazu kommt, dass nicht klar ist, ob das DBT-Programm in der jetzigen Form von solchen Männern überhaupt akzeptiert wird. Man muss bedenken, dass Marsha Linehan nur mit Frauen gearbeitet hat, in Freiburg genauso wie in Lübeck nur mit Frauen gearbeitet wird. Hier besteht ein erheblicher Nachholbedarf, wir suchen derzeit nach einer Lösung.

2. 3. Probleme der Methode in der ambulanten DBT

Schließlich möchte ich auf einige Probleme mit der Methode in der ambulanten Arbeit eingehen.

- Die Patientinnen müssen üben

Wir haben ein großes Problem damit, dass die Patientinnen in ihrem Alltag üben müssen. Dazu müssen wir sie ständig motivieren. Hilfreich sind die Wochenprotokolle, in denen sie ausfüllen, ob und was sie geübt haben. Aber auch das ist ungewohnt und aversiv - auch für die Therapeuten – und führt zu Konflikten.

- Modifikationen des Fertigkeitentrainings

Es hat sich gezeigt, dass das Fertigkeitentraining in der Form, in der es manualisiert vorliegt, zu umfangreich und auch zu kopflastig ist. Es ist nach unserer Erfahrung notwendig, das Programm durch Rollenspiele, körperorientierte Übungen, Musik usw. zu konkretisieren und dadurch anschaulicher zu machen. Außerdem müssen und sollten wir damit zufrieden sein, wenn die Patientinnen am Ende einige wenige, aber für sie wirklich effektive Fertigkeiten verinnerlicht haben und auch anwenden. Selbst dann bleibt die Frage, wie gut die Teilnehmerinnen im Ernstfall in der Lage sind, diese Techniken auch zu aktivieren. Wir versuchen dies im Rahmen unserer Evaluation zu klären.⁴ Außerdem bieten wir inzwischen nach Abschluss des zweijährigen Trainings für interessierte Patientinnen eine monatliche Fortgeschrittenengruppe an, in der es nur um diese Anwendung im Ernstfall geht. Dabei zeigt sich, dass dieser Aspekt im Basisprogramm bislang zu kurz kommt.

- Überforderung der Skillsgruppen

Wir haben in den Skills-Gruppen das Problem, dass wir mit unserem Angebot häufig die Erwartungen der Patientinnen enttäuschen. Es besteht bei vielen Patientinnen ein hoher Bedarf, sich auszutauschen, über persönliche Probleme zu berichten und gruppenspezifische Inhalte in der Gruppe auszuspähen. Das wollen wir explizit nicht. Wir legen großen Wert darauf, dass wir im Seminar-Stil arbeiten und gravierende persönliche Probleme aus den Skillsgruppen fernhalten. So bevorzugen wir in den Gruppen Übungsbeispiele gegenüber „Ernstfällen“ aus dem Leben der Patientinnen. Gerade anfänglich hatten wir mit diesem Punkt große Schwierigkeiten. Es gibt Krisen in der Gruppe, die nicht leicht zu managen sind. Beispielsweise geschieht es nicht selten, dass eine Patientin die Gruppe nicht aushält und sie während der Sitzung verlässt. In diesen Fällen begleitet sie einer der Therapeuten, der andere muss so lange die Gruppe alleine fortführen. Oder eine einzelne Patientin ist so entwertend, dominant oder redselig, dass die Gruppe in arge Bedrängnis kommt oder sie massiv ablehnt.

⁴ Gunia H., Friedrich J., Huppertz M. Evaluation eines ambulanten DBT-Netzwerks – Erste Ergebnisse. In: Merod, R. (Hrsg.) Behandlung von Persönlichkeitsstörungen – Integration. Tübingen (im Druck)

- Die Lebensbedingungen der Patientinnen

Bei aller therapeutischen Bemühung sollten wir nicht vergessen, dass jeder Therapieerfolg auch von den Lebensbedingungen der Patientinnen abhängt. Häufig begrenzen aktuelle pathogene Beziehungen, Arbeitslosigkeit, Trennung, Isolation, Umzüge unsere therapeutischen Möglichkeiten. Patientinnen wie Therapeuten haben es nötig, dass ihnen die Wirklichkeit entgegen kommt. M. E. überschätzen wir aber als Therapeuten häufig unsere eigene Bedeutung⁵. Es ist für uns ebenso wie für die Patientinnen entlastend und damit hilfreich, die Akzeptanz der Realität immer wieder zu aktualisieren.

Exkurs: Der Therapiepluralismus in der DBT

In unserem Projekt arbeiten zur Zeit fünf vorrangig tiefenpsychologisch ausgebildete Therapeuten mit sechs primär verhaltenstherapeutisch sozialisierten Kollegen zusammen, eine Kollegin ist nur im Skillstraining tätig. In Wirklichkeit sind diese Abgrenzungen durch die Herkunft fließend, weil manche Verhaltenstherapeuten auch Erfahrungen in Soziodrama, Gestalttherapie und Hypnotherapie haben, die tiefenpsychologischen Therapeuten teilweise in klassischer Psychoanalyse, Gestalttherapie, Hypnotherapie, VT und analytischer Körpertherapie ausgebildet sind. De facto sind wir wie wohl die meisten länger arbeitenden Therapeuten polypragmatisch bzw. haben jeweils unseren eigenen Stil entwickelt, in dem wir verschiedene Techniken patientenbezogen kombinieren. Bei genauerem Hinsehen sagt die offizielle Bezeichnung relativ wenig aus. Was wir teilen ist eine hohe Akzeptanz und eine Interesse gegenüber den jeweils von uns weniger vertretenen Richtungen und ein entsprechendes Interesse, mit Therapeuten zu arbeiten, die eine ganz andere Ausbildung haben. Dies geschieht zunächst einmal intuitiv und aus rein pragmatischen Gründen. Diese Haltung passt aber auch gut zur Entstehungsweise der DBT. Die DBT ist konzeptuell eine Verbindung aus kognitiver Verhaltenstherapie, hypnotherapeutisch-systemischen Strategien und humanistischer Psychotherapie.

Der Einfluss der VT ist leicht, v. a. auch an der Theoriesprache, auszumachen. Aus der kognitive Verhaltenstherapie stammen ein Reihe von Techniken und die Betonung des Lernens als therapeutischer Methode. Ihr Anteil an der DBT wird aber m. E. meist überschätzt. Die Konzeption der Gefühle, der unmittelbaren Teilnahme an der Wirklichkeit und vor allem der Akzeptanz statt der zielgerichteten Veränderung sind für die DBT entscheidend, machen überhaupt ihr Spezifikum aus. Der philosophische Hintergrund des Zen-Buddhismus⁶ sorgt durch seinen essentiellen Nicht-Rationalismus (nicht Irrationalismus) für einen starken Gegenpol zur genuin rationalistischen VT. Diese Spannung beherrscht die DBT und ist theoretisch nicht gelöst. Hypnotherapeutisch-systemische Techniken lassen sich in der DBT leicht finden. Sie sind vor allem durch ihren konfrontativen Charakter stilbildend gewesen und haben dadurch einen Kontrapunkt zur Betonung der Validierung geliefert, die wiederum aus den humanistischen Therapieverfahren übernommen wurde. Aus der humanistischen Bewegung hat die DBT die Wertschätzung der Sinnlichkeit, die Kunst der Wahrnehmung und die Erkenntnis übernommen, dass die therapeutische Beziehung eine reale Beziehungserfahrung mit sich bringt, deren sensible Handhabung für den Therapieerfolg entscheidend ist.⁷

Relevante Einflüsse der Psychoanalyse finden sich in der DBT m. E. nicht. Warum ist es dennoch so leicht möglich, dass sich psychoanalytisch sozialisierte Therapeuten mit der DBT anfreunden? Die Erklärung liegt m. E. darin, dass die Praxis tiefenpsychologisch arbeitender Therapeuten sich schon immer stark von klassischen psychoanalytischen Theoremen unterschied und erst durch die Weiterentwicklung der Psychoanalyse in den letzten

⁵ Huppertz M. Die Kunst der Wahrnehmung in der Psychotherapie. In: Hauskeller M. (Hrsg.) Die Kunst der Wahrnehmung. Beiträge zu einer Philosophie der sinnlichen Erkenntnis. Zug/Schweiz 2003

⁶ Huppertz M. Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-Behaviorale Therapie. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie (im Druck)

⁷ Marsha Linehan hat sich zu diesen Einflüssen und den Unterschieden ihres Vorgehens zu bislang üblichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen klar geäußert. S. Linehan, M., a. a. O. , z. B. S. 17, S. 23.

Jahrzehnten theoretisch eingeholt wurde. Heute sind Konvergenzen zwischen psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen sowie humanistischen Konzepten deutlich zu erkennen. Die Psychoanalyse arbeitet derzeit auf, was analytisch orientierte Therapeuten schon lange praktizieren - jedenfalls sofern sie nicht allzu orthodox eingestellt sind - und was theoretisch innovative Analytiker wie H. S. Sullivan, J. Bowlby oder D. W. Winnicott innerhalb oder am Rande dieser Bewegung schon vor Jahrzehnten in die Wege geleitet haben. Im Falle der DBT lassen sich solche Konvergenzen vor allem in zweierlei Hinsichten zeigen:

Die therapeutische Beziehung wird zunehmend als therapeutisch wirksamer und hilfreicher Faktor anerkannt - unabhängig von der Deutung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen. So wichtig das Erkennen von Übertragungsphänomenen gerade für eine geschickte und sensible Handhabung sein mag, so deutlich wird doch auch innerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung allmählich, dass die Bedeutung der gelebten Beziehungserfahrung nicht in ihrer Analyse aufgehen kann, sei es weil sie erst einmal erfahren werden muss, bevor sie verstanden werden kann, sei es, weil manche - vor allem schwerer gestörte - Patienten am stärksten und vielleicht nur von der Beziehungserfahrung selbst profitieren, sei es, weil wir erkennen müssen, dass sich emotionale wesentliche Beziehungsprozesse unserer bewussten Wahrnehmung unter Standardbedingungen definitiv entziehen und letztlich z. B. nur auf der Basis von Video-Slow-motion-Aufnahmen analysierbar sind.⁸

Zum Zweiten findet im psychoanalytischen Verständnis der Borderline-Störung zunehmend die Überlegung Beachtung, ob bei diesen Patienten nicht Auffälligkeiten des Bindungsverhaltens und darauf beruhende Defizite eine Rolle spielen. So wird diskutiert, ob BPS-Patienten weniger als andere Menschen in der Lage sind, die mentalen seelischen Prozesse ihrer Interaktionspartner zu erfassen und zu berücksichtigen.⁹ Die Psychoanalyse hat sich inzwischen auf breiter Front der empirischen Sozialisationsforschung geöffnet. Sie verschließt schon lange nicht mehr der Erkenntnis, dass *reale* mangelnde oder destruktive Lernerfahrungen - vor allem auf Beziehungsebene - seelische Störungen verursachen können. Damit liegt es aber nahe, solche Defizite nicht nur testpsychologisch zu erfassen, sondern auch mit Trainingsprogrammen zu behandeln. Hier findet sich eine Brücke zum Fertigkeitentraining der DBT - auf methodischer Ebene und teilweise sogar inhaltlich. Denn Teile des DBT-Trainings zur Emotionserfassung und -regulierung oder zum Erwerb zwischenmenschlicher Fertigkeiten lesen sich teilweise wie ein Trainingsprogramm zur Verbesserung der Fähigkeit zur Mentalisierung. Darüber hinaus sorgt die komplexe und stark haltgebende Struktur auch der ambulanten DBT für neue Bindungserfahrungen - mit den Therapeuten wie der eigenen Peer-group.

DBT-Therapeuten können von der Klarsichtigkeit der Psychoanalyse gegenüber Beziehungsprozessen und ihren unbewussten Anteilen sowie von der Fähigkeit vieler analytisch ausgebildeter Therapeuten, immer wieder zu einer neutralen Haltung gegenüber dem Patienten zurückzufinden, profitieren. Die rechtzeitige Deutung negativer Übertragungen kann - wie von Kernberg betont - entscheidend für den Therapieverlauf sein. Vor allem in späteren Therapiephasen besteht die Möglichkeit, die deutende Bearbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen zu intensivieren, dann, wenn nach

⁸ Eine ideengeschichtliche Rekonstruktion der relationalen Perspektive innerhalb der Psychoanalyse bietet Mitchell, S. A. *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge Mass. 1988 sowie ders. *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Hillsdale NJ 2000. Beispielhaft sei außerdem hingewiesen auf Knoblauch S. H. *The Musical Edge of the Therapeutic Dialogue*. Hillsdale, NJ 2000 und Stern D. N., Bruschiweiler-Stern N., Harrison A. M. et al., *Die Rolle des impliziten Wissens bei der therapeutischen Veränderung - Einige Auswirkungen entwicklungspsychologischer Beobachtungen für die psychotherapeutische Behandlung Erwachsener*. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2001; 51: 147-152

⁹ Fonagy P., Steele M., Steele H. et. al. *Attachment, the Reflective Self, and Borderline States: The Predictive Specificity of the Adult Attachment Interview and Pathological Emotional Development*. In: Goldberg S., Muir R., Kerr J. *Attachment Theory. Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Hillsdale NJ: 1995. Sowie: Fonagy P. Target M., Steele M. et al. *Morality, Disruptive Behavior, Borderline Personality Disorder, Crime and Their Relationship to Security of Attachment*. In: Atkinson L., Zucker K. J. *Attachment and Psychopathology*. NJ: 1997

derzeitigem Stand die DBT den Stab abgibt und ohnehin eine aufdeckende Arbeit vorgesehen ist. Die Patientinnen können natürlich mit einer solchen Arbeitsmöglichkeit unterschiedlich viel anfangen und sind ganz unterschiedlich belastbar. Außerdem lassen sich – wie gesagt - entsprechende Entwicklungen, Verdichtungen, Gelegenheiten nicht so einfach in dieser Weise planen. Für die DBT bleibt entscheidend, dass in jeder Therapiephase die Hierarchie der Therapieziele gewahrt und transparent bleibt und dass dem Erwerb von Fertigkeiten zur Stresstoleranz, Emotionsregulierung, Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte und sinnlich-gegenwärtigen Teilnahme an der Wirklichkeit die zeitlich und inhaltlich vorrangige Aufmerksamkeit gilt.

3. Vorteile ambulanter DBT

Jetzt möchte ich noch auf die allgemeinen Vorteile ambulanter DBT eingehen. Die speziellen Vorteile ergeben sich aus der Validität spezifischer Annahmen und dem Wert der einzelnen Techniken. Ihre Diskussion würde hier zu weit führen.

- keine ständigen Unterbrechungen durch Krisenmanagement

Als wir anfangen, hatten wir einige Therapien mit BPS-Patientinnen hinter uns und sahen uns häufig vor folgende Situation gestellt: Wir arbeiten – sagen wir ruhig als tiefenpsychologische Therapeuten - an grundlegenden Mustern, Beziehungsstrukturen und vielleicht an ihrer Genese, aber wir kommen damit nicht weit. Jedesmal wenn die Patientin kommt, ist schon wieder dies oder jenes passiert und wir müssen unbedingt darüber reden. Unsere wertvolle tiefenpsychologische Arbeit wird von ständigen Krisenmanagements durchkreuzt. Es entsteht ein therapeutisches Chaos und wir wissen kaum mehr, was wir eigentlich machen. Irgendwann retten wir uns mit der Konstruktion, dass wir die Patientin immerhin irgendwie unterstützen.

In der DBT geht es erst einmal nur darum, zu vermitteln und zu lernen, Krisen zu bewältigen und verschiedene Formen von Überlebens – und Lebensfertigkeiten zu erwerben. Das mag zwei Jahre dauern. Alles andere hat im Prinzip Zeit. Die zeitliche Struktur und die klare Hierarchie der Therapieziele entchaotisiert die Therapie.

- Überprüfbarkeit des Fortschritts in der Therapie für Therapeuten wie Patientinnen

Diese klare Struktur hilft Therapeuten und Patienten, zu überprüfen, wo die Therapie gerade steht. Die Therapie ist sehr transparent, die Patientinnen wissen, was als nächstes ansteht, wie weit sie gekommen sind. Sie finden Klarheit und Struktur und damit Vertrauen, dass das Ganze etwas bringt.

- rasche Erfolgserlebnisse, Spaß in der Therapie

In der DBT ist es wahrscheinlich, dass die Patientinnen in den ersten Wochen Fertigkeiten kennen lernen, die sie unmittelbar in den emotional schwierigsten Situationen einsetzen können. Statt sich hilflos ihren Gefühlen oder Spannungszuständen ausgeliefert zu fühlen, beginnen sie, sie unter Kontrolle zu bekommen. Die Patientinnen haben von Anfang an Erfolgserlebnisse. Sie machen kleine Fortschritte und kleine Fortschritte zeigen nebenbei, dass es nicht um Alles oder Nichts geht. Sicher ist dies einer der Gründe, weswegen unsere Abbruchquoten vergleichsweise gering sind. Die Patientinnen lernen nicht nur Fertigkeiten, sondern sie lernen auch, dass diese Fertigkeiten zum jeweiligen Grad ihrer Anspannung passen müssen. Bei ausgeprägten Spannungszuständen sind andere Fertigkeiten gefragt und möglich als bei niedrigen oder in Lebenssituationen, in denen es eher um Prävention geht.

Dazu kommt, dass die Therapie auch unmittelbar Spaß machen kann. Das Skillstraining ist ein manchmal trockenes, manchmal lustiges Seminar – für alle Beteiligten. Gerade für tiefenpsychologische Psychotherapeuten ist es zwar gewöhnungsbedürftig, während der Therapie Musik zu hören, in den Garten zu gehen und über Steine zu balancieren oder mit nackten Füßen über Kies zu laufen. Aber ohne Frage ist es auch eine lustvolle Abwechslung.

- realistische Bedingungen und realistische Erfolgskontrolle

Für die ambulante Therapie gilt generell, dass sie den großen Vorteil mit sich bringt, unter realistischen Bedingungen stattzufinden. Was man dort erreicht, kann man auch als realitätstauglich verbuchen. Bei den stationären Therapien sind wir immer skeptisch, weil der Transfer ein großes Problem ist.

- Die Entlastung der therapeutischen Beziehung

Ein weiterer Pluspunkt ambulanter DBT ist die Entlastung der therapeutischen Beziehung, Konventionellere Therapie scheitern bei BPS-Patientinnen oft daran, dass die therapeutische Beziehung zerbricht. Bei uns ist diese Gefahr relativ niedriger. Jede Patientin hat drei Therapeuten und ist Teil eines größeren Settings. Wenn sie beispielsweise mit einem Einzeltherapeuten nicht arbeiten kann, kann sie notfalls auch wechseln. Wir lassen es auch zu, dass Patientinnen die Gruppe wechseln. Es sollte bei allen Beteiligten die Haltung dominieren: ich mache Therapie in einem Projekt, das einen Werkstattcharakter hat - mit Fehlern und Schwächen. Die Schwächen werden unsererseits nicht vertuscht, manchmal geradezu betont. Das heißt nicht, dass wir solche Wechsel oft oder leichtfertig vollziehen, aber diese Möglichkeit macht deutlich, dass wir die therapeutische Beziehung zunächst einmal als Kooperationbeziehung, als Mittel zum Zweck definieren.

Die therapeutische Haltung ist soweit wie möglich validierend, lösungsorientiert und partnerschaftlich. In der Konzeption der therapeutischen Beziehung wird der Einfluss der humanistischen Therapiebewegung besonders deutlich. Aber auch der Einfluss des Zen-Buddhismus. Wir arbeiten gemeinsam auf einer Ebene, wir sind alle Anfänger, wir müssen alle üben. Übernehmen wir sichtbar die Haltung des Zen-Schülers wie des Zen-Meisters: „wir sind alle Anfänger“, so machen wir uns ungeeignet, als Objekt dauerhafter „primitiver Idealisierung“¹⁰ zu dienen. Wir formulieren, dass wir viele Techniken – gerade die elementaren Fertigkeiten der Achtsamkeit - selbst nicht gut beherrschen, selbst daran arbeiten (hoffentlich). Wir bedienen uns gezielt der Technik der „selektiven Offenheit“, d. h. wir erzählen, was wir früher für Schwierigkeiten hatten oder welche wir jetzt noch haben. Ein mir wichtiger Punkt ist folgender: Die DBT betont stärker als andere Therapieformen, dass das Wesentliche außerhalb der Therapie stattfindet. Für tiefenpsychologische Psychotherapeuten gilt, die Therapie findet im Wesentlichen statt, wenn der Therapeut da ist. Die übrige Zeit dient der Verarbeitung. Die Verhaltenstherapie repräsentiert vielleicht einen Mittelweg. Sie entlässt den Patienten bisweilen mit spezifischen Aufgaben und der Therapeut ist unter Umständen zu Expositionen in vivo bereit, also bereit, dem Patienten in seine Realität zu folgen. Was aber von der Realität des Patienten bedeutsam wird, wird durch das therapeutische Programm festgelegt. In der DBT sind dagegen alle Lebensbereiche des Patienten relevant: Gehen, Trinken, Atmen sind letztlich genauso wichtig für die Therapie wie besondere Stresssituationen, die zu Selbstverletzungen verleiten. Nicht in allen Schritten, aber immer wieder und in einer grundsätzlichen Weise wird das Alltäglichsche und Unproblematischste und auf den ersten Blick therapeutisch Uninteressanteste in der Therapie zum Thema. Die DBT zielt letztlich auf Lebenskunst. Dadurch relativiert sich die Bedeutung der Therapeuten als Therapeuten und der Therapie als Therapie. Was in anderen Therapien eher verdeckt geschieht – die unvermeidliche Überschreitung des medizinischen Diskurses - ist in der DBT von vorneherein an ihrer Praxis ablesbar. Aber auch auf der Diskursebene stolpern Therapeuten und Patientinnen unentwegt über sonst eher implizit oder en passant abgehandelte lebensanschauliche Fragen: Was ist Wirklichkeit? Brauchen wir andere Menschen? Wozu? Welchen Sinn hat das Lebens, das Leiden, das Denken, das Fühlen? usw. Wie weit sich die Therapeuten auf solche Gespräche einlassen, ist natürlich unterschiedlich. Da aber die DBT diese Fragen immer wieder thematisiert und sich in mancher Hinsicht auch inhaltlich festlegt, sind der Vermeidung engere Grenzen gesetzt als in anderen Therapieformen.

¹⁰ Kernberg O. F. Borderline-Störungen und pathologischer Narzismus. Frankfurt 1983: 50 ff. Das gleiche Phänomen beschreibt M. Bohus aus verhaltenstherapeutischer Sicht in diesem Band mit der Haltung: „Ich brauche unbedingt ein Gegenüber, welches mich beschützt. Ohne dieses Gegenüber kann ich nicht leben“.

- Unspezifische Effekte der Gruppentherapie (Selbstakzeptanz, soziale Kontakte, cave: Borderline-Identität)

Wir sehen in unserer Arbeit deutliche unspezifische Effekte der Gruppentherapie, was manchmal Zweifel daran aufkommen lässt, wie wichtig die Skills wirklich sind. Die Gruppen werden für die Patientinnen in der Regel mit der Zeit sehr wichtig. Am Anfang sind sie dagegen oft abschreckend. Manche Patientinnen wollen überhaupt nicht in die Gruppen, nehmen sie nur als Teil des Gesamtpakets in Kauf. Eine Patientin schaffte es, sich über Monate umgekehrt mit dem Blick zur Wand in unsere Gruppe zu setzen. Irgendwann wird es meist anders (auch in diesem Falle war es so), die Gruppe wird wichtig und es kommt zu sozialen Kontakten auch außerhalb der Gruppe, die wir begrüßen. Die störungsspezifische Gruppenarbeit gibt den Patientinnen das Gefühl, mit ihren Problemen nicht alleine zu sein, sie führt zur Enttabuisierung und mindert die Scham.¹¹ Die Kehrseite der Medaille ist die Gefahr, dass sich eine Art Borderline-Identität herausbildet. Damit haben wir zunehmend ein Problem. Es gibt inzwischen zahllose Web-Seiten zum Thema, Therapeuten sprechen von ihren „Bordis“, Patienten sehen sich selbst als „Borderliner“. Aus einem vagen, aber zur Verständigung in einem bestimmten Milieu und zu bestimmten Zwecken nützlichen Konstrukt wird eine künstliche Identität. Diese Entwicklung widerspricht dem Geist der DBT, ihrer Idee, alle Fixierungen und Kategorisierungen in Prozesse zu verwandeln und vor dem Hintergrund praktischer Erfahrung zu relativieren.¹²

- Der Einfluss der DBT auf Selbsterleben und Lebenseinstellung

Die DBT ist ein Therapieverfahren, das auf alltägliches Üben angelegt ist. Damit ist die Mitteilung verbunden, dass es keine großen Erfolge gibt, sondern nur kleine Schritte. Die Patientinnen lernen zu differenzieren, sie verbessern ihre Frustrationstoleranz, lernen Geduld und Selbstkontrolle. Differenzierung ist in der DBT ein kognitiver Prozess und ein Programm auf der Handlungsebene.

Die DBT thematisiert darüber hinaus die Einstellung zur Welt. Jede Psychotherapie hat irgendeinen weltanschaulichen, moralischen, erkenntnistheoretischen Hintergrund, vor dem sie sich abspielt, hat bestimmte Grundwerte oder Entwürfe, wie der Mensch sein sollte. Mal ist es Autonomie oder Ich-Stärke, mal ist es Bindungsfähigkeit, mal ist es Bedürfnisbefriedigung oder eine instrumentalistische Einstellung, möglichst erfolgreich zu sein bei der Verwirklichung im Prinzip beliebiger Ziele. Das streut ziemlich weit. Die DBT steht anthropologisch in der Tradition des Taoismus und des Zen-Buddhismus. Es ist nicht so, dass der Zen ein Teil der Therapie ist. Man muss darüber kein Wort verlieren, vielleicht ist es sogar besser, es nicht zu tun. Die Werte der DBT sind Gelassenheit und Lebendigkeit, Zur- Ruhe kommen, Sich-Einschwingen auf die Wirklichkeit, Sinnlichkeit, Gegenwärtigkeit, Offenheit, das Bewusstsein: „Alles ist im Fluss und ich kann ein Stück mitschwimmen“ - zumindest da wo es nicht sinnvoll ist, sich gegen eine Entwicklung zu sträuben. Die DBT lenkt die Aufmerksamkeit auf die Teilnahme an der Wirklichkeit, die immer schon stattfindet. Damit ist sie ein Gegenprogramm zu dem kategorischen Kampf gegen die Wirklichkeit, der Borderline-Patientinnen in ihre aggressiv getönten Hyperemotionalität führt. Dieser Hintergrund der DBT, den man leicht esoterisch missverstehen kann, ist in Wirklichkeit gut mit anderen aktuellen wissenschaftlichen Projekten vermittelbar. Mit ihrem Interesse an den vorreflexiven, praktischen Interaktionen zwischen Menschen und zwischen Mensch und Umwelt ist die DBT anschlussfähig an theoretische Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse und der Sozialisationsforschung, der Philosophie und den Kognitionswissenschaften. Dass sie anschlussfähig an verschiedene Therapietraditionen ist folgere ich aus unserer gemeinsamen Arbeit. Vielleicht ist sie in diesem Sinne als integratives, störungsspezifisches Konzept zukunftsweisend.

¹¹ Zur überragenden Bedeutung der Scham bei BPS-Patientinnen s. den Beitrag von M. Bohus in diesem Band.

¹² Huppertz M. Was ist dialektisch an der Dialektisch-Behavioralen Therapie? Vortrag auf dem DBT-Netzwerk Treffen 2003 in Lübeck (unveröffentlicht)