

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management

Übertragbarkeit des Stresstoleranzmoduls aus dem Fertigkeitstraining nach Linehan auf psychiatrische Krisensituationen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 01.06.2012

Vorgelegt von: Claudia Ringelhan
192 9623
Gremminer Straße 4a
06773 Gräfenhainichen

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. habil. Corinna Petersen-Ewert

Zweite Prüfende: Dipl. Theol. Walburga Feldhaus

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Methode	3
2.1 Literaturrecherche	3
2.2 Experteninterview	6
2.2.1 Ziel	6
2.2.2 Stichprobe	6
2.2.3 Durchführung	7
2.2.4 Auswertung	7
3 Dialektische Verhaltenstherapie nach Linehan	8
3.1 Entwicklung	8
3.1.1 Theoretische Grundlagen	8
3.1.2 Stationäres Setting	11
3.2 Einzel- versus Gruppentherapie	14
3.3 Modul Stresstoleranz	16
3.3.1 Inhaltsdarstellung	16
3.3.2 Wirksamkeit	17
4 Übertragbarkeit des Moduls Stresstoleranz	22
4.1 Essstörungen	22
4.2 Depressionen	27
5 Ergebnisse der Experteninterviews	31
6 Diskussion	36
Literaturverzeichnis	42

A	Anhang Literaturrecherche	A1
A.1	Literaturrecherche CINHAL: Effektivität der DBT	A2
A.2	Literaturrecherche CINHAL: Essstörung	A4
A.3	Literaturrecherche CINHAL: Depression	A5
A.4	Literaturrecherche WISO: Effektivität der DBT	A6
A.5	Literaturrecherche WISO: Essstörung	A7
A.6	Literaturrecherche WISO: Depression	A8
A.7	Literaturrecherche PsycInfo: Effektivität DBT	A9
A.8	Literaturrecherche PsycInfo: Essstörung	A12
A.9	Literaturrecherche PsycInfo: Depression	A14
A.10	Bewertung der Qualität qualitativer Forschungsmethoden	A17
B	Anhang Experteninterviews	B1
B.1	Interviewleitfaden für Stationen mit DBT	B2
B.2	Interviewleitfaden für Stationen ohne DBT	B4
B.3	Interview 25.04.2012: Station für Persönlichkeitsstörungen . . .	B6
B.4	Interview 26.04.2012: Kriseninterventionsstation für Persönlich- keitsstörungen	B11
B.5	Interview 27.04.2012: Akut psychiatrische Station	B18
B.6	Interview 12.05.2012: Abteilung für Essstörungen	B26
C	Anhang Dialektische Verhaltenstherapie	C1
C.1	Übersicht Studien zur Wirksamkeit	C2
C.2	Strategien zur Krisenbewältigung	C3

Eidesstattliche Erklärung

Abkürzungsverzeichnis

BDI	Beck Depression Inventory
BED	Binge Eating Disorder
BES	Binge Eating Scale
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia Nervosa
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DBT	Dialectical Behavior Therapy
DES	Dissociations Experiences Scale
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAC	Emotional Approach Coping
EDE	Eating Disorder Examination
ES	Effektstärke
ESS	Emotional Eating Scale
HAM-D	Hamilton Rating Scale for Depression
HAMA	Hamilton Anxiety Scale
LIFE-RIFT	Range of Impaired Functioning Tool
LPC	Lifetime Parasuicide Count
NMR	Negative Mood Regulation Scale
nRCT	none-Randomized none-Controlled Trail
NS	Not Significant
PANAS	Positive And Negative Affect Schedule
RCT	Randomized Controlled Trail
SAS-SR	(Leisure) Social Adjustment Scale-Self-Report

Abkürzungsverzeichnis

SCID-1	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SCID-2	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SD	Standard Deviation
SOS-10	Schwartz Outcome Scale
STAXI	State-Trait Anger Expression Inventory
WHO	World Health Organization
WISO	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftsdatenbank
WL	Warteliste

Tabellenverzeichnis

2.1	Darstellung der Trefferzahl im Themenbereich „Effektivität“ . . .	3
2.2	Darstellung der Trefferzahl im Themenbereich „Essstörung“ . . .	5
2.3	Darstellung der Trefferzahl im Themenbereich „Depression“ . . .	5
2.4	Eingeschlossene Ergebnisse nach Themenbereichen	5
3.1	Gründe für und gegen eine homogene Gruppe (Linehan, 2006) .	15
3.2	Qualität und Aussagekraft der vorgestellten Studien (Anhang A.10)	20
4.1	Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie (Wiser und Telch, 1999).	24
4.2	Studienübersicht: Depression	28
A.1	Suchstrategie in CINHAL: „Effektivität“	A2
A.2	Ergebnisdarstellung in CINHAL: „Effektivität“	A2
A.3	Suchstrategie in CINHAL: „Essstörungen“	A4
A.4	Ergebnisdarstellung in CINHAL: „Essstörungen“	A4
A.5	Suchstrategie in CINHAL: „Depression“	A5
A.6	Suchstrategie in WISO: „Effektivität“	A6
A.7	Ergebnisdarstellung in WISO: „Effektivität“	A6
A.8	Suchstrategie in WISO: „Essstörungen“	A7
A.9	Ergebnisdarstellung in WISO: „Essstörungen“	A7
A.10	Suchstrategie in WISO: „Depression“	A8
A.11	Ergebnisdarstellung in WISO: „Depression“	A8
A.12	Suchstrategie in PsycInfo: „Effektivität“	A9
A.13	Ergebnisdarstellung in PsycInfo: „Effektivität“	A9
A.14	Suchstrategie in PsycInfo: „Essstörungen“	A12
A.15	Ergebnisdarstellung in PsycInfo: „Essstörungen“	A12
A.16	Suchstrategie in PsycInfo: „Depression“	A14
A.17	Ergebnisdarstellung in PsycInfo: „Depression“	A14
A.18	Bewertung von Verzerrungsrisiken (Bias-Risiken)	A18

A.19 Präzision der Ergebnisse	A19
A.20 Übertragbarkeit/klinische Relevanz der Ergebnisse	A20
A.21 Gesamtbeurteilung der Aussagekraft der Studie	A20
C.1 Im stationären Setting	C2
C.2 Bewältigungsstrategien aus dem Modul Stresstoleranz (Linehan, 2006).	C3

1 Einleitung

Die dialektische Verhaltenstherapie (dialectical behavior therapy, kurz DBT) wurde von der amerikanischen Psychologin Marsha M. Linehan zur ambulanten Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) mit chronisch suizidalem Verhalten entwickelt (Linehan, 2006). Diese in den 80er Jahren entstandene Psychotherapieform beinhaltet ein Fertigkeitstraining, das der Vermittlung von Verhaltensfertigkeiten zur Prävention und Bewältigung von Krisen dient, sowie die Krankheitssymptome vermindern soll (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Das Modul „Stresstoleranz“ beschreibt Fertigkeiten, Krisen zu ertragen und zu überleben, sowie die Fähigkeit das Leben anzunehmen, wie es im Augenblick ist (Zorn und Roder, 2006) und ist zentrales Element aus der DBT in dieser Arbeit. Durch Studien von Linehan et al. (1993, 1999) konnte die Wirksamkeit des ambulanten DBT Konzeptes zur Behandlung von BPS aufgezeigt werden und bewirkte in den 90er Jahren die Anpassung der Therapie an den stationären Bereich (Swenson et al., 2002; Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Im psychiatrischen Setting ist die Pflege verschiedenen Belastungen ausgesetzt, besonders der Umgang mit Patienten in Krisensituationen erscheint komplex (Schnyder und Sauvant, 1993). Diese Arbeit hat das Ziel, das Stresstoleranzmodul nach Linehan vorzustellen, Kriterien der Übertragung auf psychische Krisensituationen zu prüfen und die Möglichkeit der Anwendung des Moduls bei verschiedenen Krankheitsbildern darzulegen. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen der DBT beschrieben, sowie die Entwicklung zum stationären Behandlungsprogramm für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Beschreibung des Moduls Stresstoleranz und die Darstellung der Ergebnisse aus Studien zur Wirksamkeit der dialektischen Verhaltenstherapie für BPS schließen die Ausarbeitung der theoretischen Grundlagen ab. Anschließend werden Möglichkeiten zur Übertragung des Moduls Stresstoleranz auf die Krankheitsbilder der Essstörung und Depression aufgezeigt und Kriterien sowie Nutzen einer erweiterten Anwendung des Moduls abgeleitet. Abschließend soll ein positiver Effekt des DBT Konzeptes für Patient und Pflege dargestellt

1 Einleitung

werden, um eine abschließende Aussage zur Übertragbarkeit des Moduls auf weitere psychiatrische Krisensituationen treffen zu können.

2 Methode

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche für diese Arbeit gliederte sich in drei Inhaltsbereiche: Zuerst wurde nach wissenschaftlicher Literatur gesucht, die die Wirksamkeit der dialektischen Verhaltenstherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach Linehan darstellt. Aus diesem ersten Themenbereich ergaben sich Hinweise auf Übertragungen des DBT Konzeptes auf weitere Krankheitsbilder, sodass im zweiten und dritten Inhaltsbereich Studien zur Übertragung der DBT bei Essstörungen und Depressionen ermittelt wurden. Die gesamte Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PsycInfo, CINHAL und WISO. Die erste Recherche erfolgte mit den Suchbegriffen *dialectical behavior therapy*, *borderline personality disorder* und *effectiveness*, sowie deren entsprechende deutschsprachige Übersetzung. In Tabelle 2.1 werden die Ergebnisse aus der Recherche des Themengebietes „Effektivität der DBT“ dargestellt.

Tabelle 2.1: Darstellung der Trefferzahl im Themenbereich „Effektivität“

Datenbank	Suchbegriffe	Limitationen	Treffer
PsycInfo	Dialectical behavior therapy, borderline personality disorder, effectiveness	Englisch, Deutsch, Ab dem Jahr 2000, Fachzeitschriften	25
CINHAL	Dialectical behavior therapy, borderline personality disorder, effectiveness	Englisch, Deutsch, Ab dem Jahr 2000	6
WISO	Dialectical behavior therapy, borderline personality disorder, effectiveness	Fachzeitschrift	1

Für die weitere Auswahl der in dieser Arbeit eingehenden Studien wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Eingeschlossen wurden Studien, in denen die dialektische Verhaltenstherapie im stationären Setting bei Patienten mit

Borderline-Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien der DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) angewandt wurde (American Psychiatric Association, 2000). Randomisiert kontrollierte Studien (RCT) haben eine hohe Beweiskraft in der Darstellung der Effektivität von eingesetzten Interventionen (Mayer, 2011), jedoch war dies kein vorausgesetztes Kriterium für den Ein- oder Ausschluss einer Studie, um die Trefferzahl nicht zu stark zu limitieren. Zusammenfassend wurden demnach zwölf Studien ausgeschlossen, die die Wirkung von DBT im ambulanten Bereich untersuchten (Martens, 2005; Linehan et al., 2006; Stanley et al., 2007; Stepp et al., 2008; Pozzi et al., 2008; Soler et al., 2009; Swales, 2009; Perroud et al., 2010; Kliem et al., 2010; Pasioczny und Connor, 2011), fünf Studien behandelten Teilnehmer mit anderen Diagnosen als BPS (Miller et al., 2000; Canadian Journal of Community Mental Health, 2002; Bornovalova und Daughters, 2007; Kienast und Foerster, 2008; Sakdalan et al., 2010), drei waren lediglich Auszüge aus Fachzeitschriften (Turner, 2000b; McMain, 2010), zwei Ergebnisse waren Buch Zusammenfassungen (Levendusky, 2000; Sharp, 2010) und neun Studien behandelten nicht das gesuchte Thema der Wirksamkeit von DBT bei BPS (Koerner und Linehan, 2000; Turner, 2000a; Brodsky und Stanley, 2002; Cunningham et al., 2004; Ben-Porath et al., 2004; Zorn und Roder, 2006; Dewe und Krawitz, 2007; Waltz et al., 2009; Williams et al., 2010), (Anhang A.1, A.4 und A.7). Daraus ergibt sich eine Trefferzahl von eins. Durch diesen geringen Ergebniswert erfolgte noch eine zusätzliche Recherche in der Datenbank „Psychiatry Online Journals“. Diese Suche ergab, nach denselben oben genannten Einschlusskriterien, weitere drei Treffer (Tabelle 2.4). Die Recherche des zweiten und dritten Inhaltsbereichs erfolgte ebenfalls in den Datenbanken PsycInfo, CINHAL und WISO mit den Suchbegriffen *dialectical behavior therapy*, *eating disorder* und *depression*. In Tabelle 2.2 und 2.3 sind die Trefferzahlen der Inhalte in den einzelnen Datenbanken dargestellt.

Bei der weiteren Durchsicht wurden 18 Studien ausgeschlossen, die Essstörung und Depression als Komorbidität von Borderline-Persönlichkeitsstörungen untersuchten (Lynch, 2000; Koons et al., 2001; Palmer et al., 2003; Sipos und Schweiger, 2003; Simpson et al., 2004; Chapman, 2006; Huss und Baer, 2007; van Alphen et al., 2007; Lynch et al., 2007; Chen et al., 2008; Ben-Porath et al., 2009; Williams et al., 2010; Kröger et al., 2010; Lück et al., 2011; Ritschel et al., 2012). Fünf Studien wandten bei der Behandlung der Patienten nicht das DBT Konzept an Patienten (Lynch et al., 2002, 2003; Stanley et al.,

2 Methode

Tabelle 2.2: Darstellung der Trefferzahl im Themenbereich „Essstörung“

Datenbank	Suchbegriffe	Limitationen	Treffer
PsycInfo	Dialectical behavior therapy, eating disorder	Englisch, Deutsch, Ab dem Jahr 2000, Fachzeitschriften	17
CINHAL	Dialectical behavior therapy, eating disorder	Englisch, Deutsch, Ab dem Jahr 2000	4
WISO	Dialectical behavior therapy, eating disorder	Fachzeitschriften	2

Tabelle 2.3: Darstellung der Trefferzahl im Themenbereich „Depression“

Datenbank	Suchbegriffe	Limitationen	Treffer
PsycInfo	Dialectical behavior therapy, major depression	Englisch, Deutsch, Ab dem Jahr 2000, Fachzeitschriften	19
CINHAL	Dialectical behavior therapy, major depression		0
WISO	Dialectical behavior therapy, major depression		1

2009; Hill et al., 2011; Nowoweiski et al., 2011), sieben Studien befassten sich nicht mit den gesuchten Themenbereichen „Essstörung mit DBT“ und „Depressionen mit DBT“ (Safer et al., 2002, 2007; Katz et al., 2009; Plener et al., 2010; James et al., 2011; Limrunner et al., 2011), fünf Artikel waren Buch Zusammenfassungen (McGabe und Marcus, 2002; Dennis, 2010; Symons, 2010; Bissada, 2011; Bowers, 2011) und zwei waren nur kurze Anmerkungen in einer Fachzeitschrift (Cheavens et al., 2007; Iwakabe, 2011)(Anhang A.2, A.3, A.5, A.6, A.8 und A.9). Dadurch ergaben sich Trefferzahlen von vier in der Behandlung von Patienten mit Essstörungen mit DBT und zwei bei depressiven Patienten (Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4: Eingeschlossene Ergebnisse nach Themenbereichen

Themenbereich	Eingeschlossene Treffer
Effektivität	4
Essstörungen	4
Depression	2

Unter Zuhilfenahme von Leitfragen zur Zusammenfassung von Studieninhalten wurden die erhaltenen Studien zur Verwendung in dieser Arbeit vorbereitet (Balshem et al., 2011)(Anhang A.10). Anschließend wurden die Studien anhand von Leitfragen für kritische Bewertungen der Qualität von RCT und nicht-randomisierten kontrollierten Studien bewertet und eine Einschätzung zur Aussagekraft und Relevanz erstellt (Balshem et al., 2011)(Anhang A.10).

2.2 Experteninterview

2.2.1 Ziel

Eine zusätzliche Grundlage dieser Arbeit stellen die durchgeführten Experteninterviews dar. Diese Interviews verfolgten das Ziel, den Umgang des Fachpersonals in psychiatrischen Settings mit dem Thema Krise und Krisenintervention zu verdeutlichen, sowie den Einsatz der dialektischen Verhaltenstherapie zur Prävention und Bewältigung von Krisenzuständen darzustellen. Um einen Vergleich zwischen der Krisenintervention nach DBT und einer Krisenintervention ohne DBT in der Praxis aufzeigen zu können, wurden die Interviews sowohl auf psychiatrischen Stationen mit der dialektischen Verhaltenstherapie durchgeführt, sowie auf Stationen mit anderen Behandlungsstrategien.

Aufgrund dieser Zielsetzung wurden halbstandardisierte Experteninterviews durchgeführt (Mayer, 2011). Der Verlauf des Interviews wurde durch einen erstellten Interviewleitfaden (Anhang B.1 und B.2) vorgegeben, jedoch war der Interviewer frei in Reihenfolge und Formulierung der Fragen. Es wurde ein neutral-weicher Kommunikationsstil angestrebt und die Einzelinterviews fanden in einer Face-to-Face Kommunikationssituation statt (Mayer, 2011). Diese Merkmale beschreiben ein qualitatives Forschungsdesign.

2.2.2 Stichprobe

Durch eine Internetrecherche und telefonische Terminvereinbarungen wurden die Experten ausgewählt. Es handelt sich hierbei um drei Stationsleitungen und eine leitende Psychologin. Die Interviews fanden auf zwei Borderline-Stationen

mit dem Behandlungskonzept DBT, einer Akut-Station mit Schwerpunkt Depression und einer Abteilung für Essstörungen statt. Drei Experten waren in der Behandlung mit dialektischer Verhaltenstherapie nach Linehan geschult.

2.2.3 Durchführung

Das Gespräch sollte nicht länger als 30 Minuten dauern. Vor Beginn jedes Interviews wurden die Einverständniserklärungen eingeholt, unter Zusicherung der Anonymität der Angaben und der Person, der Verwendung gemachter Aussagen, sowie der Vernichtung der Tonbandaufnahmen nach Transkription der Interviews. Der Interviewer erklärte des Weiteren die Intention und den Ablauf des Expertengesprächs und schaltete vor Gesprächsbeginn das Tonband an (Anhang B.1 und B.2).

2.2.4 Auswertung

Die Auswertung der Experteninterviews erfolgt durch eine Analyse nach Fragen (Mayer, 2011). In diesem Vorgehen werden Kategorien anhand der gestellten Fragen gebildet, um den Inhalt mehrerer Interviews vergleichen zu können. Inhaltstragende Textstellen werden den entsprechenden Fragen zugeordnet und paraphrasiert (Mayer, 2011). Durch die Bearbeitung des restlichen Interviews wird dann das Kategorienschema ergänzt. Anschließend ist es möglich die erstellten Schemata der vier Interviews zu vergleichen (Mayer, 2011).

3 Dialektische Verhaltenstherapie nach Linehan

Marsha M. Linehan ist eine amerikanische Psychologin, die in den 80er Jahren eine Psychotherapieform zur ambulanten Behandlung von Patienten mit chronisch suizidalem Verhalten und Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt hat (Zorn und Roder, 2006). Die dialektisch behaviorale Therapie beinhaltet ein breites Spektrum an kognitiven und behavioralen Therapietechniken (Linehan, 2006). Das Behandlungskonzept ist eine der wenigen Psychotherapieformen, deren Wirksamkeit durch klinische Studien nachgewiesen werden konnte (Bohus et al., 2000, 2004; Pasieczny und Connor, 2011). Die Grundlagen der DBT beziehen sich auf die dialektische und biosoziale Theorie und bilden nach Linehan die Voraussetzung für eine sachgemäße Anwendung ihres Behandlungskonzeptes (Linehan, 2006).

3.1 Entwicklung

3.1.1 Theoretische Grundlagen

Grundidee des DBT Konzeptes liegt in einer dialektischen Weltanschauung. Der Fokus im Behandlungskonzept liegt auf der Veränderung des Verhaltens in Balance (Synthese) von Akzeptanz, Mitgefühl und Bewertung der Betroffenen (Swenson et al., 2002). Nach Linehan werden Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) in Polaritäten festgehalten (schwarz/weiß Denken), die es ihnen unmöglich macht zu einer Synthese zu gelangen (Linehan, 2006). Daher ist es nach dialektischer Ansicht nicht sinnvoll, wenn der Therapeut nur einzelne Verhaltensmuster in einer Umgebung des Patienten bewertet. Das gezeigte Verhalten muss auch in Beziehung zur Gesamtheit der Entwicklung und Umgebung des Betroffenen analysiert werden (Linehan, 2006). Eine weitere Grundannahme der DBT ist die biosoziale Theorie, die eine Störung in

der Emotionsregulierung als zentrales Problem von BPS darstellt. Emotionale Dysfunktion entsteht durch spezifische Umweltbedingungen und deren Wechselwirkung während der Entwicklung bereits in der Kindheit (Linehan, 2006). Die Schwierigkeit im Umgang mit Emotionen ist eine Folge emotionaler Vulnerabilität und inadäquater Strategien zur Bewältigung von Gefühlen (Swenson et al., 2002). Insbesondere das „invalidierende Umfeld“ nimmt einen entscheidenden Einfluss auf die emotionale Dysfunktion. Merkmal dieses Umfeldes ist die Art des Umgangs mit persönlichen Erfahrungen der vulnerablen Person (Linehan, 2006). Persönliche Erfahrungen, die nicht sofort geäußert werden, bemerkt die Umgebung nicht und reagiert auf geäußerte Erfahrungen auf extreme Weise, sodass die vulnerable Person beginnt seine Gefühle zu unterdrücken (Linehan, 2006). Ein weiteres Kennzeichen ist das Zurückweisen von Wünschen oder in der Kindheit die Bestrafung. Die Umgebung unterstützt nicht das Verhalten Emotionen zu benennen und zu regulieren, sodass eine emotionale Dysfunktion bestärkt wird (Linehan, 2006). Somit erklärt Linehan die Verhaltensmerkmale der BPS als Folge emotionaler Dysfunktion. Parasuizidales Verhalten (Selbstverletzung) entsteht als sehr effektive Strategie zur Emotionsregulierung (Linehan, 2006).

Aufgrund dieser theoretischen Grundlagen setzt DBT den Schwerpunkt in der Behandlung auf fortlaufende Beobachtung des Verhaltens, klare und präzise Definition der Behandlungsziele und eine kooperative Arbeitsbeziehung (Linehan, 2006). Ziel ist es aktive Problemlösestrategien zu entwickeln und problematische Verhaltensweisen zu analysieren und zu verändern (Linehan, 2006). Diese Veränderung des Verhaltens erfolgt durch zwei Behandlungsmethoden: Psychosoziales Fertigkeitstraining und Einzeltherapie (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). In der Einzeltherapie thematisiert der Therapeut systematisch alle problematischen Situationen, um mit dem Patient eine Verhaltensanalyse zu erstellen, Motivationen der Verhaltensänderung des Betroffenen zu ermitteln und nach Handlungsalternativen zu suchen (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009).

„Ein psychosoziales Fertigkeit[s]training ist dann notwendig, wenn Problemlösungen und das Erreichen von angestrebten Zielen Verhaltensfertigkeiten erfordern, die sich nicht im aktuell verfügbaren Verhaltensrepertoire einer Person befinden.“ (Linehan, 2006, S. 10)

Daraus ergibt sich das Ziel des Fertigkeitstrainings, den Erkrankten zu unterstützen, die erforderlichen Fertigkeiten zur Bewältigung der bestehenden Probleme zu erlernen (Linehan, 2006).

Die Umsetzung des ambulanten Therapieansatzes nach Linehan auf stationäre Bedingungen erfolgte erstmals am New York Hospital in White Planes durch Dr. Charles R. Swenson (Bohus et al., 2004). Bei dem Versuch das Behandlungsprogramm an das stationäre Setting zu adaptieren, ist Swenson auf eine Vielzahl von Hindernissen gestoßen (Swenson et al., 2002). Vor allem die Instanzen Krankenhausleitung, Abteilungsleitung, Therapeuten und Betroffene können Probleme in der stufenweisen Einführung darstellen. Entsprechend der Aufgabenstellung dieser Arbeit sind besonders die Schwierigkeiten bei der Einführung mit Therapeuten und Betroffenen darzustellen. Therapeuten sind durch die Implementierung des DBT Konzeptes gezwungen, ihre therapeutischen Annahmen und Vorstellungen, sowie Rollendefinierung und vorhandene Therapiefertigkeiten signifikant zu überdenken (Swenson et al., 2002). Die Behandlung nach DBT erfordert eine neutrale und zum Teil auch nüchterne Haltung gegenüber problematischer Verhaltensmuster der Patienten (Linehan, 2006). Besonders der Umgang mit suizidalen BPS führt bei Therapeuten häufig zur Überforderung und Burnout Symptomen (Swenson et al., 2002). Fehler und Schwierigkeiten in der Behandlung suizidaler Verhaltensmuster können für einen Therapeuten schwer aushaltbar sein. Weiterhin muss der Therapeut sich als ein Teil eines Gesamtbehandlungsteams einordnen und eine Balance zwischen Team- und Einzelarbeit herstellen (Swenson et al., 2002). Um diese beschriebenen Schwierigkeiten zu lösen, soll sich das gesamte Team vor Einführung des Behandlungskonzeptes in Workshops und Seminaren auf die anstehende Implementierung vorbereiten (Swenson et al., 2002). Intensives Training durch Teamübungen und Konsultationen von Experten der DBT soll Teamprobleme benennen, den Teamzusammenhalt verbessern und potenzielle Hindernisse reduzieren (Swenson et al., 2002). Das Team soll dem Therapeuten helfen intensive Gefühle und Meinungen zu validieren und Lösungsstrategien bei Überforderungssituationen anbieten. Zusätzlich werden Therapeuten regelmäßig Schulungen und durch Experten geführte DBT Runden angeboten, um sich mit anderem Fachpersonal auszutauschen (Swenson et al., 2002).

Ein weiteres Hindernis bei der Implementierung des DBT Konzeptes im stationären Setting stellen die Patienten selbst dar. Die dialektische Verhaltensthe-

rapie setzt den Fokus auf sofortige Veränderung des problematischen Verhaltens (Linehan, 2006), was zunächst, aus vorangegangenen Therapie Erfahrungen, oberflächlich und nicht zielführend erscheint (Swenson et al., 2002). Des Weiteren bedeutet die Behandlung nach DBT einen deutlich erhöhten Zeitaufwand in der Bearbeitung gestellter Aufgaben und setzt ein hohes Engagement der BPS Betroffenen voraus. Es hat sich ebenfalls gezeigt, dass Patienten Ängste gegenüber einem Behandlungserfolg entwickeln (Linehan, 2006; Swenson et al., 2002). BPS Betroffene nehmen an, dass sie, wenn sie lernen ihr Leben selbstständig zu bewältigen, die Unterstützung und Aufmerksamkeit ihrer Umgebung verlieren, da diese Zuwendungen lediglich durch problematisches Verhalten hervorgerufen worden ist (Swenson et al., 2002). Die Überwindung dieser Hindernisse ist entscheidend für den Therapieerfolg. Der Aufbau von Therapiecompliance ist sekundäres Behandlungsziel im stationären Setting (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Daher wird der Patient dazu angehalten eine Liste seiner Behandlungsziele zu erstellen. DBT soll nicht als starres Konzept betrachtet werden. Wenn Patienten überlegen, wie sie die Behandlung auf ihre Situation anpassen können, sollten sie dabei unterstützt werden (Swenson et al., 2002). Wenn die Prioritätensetzung geändert wird und weitere Behandlungsmethoden einbezogen werden, ist es möglich DBT an weitere Krankheitsbilder anzupassen (Swenson et al., 2002). Aufbauend auf die gesammelten Erfahrungen von Swenson bei der Implementierung des DBT Konzeptes im stationären Setting (Swenson et al., 2002) entwickelte Prof. Dr. med. Martin Bohus an der Universitätsklinik Freiburg 1996 zusätzlich ein stationäres DBT Konzept (Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e.V., 2012). Unter der Schirmherrschaft des „Dachverband-Dialektische Behaviorale Therapie e.V.“ wurde DBT in Deutschland in circa 30 stationären Behandlungseinheiten eingeführt (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009).

3.1.2 Stationäres Setting

Bohus geht von einem neurobehavioralen Entstehungsmodell der Borderline-Störung aus (Bohus und Wolf, 2009), welches das Lernverhalten, die kognitiven Bewertungsprozesse und die Neurobiologie von Patienten mit BPS als Ursache für die bestehenden problematischen Verhaltensweisen deklariert (Bohus und Wolf, 2009). Ebenfalls konnten Risikofaktoren für eine Entwicklung

einer Borderline-Störung, wie weibliches Geschlecht, frühere Erfahrungen sexueller und körperlicher Gewalt oder Vernachlässigung durch Bezugspersonen, ermittelt werden (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Das Behandlungskonzept ist in klaren Prinzipien strukturiert. Die Patienten werden sowohl durch Einzeltherapie und Telefonate betreut als auch in Gruppen beim Fertigkeitstraining. Skillstrainer und Einzeltherapeut besprechen anstehende Probleme in Supervisionen und der Therapeut ist zuständig für die Einhaltung der Rahmenbedingungen und der Therapieverträge (Bohus und Wolf, 2009). Jeder BPS Betroffene unterschreibt vor Beginn der Behandlung einen „Non-Suizidvertrag“, indem er einwilligt während der Therapie unter keinen Umständen einen Suizidversuch zu unternehmen (Bohus und Wolf, 2009). Begonnen wird die Behandlung mit dem Fertigkeitstraining und der Vermittlung von theoretischem Grundwissen zur dialektischen Verhaltenstherapie und zu Skills. Der Einzeltherapeut hilft durch die Erstellung von Verhaltens- und Bedingungsanalysen der dysfunktionalen Verhaltensmuster bei der Auswahl von Fertigkeiten (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Mit einem gemeinsam aufgestellten Behandlungsplan von Therapeut und Patient organisiert der Skillstrainer die weiteren Inhalte der Gruppensitzungen (Bohus und Wolf, 2009). Im letzten Schritt unterstützt der Einzeltherapeut den BPS Betroffenen bei der Umsetzung der Fertigkeiten im Alltag und fördert die Motivation die problematischen Verhaltensweisen durch die neu erlernten Fähigkeiten zu ersetzen (Bohus und Wolf, 2009). Es ist nicht unüblich, dass die Skillsgruppe ohne die Zusammenarbeit mit einem Einzeltherapeuten angeboten wird (Bohus und Wolf, 2009). Dies ist nach Bohus eher von Nachteil für die Effektivität des Konzeptes, jedoch sollte in dieser Variante der Skillstrainer die Aufgaben des Einzeltherapeuten übernehmen (Bohus und Wolf, 2009).

Die Aufgabenstellung dieser Arbeit legt den Fokus auf die Inhalte des Fertigkeitstrainings als Krisenintervention bei Borderline Patienten. Krisen bei BPS sind durch unerträglich empfundene Spannungs-, Angst- oder Fühllosigkeitszustände definiert, die versucht werden, durch suizidales oder parasuizidales Verhalten bewältigen zu werden (Dross, 2001). Die Behandlung suizidaler Verhaltensmuster im stationären Bereich hat Vor- und Nachteile: Im stationären Setting kann den BPS Betroffenen Sicherheit und direkte Unterstützung angeboten werden, jedoch besteht die Gefahr durch erhöhte Aufmerksamkeit und Zuwendung gegenüber dem Erkrankten, dass die suizidale Krisensituation noch

verstärkt wird (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Somit ist die Hauptaufgabe im stationären Setting suizidale Krisen zu bewältigen und genaue Verhaltensanalysen aufzustellen, um die Auslöser solcher unerträglichen Zustände ermitteln zu können. Im stationären Bereich sind die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Behandlung sehr eng festgelegt (Bohus und Wolf, 2009). Beginnend mit der Problemanalyse sollte im Anschluss ein Behandlungsplan mit genauer zeitlicher Limitierung aufgestellt werden. Die Vermittlung von maximal zwei Fertigkeiten sollte angestrebt werden (Bohus und Wolf, 2009). Das Fertigkeitstraining gliedert sich in sieben Module (Bohus und Wolf, 2009):

1. Hintergründe und Fakten
2. Einführung in das Skillstraining
3. Achtsamkeit
4. Stresstoleranz
5. Umgang mit Gefühlen
6. Zwischenmenschliche Fertigkeiten
7. Selbstwert

Bei einem Stationsaufenthalt zur Krisenintervention werden in der Skillsgruppe meist Fertigkeiten aus dem Modul der Stresstoleranz vermittelt.

Dem Pflorgeteam wurden detaillierte Aufgabenstellungen zur Betreuung der BPS Patienten in der DBT Behandlung zugeteilt. Jedem Patienten sollen ein bis zwei Bezugspflegekräfte zugeordnet werden (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Es werden klar strukturierte Kontaktaufnahmen mit dem Patienten vereinbart, um in den ersten Terminen Stationsregeln, die biosoziale Theorie und Hilfestellung bei der Behandlungs- und Zielplanung näher zu bringen. Die in dem Skillstraining vermittelten Fertigkeiten sollen durch Bezugspflegetermine geübt und in Krisensituationen durch die Unterstützung der Pflegekraft ausprobiert werden (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Ebenfalls ist die Bezugspflegekraft für die Vorbereitung der Entlassung zuständig und hilft dem Patienten bei den Übernachtungstrainings durch telefonische Kontakte. Diese Aufgabenbereiche zeigen, dass vom Pflegepersonal eine hohe fachliche Kompetenz und Professionalität gefordert wird. Daher ist es wichtig, dass das Pflegepersonal und

alle an der Behandlung beteiligten Therapeuten ständig im Umgang mit dem DBT Konzept geschult werden und die sachgemäße Anwendung überprüft wird (Bohus und Wolf, 2009; Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Wöchentliche Teamsitzungen sollen neues Wissen zur dialektischen Verhaltenstherapie vermitteln, den Fokus auf die Richtlinien der DBT lenken und allen Beteiligten und Therapeuten eine Unterstützung gegen Überforderung und fehlende Motivation sein (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Um weitere Überlegungen zur Übertragbarkeit eines einzelnen Modules aus dem Fertigkeitstraining auf weitere Krisensituationen machen zu können, muss die Beziehung von Einzel- zu Gruppentherapie näher beleuchtet werden. Daraus lässt sich ableiten, welche Therapieform geeigneter zur Vermittlung von Krisenbewältigungsstrategien ist (Linehan, 2006).

3.2 Einzel- versus Gruppentherapie

Der Erfolg des Fertigkeitstrainings verlangt von Patient und Therapeut viel Disziplin und aktiven Einsatz (Linehan, 2006). Wenn sich akute aktuelle Probleme bei den BPS Betroffenen einstellen, ist es die Aufgabe des Therapeuten auf die Einhaltung des Fertigkeiten Therapieplanes zu achten. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist durch häufige unvermeidbare Krisen und geringe emotionale Belastbarkeit gekennzeichnet (Linehan, 2006). Es ist wichtig, dass Patient und Therapeut bei den Behandlungssitzungen am Therapieplan festhalten und sich nicht immer mit den aktuellen Problemen auseinandersetzen (Linehan, 2006). Es gestaltet sich schwierig bei suizidalem Verhalten an den Fertigkeiten zu arbeiten. Durch sich einstellende Passivität, Hoffnungslosigkeit und mangelndes Interesse am Fertigkeitstraining des Patienten besteht die Gefahr, dass auch der Therapeut gegenüber dem Betroffenen resigniert und seine Therapiebemühungen einstellt (Linehan, 2006). Resignation beim Therapeuten entsteht häufig, wenn der Therapeut selbst nicht vom Training überzeugt ist (Linehan, 2006). Im Einzeltraining ist es leicht den Fokus bei der Vermittlung von Fertigkeiten zu verlieren (Linehan, 2006). Es gibt keine äußere Instanz, die die Einhaltung der DBT Richtlinien und des aufgestellten Behandlungsplanes überprüft. Im Gruppentraining sorgen Mitpatienten für die Einhaltung der Behandlungsziele. Stimmungstiefs Einzelner kann in der Gruppe durch andere Mitglieder ausgeglichen werden (Linehan, 2006). Weitere Vorteile des Gruppentrainings bestehen darin, dass mehrere Patienten dem Therapeuten die

Möglichkeit geben interpersonelle Verhaltensweisen zu beobachten (Linehan, 2006). Die Patienten haben die Chance Menschen mit ähnlichen Schwierigkeiten kennen zu lernen und so Unterstützung und Bestätigung ihres Handelns zu erhalten. Gruppen vermindern die Intensität der Behandlungsbeziehung von Therapeut und Patient, sodass einer zu starken Anbindung des Patienten an den Therapeuten entgegen gewirkt wird (Linehan, 2006).

In der Gruppenzusammensetzung spricht sich Linehan in ihrem „Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Borderline Persönlichkeitsstörungen“ von 2006 für eine homogene Gruppenzusammensetzung aus (Linehan, 2006). Die Psychologin benennt für ihre These folgende Vor- und Nachteile:

Tabelle 3.1: Gründe für und gegen eine homogene Gruppe (Linehan, 2006)

Gründe gegen eine homogene Gruppe	Gründe für einen homogene Gruppe
<ul style="list-style-type: none"> • Therapie wirkt, wegen extremer emotionaler Ansprechbarkeit der Patienten, sehr belastend • Oft sind mehrere Telefonanrufe nach der Sitzung notwendig, um entstandene Probleme zu lösen • Therapeuten ist es unmöglich auf mehrere emotionale Reaktionen zu achten und zu reagieren • BPS Betroffene lassen sich von anderen Erfahrungen und Problemen negativ beeinflussen • BPS Betroffene haben die Fähigkeit, Stimmungen und Verhaltensweisen anderer aufzunehmen, sind aber unfähig stimmungsunabhängig zu handeln • „Ansteckung“ mit suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen sind besonders gefährlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Homogenität ermöglicht dem Gruppenleiter, die Auswahl spezifischer Fertigkeiten und theoretischer Konzepte speziell für die Probleme suizidaler Menschen und BPS Betroffener • In heterogenen Gruppen ist der Aufbau eines allgemeingültigen Konzeptes schwer zu entwickeln • Homogene Gruppen bieten die Möglichkeit sich mit anderen Betroffenen auszutauschen

Um eine Ansteckung, wie in der Tabelle 3.1 beschrieben, innerhalb der Gruppe mit suizidalen Gedanken zu vermeiden, werden zwei Therapeuten in den Sitzungen eingesetzt. Somit kann auch die nachträgliche telefonische Betreuung der Patienten aufgeteilt werden (Linehan, 2006). Aufgrund dieses Vergleiches beschreibt Linehan eine homogene Gruppenzusammensetzung in ihrem Behandlungskonzept (Linehan, 2006). Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Ehestand sind unabhängig von der Zusammensetzung.

3.3 Modul Stresstoleranz

3.3.1 Inhaltsdarstellung

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem Modul „Stresstoleranz“, eines der sieben Module des Fertigkeitstrainings und dessen Übertragbarkeit auf Krisensituationen weiterer Krankheitsbilder. Das Modul zielt auf die Vermittlung grundlegender Fertigkeiten zur Krisenbewältigung bei BPS ab (Bohus und Wolf, 2009). In der DBT wird das Ertragen von emotionalen Schmerzen und Belastungen in unproblematischer Weise eine große Bedeutung zugeteilt (Linehan, 2006). Die Fähigkeit, Belastungen zu ertragen und anzunehmen, ist für das Erreichen und Aufrechterhalten psychischer Gesundheit wesentlich (Linehan, 2006). Stark akzeptanzbasierte Fertigkeiten verlangen ein radikales Annehmen des eigenen emotionalen Befindens, ohne zu versuchen es zu ändern (Linehan, 2006). Patienten mit BPS sollen ihre Umgebung wahrnehmen und eigene Gedanken und Handlungsmuster beobachten, ohne diese zu stoppen oder zu kontrollieren. Es werden im Stresstoleranzmodul auch veränderungsorientierte Fertigkeiten vermittelt, die unter Krisensituationen (Hochstress) eingesetzt werden (Bohus und Wolf, 2009). Hintergrund für diese Skills ist die Theorie zur Neuropsychologie bei Hochstress (Bohus und Wolf, 2009). BPS Patienten sind in extremen Stresssituationen erheblich eingeschränkt in der Steuerungsfähigkeit und kognitiven Variabilität (Linehan, 2006). Fertigkeiten, die zur Regulation der Emotionen dienen, können von den Patienten nicht abgerufen werden. Wenn sich ein hoher Spannungswert einstellt (Spannungsskala mehr als 70) (Stiglmayr et al., 2003), helfen den Betroffenen nur Fähigkeiten zur Spannungsregulation: starke sensorische Reize (Bohus und Wolf, 2009). Ein Beispiel und gut erforschter Wirkungsmechanismus ist der Tauchreflex (Bohus und Wolf, 2009). Dieser wird ausgelöst durch Berührung von kaltem Wasser an Nase und Mund. BPS Patienten können den Kopf in eine Schale mit kaltem Wasser tauchen, damit wird der Nervus vagus (Nerv des Parasympathikus) (Bohus und Wolf, 2009) aktiviert und führt zu einer Abnahme physiologischer Erregung, der Herzfrequenz und hat eine kognitiv beruhigende Wirkung (Bohus und Wolf, 2009). Bereits bei ansteigender Spannungsskala gibt es Krisenbewältigungsstrategien, die im Modul vermittelt werden: *Sich ablenken*, *Sich beruhigen*, *Den Augenblick verändern* und *An das Pro und Contra denken* (Linehan, 2006). Eine detaillierte Übersicht der einzelnen Inhalte der Strategien befindet sich in Anhang C.2.

3.3.2 Wirksamkeit

Studien zur Wirksamkeit des Modules Stresstoleranz konnten in der Literaturrecherche nicht gefunden werden. Die vier für diese Arbeit ausgewählten Studien untersuchen die Anwendung von Gruppentraining und Einzeltherapie im stationären Setting (Anhang C.1). Wie im oberen Kapitel beschrieben ist das Modul Stresstoleranz hauptsächlich zur Vermittlung von Fertigkeiten geeignet, die der Krisenintervention dienen. Als Krise wurde bei BPS das para- und suizidale Verhalten festgelegt. Somit wird in den nachfolgenden Studien der Fokus auf die Reduzierung dieses problematischen Verhaltens gelegt, um eine spekulative Einschätzung der Effektivität von Stresstoleranz-Skills zu erhalten. Eine der ersten Studien zur Wirksamkeit der DBT im stationären Setting beschrieb Bohus et al. (2000) unter folgender Forschungsfrage:

“Is there a reduction of the number of parasuicidal acts, an improvement in emotion regulation and general indices of psychopathology between pretreatment and one month after release from hospital, that is four months after beginning inpatient therapy?“
(Bohus et al., 2000, S. 879)

Insgesamt 24 weibliche Patienten wurden im Zeitraum von 1996 bis 1997, übereinstimmend mit den stationären DBT Vorgaben (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009), behandelt (Bohus et al., 2000). Eingeschlossen wurden Personen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien der DSM-IV, mit zwei parasuizidalen Verhaltensweisen in letzter Zeit und mit einem Suizidversuch in den letzten zwei Jahren (Bohus et al., 2000). Ausgeschlossen wurden zahlreiche Diagnosen, wie Schizophrenie, bipolare Störung, Substanzabhängigkeit oder Depression (Bohus et al., 2000). Diese Teilnehmer wurden zwölf Wochen stationär mit DBT behandelt, nur eine Person musste wegen zunehmender depressiver Symptome ausgeschlossen werden (Bohus et al., 2000). Zur Einschätzung des para- und suizidalen Verhaltens wurde das Messinstrument „Lifetime Parasuicide Count“ (LPC) eingesetzt (Bohus et al., 2000), ein standardisiertes Interview zur Erhebung der Häufigkeit von parasuizidalem Verhalten (Bohus et al., 2000). Die gesamten Messinstrumente wurden vor Behandlung und vier Monate nach Behandlungsbeginn erhoben und nicht von den behandelten Therapeuten ausgewertet (Bohus et al., 2000).

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Reduzierung der Frequenz des selbstverletzenden Verhaltens (Bohus et al., 2000). 16 von 18 Patienten (88%) konnten in den ersten vier Wochen nach der Behandlung ihre problematischen Verhaltensweisen reduzieren, elf von diesen 16 (61%) konnten dieses Verhalten sogar gänzlich unterlassen (Bohus et al., 2000). Daraus stellen die Autoren die Hypothese auf, dass das stationäre DBT Konzept sich auf selbstverletzendes Verhalten konzentriert und eine Wirksamkeit des stationären Konzeptes nachgewiesen werden konnte (Bohus et al., 2000). Diese Hypothese stellen sie jedoch unter dem Vorbehalt weiterer Studien. Aufbauend auf diesen Erfahrungen erfolgte 2004 erneut eine Studie zur Wirksamkeit des stationären Behandlungsprogrammes von Bohus et al. (2004). Er limitiert seine eigene Studie aus dem Jahr 2000 durch fehlende Kontrollgruppen, eine geringe Stichprobengröße und die Verschiedenartigkeit der Teilnehmer (Bohus et al., 2004). Somit beschreibt Bohus in seiner Forschungsarbeit von 2004 eine DBT Gruppe und eine Gruppe „Warteliste“ als Kontrollgruppe. Die Warteliste Gruppe hatte während einer vier monatigen Wartephase eine professionelle kognitive Gesundheitsversorgung (Bohus et al., 2004). Insgesamt konnten 60 Teilnehmer am Department Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Freiburg rekrutiert werden. Diese Teilnehmer hatten alle eine diagnostizierte BPS nach DSM-IV, mindestens einen Suizidversuch unternommen oder in den letzten zwei Jahren mindestens zwei parasuizidale Ereignisse erlebt (Bohus et al., 2004). Ausgeschlossen wurden Personen mit den Krankheitsbildern Schizophrenie, bipolare Störung, Substanzmissbrauch und kognitiven Schwächen. Um die Teilnahme an den Sitzungen zu gewährleisten wurden keine Personen, die mehr als 400 Kilometer von der Universität entfernt leben, eingeschlossen (Bohus et al., 2004). Die Teilnehmer werden, wie schon in der ersten dargestellten Studie, nach dem stationären Behandlungsprogramm der DBT von Bohus behandelt (Bohus et al., 2004). Das bedeutet individuelle Therapie, Skillstraining, Psychoedukation, Achtsamkeitsübungen, Körper orientierte Therapie und Teamsitzungen (Bohus et al., 2004). Die Hauptaufgabe des Fachpersonals während dieser Studie war es Kriseninterventionen anzuwenden und Patienten beim Umgang mit den Skills im täglichen Leben zu unterstützen (Bohus et al., 2004). Das entscheidende Messinstrument zur Parasuizidalität ist der LPC und wird vor Beginn der Behandlung und einen Monat nach Behandlungsende erhoben (Bohus et al., 2004). Während der Behandlung brachen neun Teilnehmer in der DBT Gruppe (22%) und ein Teilnehmer aus der Wartelistengruppe

die Studie ab. Im ersten Messzeitpunkt (vor Behandlungsbeginn) konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich aller Messinstrumente ermittelt werden (Bohus et al., 2004). Innerhalb der Gruppe konnten die DBT Behandelten signifikante Verbesserungen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt in fast allen getesteten Bereichen zeigen (Bohus et al., 2004). Im Vergleich zur Wartelistengruppe konnte die DBT Gruppe im zweiten Messpunkt deutlich mehr auf selbstverletzendes Verhalten verzichten (62% DBT und 31% WL). Aus diesen Ergebnissen zeigte sich eine signifikante Verbesserung in der Reduktion von selbstverletzendem Verhalten in der Gruppe, die mit DBT behandelt wurden. Die Autoren schließen daraus, dass ein Nichtwirken der dialektischen Verhaltenstherapie auszuschließen ist (Bohus et al., 2004). Jedoch wird die Notwendigkeit weiterer Forschung zur Wirksamkeit des Fertigkeitstrainings ohne individuelle Therapie angemerkt (Bohus et al., 2004).

Eine Studie von Kröger et al. (2006) stellt in keinem Messinstrument die Reduktion von selbstverletzendem Verhalten dar, unterstützt aber die meisten Ergebnisse zur Wirksamkeit der DBT in verschiedenen Bereichen (Verbesserung in Psychopathologie und depressiver Symptomatik) aus den Studien von Bohus et al. (2000, 2004). In der „[...] Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen“ geben die Autoren Kröger und Kosfelder (2007) einen Überblick über die durchschnittliche Wirksamkeit der bisherigen Studien. Sie untersuchten insbesondere die Fragestellung, ob es signifikante Unterschiede bei der Wirksamkeit im ambulanten und stationären Setting gibt (Kröger und Kosfelder, 2007). Hierzu führten sie eine Recherche in den Datenbanken PsychInfo, Medline, Social Citations Index und Pubmed durch und schlossen Studien ein, die:

- veröffentlicht wurden,
- Teilnehmer mit der Diagnose BPS rekrutiert hatten,
- eine manualisierte DBT Behandlung durchführten und
- eine multimodale Erfolgsmessung mit mindestens 4 Messinstrumenten vorwiesen (Kröger und Kosfelder, 2007).

Insgesamt wurden 20 Studien gefunden, von denen zehn den beschriebenen Kriterien entsprachen (Kröger und Kosfelder, 2007). Es wurden drei Ebenen

der Wirksamkeit festgestellt: Reduktion impulsiven selbstschädigenden Verhaltens, soziale Anpassung und Rückgang der Symptomatik (Kröger und Kosfelder, 2007). Keine der zehn Primärstudien ergab Verbesserungen in allen drei Bereichen und es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Effektgrößen im ambulanten und stationären Setting erzielt werden (Kröger und Kosfelder, 2007). Aus diesen Ergebnissen schlussfolgern die Autoren eine bewiesene Wirksamkeit der DBT bei Borderline Patienten und eine gute Adaptation des Konzeptes in der stationären Praxis (Kröger und Kosfelder, 2007).

Alle vorgestellten Studienergebnisse unterlagen vielen Limitationen und Verzerrungsrisiken (Bias-Risiken) (Balschem et al., 2011), die die Qualität und Aussagekraft deutlich beeinträchtigen, wie in der Tabelle 3.2 dargestellt:

Tabelle 3.2: Qualität und Aussagekraft der vorgestellten Studien (Anhang A.10)

	Bohus et al., 2000	Bohus et al., 2004	Kröger und Kosfelder, 2007
Selektions-Bias	Unklares Risiko	Keine randomisierte Zuordnung der Gruppen. Keine verblindete Zuordnung	Geringes Bias Risiko
Durchführungs-Bias	Unklares Risiko	WL Gruppe sucht individuelle, nicht spezielle Behandlung/keine Vergleichbarkeit der Gruppenteilnehmer	Eingeschlossene Studien weisen hohen Durchführungs-Bias auf
Informations-Bias	Es ist nicht bekannt, ob Ergebnisse von Unbeteiligten ausgewertet werden	Unklares Risiko	Unklares Risiko der eingeschlossenen Studien

3 *Dialektische Verhaltenstherapie nach Linehan*

Attrition-Bias	Es sind mehr als 20% der Teilnehmer vorzeitig ausgeschieden (22%)	Es sind mehr als 20% vorzeitig ausgeschieden (22%)	Hohes Risiko der eingeschlossenen Studien, DropOut Minimum 12%, Maximum 37%; Durchschnitt 22,8%
Publikations-Bias	Unklares Risiko	Geringes Risiko	Unklares Risiko
Präzision der Ergebnisse	Geringe Stichprobenzahl	Geringe Stichprobenzahl	Geringe Zahl der Untersuchungen
Aussagekraft	Niedrige Aussagekraft	Niedrige Aussagekraft	Niedrige Aussagekraft

Aus den dargestellten Studienergebnissen ist zu erschließen, dass eine Nichtwirksamkeit der stationären dialektischen Verhaltenstherapie ausgeschlossen werden kann (Bohus et al., 2004). Jedoch fehlt eine Darstellung der Wirksamkeit einzelner Elemente der DBT, insbesondere die Effektivität des stationären Fertigkeitstrainings (Bohus et al., 2004). Des Weiteren fehlen Ergebnisse zur Wirksamkeit des Moduls Stresstoleranz zur akuten Krisenbewältigung. In dieser Arbeit wird, aufgrund der dargestellten Ergebnisse, die Hypothese aufgestellt, dass eine Tendenz zur Reduzierung von parasuizidalem Verhalten durch das Modul Stresstoleranz im akuten stationären Setting anzunehmen ist.

Aufbauend auf beschriebenen Studien, früheren Forschungsarbeiten von Linehan et al. (1993, 1999) und der Veröffentlichung des Buches von Linehan zur detaillierten Beschreibung der DBT Behandlung (Linehan, 2006), wuchs das Interesse an dem Behandlungsprogramm in den verschiedensten Patientengruppen rapide an (Wisniewski und Kelly, 2003). Insbesondere der Nutzen der DBT bei der Behandlung von Essstörungen wurde Ende der 90er Jahre zum Thema zahlreicher Nachforschungen von Telch et al. (2000, 2001), deren Anpassungsvorschläge und Studienergebnisse im nachfolgenden Abschnitt dargestellt werden.

4 Übertragbarkeit des Moduls Stresstoleranz

4.1 Essstörungen

Angepasst wurde das DBT Konzept auf die Erkrankungen Binge Eating Störung (BED) (Telch et al., 2000) und Bulimia nervosa (BN) (Telch et al., 2001). Die Untersuchungen zeigten, dass 20 Gruppen Sitzungen helfen die Essstörungssymptomatik zu verringern (Wisniewski und Kelly, 2003). Patienten mit einer Essstörung haben oft Schwierigkeiten in der Emotionsregulierung, Umgang mit Ernährung und Bewältigung von emotionaler Vulnerabilität (Telch et al., 2000). Aus Sicht der DBT haben betroffene Personen mangelnde Fähigkeiten, um bestehende Probleme zu lösen und ersetzen diese Unfähigkeit durch problematische Verhaltensweisen, wie Essattacken oder Übergeben nach Nahrungseinnahme (Wisniewski und Kelly, 2003). In der angepassten biosozialen Theorie wird Essstörung als Unfähigkeit Emotionen zu regulieren beschrieben, insbesondere bei BED und BN besteht eine Unbeherrschbarkeit der Gefühle (Wisniewski und Kelly, 2003). Die Patienten leiden unter dieser emotionalen Belastung und suchen in ihrer Umgebung Schutz und Unterstützung (Wisniewski und Kelly, 2003). Das „invalidierende“ Umfeld kann, wie bei der BPS, falsche, zu extreme Reaktionen auf problematische Verhaltensweisen der betroffenen Person entgegenbringen, was im Laufe der kognitiven Entwicklung zu einer Dysregulation des Essensverhaltens führt (Wisniewski und Kelly, 2003). Das dialektische Dilemma liegt zwischen Essen und fehlendem Ernährungsplan, was sich besonders in der Übersteuerung des Essverhaltens durch Überwachen des Essens, Kalorien zählen, übermäßigem Wiegen, Essen vermeiden oder obsessiven Gedanken um das Essen darstellt (Wisniewski und Kelly, 2003). Ziel der Behandlung mit DBT ist es, einen Mittelweg des extremen Umgangs mit Lebensmitteln zu finden und eine Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung herzustellen (Wisniewski und Kelly, 2003). Wie bei der Be-

handlung von BPS mit DBT sind die Behandlungsziele klar hierarchisiert und der Therapeut hat die Aufgabe, diese Prioritätensetzung darzustellen und gegenüber dem Patienten zu begründen (Wisniewski und Kelly, 2003). Behandlungsziele sind (Wiser und Telch, 1999):

1. Reduktion lebensbedrohlicher Verhaltensweisen
2. Reduktion therapiestörender Verhaltensweisen
3. Reduktion Lebensqualität beeinflussender Verhaltensweisen

Um diese Ziele zu erreichen, beinhaltet die Behandlung 20 wöchentliche Gruppentherapie Sitzungen und individuelle Psychotherapie (Safer et al., 2001). Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer wurden die Module des Fertigkeitstrainings von ursprünglich vier (Achtsamkeit, Interpersonelle Wirksamkeit, Emotionsregulierung, Stresstoleranz)(Linehan, 2006) auf drei Module verkürzt: Achtsamkeit, Emotionsregulierung und Stresstoleranz (Telch et al., 2001). In den ersten ein bis zwei Sitzungen wird den Patienten das DBT Konzept näher gebracht und der Zusammenhang zwischen dysfunktionalem Essverhalten und Dysfunktion der Emotionsregulierung deutlich gemacht (Safer et al., 2001). Die Verhaltensanalyse ist in jedem Modul integriert. In den nächsten drei bis fünf Sitzungen schließt sich das Modul der Achtsamkeit an, indem der Patient durch verschiedene Übungen lernt, Emotionen wahrzunehmen und zu erleben, ohne das Gefühl zu haben diese Gefühle durch gestörtes Essverhalten zu verdrängen (Safer et al., 2001). Das darauffolgende Modul Emotionsregulierung (Sitzung sechs bis zwölf) zielt darauf, Verständnis für die Funktion von Gefühlen aufzubauen und eine Reduzierung der Vulnerabilität bei intensiven Gefühlen herzustellen (Safer et al., 2001). Das Modul Stresstoleranz dient, wie bei der BPS, zur Vermittlung von Fertigkeiten zur Bewältigung krisenhafter Situationen und verlangt eine radikale Akzeptanz der bestehenden Situation vom Patienten (Wiser und Telch, 1999). In sechs Sitzungen werden eine Vielzahl von Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt (Tabelle 4.1).

In der Therapie ist es wichtig, dass alle Bewältigungsversuche des Patienten vom Therapeuten hervorgehoben werden und so viele Fertigkeiten zur Verfügung gestellt werden, um die Effektivsten ermitteln zu können (Wiser und Telch, 1999). In den letzten Sitzungen werden nochmals alle erlernten Skills überprüft, um eine weitere Einbindung der Fertigkeiten im alltäglichen Leben

4 Übertragbarkeit des Moduls Stresstoleranz

Tabelle 4.1: Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie (Wiser und Telch, 1999).

Techniken	Mögliche Umsetzung
Ablenkungstechniken	Hobbys nachgehen, Briefe schreiben, Gespräche suchen, mit Freunden treffen
Beruhigungstechniken	Brennende Kerze beobachten, Tee oder Kaffee trinken, ruhige Musik hören
Den Moment verbessern	Sinn an der bestehenden, problematischen Situation finden, spirituelle Gedanken
Pro und Contra	Welche Vor- und Nachteile können Reaktionen auf die Situation hervorbringen

zu sichern (Safer et al., 2001). Während der gesamten Therapiezeit müssen die Patienten zusätzlich täglich eine Tagebuch Karte ausfüllen, zur Überwachung der eigenen Verhaltensweisen im Bezug auf Emotionen (Wisniewski und Kelly, 2003). In der Literatur ließen sich ausschließlich Artikel zur Anwendung der DBT bei der Binge Eating Störung und Bulimie finden. Bei Anorexia nervosa Patienten liegt die Hauptproblematik nicht in der Schwierigkeit Emotionen zu identifizieren und bewusst zu machen, sondern in der extremen Vermeidung von Emotionen und emotionalem Ausdruck, was eine mögliche Begründung für die fehlende Anwendung der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Magersucht sein kann (Wisniewski und Kelly, 2003). Im nachfolgenden Abschnitt sind Studien beschrieben, die die Wirksamkeit des DBT Konzeptes für Essstörungen im ambulanten Setting untersuchen.

Um einen Hinweis zur Wirksamkeit des Stresstoleranzmodul zu erhalten, werden vor allem die Effekte im Bereich der Reduzierung von essgestörtem Verhalten (Essattacken, Essen erbrechen) beschrieben.

In dem Fallbericht von Safer et al. (2001) beschreibt eine 36-jährige Bulimie Patientin von ihren Erfahrungen zur Wirksamkeit der DBT nach einer 20 wöchigen ambulanten Behandlung. Die Patientin wurde von der Autorin Debra L. Safer nach dem oben beschriebenen Behandlungskonzept therapeutisch betreut (Safer et al., 2001). Vor Beginn der Therapie berichtete die Patientin von mindestens 25 bulimischen Episoden und 21maligem bewussten Erbrechen in den

vorherigen 28 Tagen (Safer et al., 2001). Die Teilnehmerin hatte zuvor bereits zwei Jahre Erfahrungen in verschiedenen Therapiekonzepten machen können, jedoch ohne Erfolg hinsichtlich ihrer Symptomatik (Safer et al., 2001). Bis zur fünften Behandlungswoche zeigte sich ein Rückgang der Ess-/Brechattacken und danach ein gänzlicher Verlust des problematischen Verhaltens (Safer et al., 2001). Die Patientin berichtet von einer hilfreichen Behandlungsalternative, die auch nach sechs Monaten bei der Reduzierung der Ess-/Brechattacken (vier Attacken in sechs Monate nach Therapieende) Unterstützung durch die gelernten Skills lieferte (Safer et al., 2001). Diese positiven Erkenntnisse aus dem Fallbericht sollen weitere Forschungen anregen (Safer et al., 2001).

Eine der ersten Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit von DBT bei der Binge Eating Störung ist von Telch et al. (2000). Die Autoren rekrutierten Teilnehmer über Zeitungsanzeigen, die eine kostenlose Behandlung für Frauen mit einer diagnostizierten BED nach DSM-IV an der Universität Stanford versprach (Telch et al., 2000). Insgesamt meldeten sich 113 Personen, von denen 93 Frauen kontaktiert wurden und ein erstes Telefonscreening stattfand (Telch et al., 2000). Eingeschlossen wurden Personen mit BED, die zwischen 18 und 65 Jahren alt waren. Ausschlusskriterien waren: aktuelle Psychotherapie, Verwendung von Psychopharmaka, Substanzmissbrauch, Suizidalität und bestehende Psychose. 74 Frauen konnten nach dem ersten Screening ausgeschlossen werden (Telch et al., 2000). Die restlichen 19 Personen wurden zu klinischen Interviews, zur Prüfung der Teilnahmefähigkeit eingeladen, von denen weitere acht Frauen ausgeschlossen werden konnten. Somit ergab sich eine Stichprobe von elf Frauen, die das DBT Konzept im Detail beschrieben bekommen haben und eine Einverständniserklärung zur Teilnahme unterzeichnet haben (Telch et al., 2000). Das durchschnittliche Alter betrug 45 Jahre und die durchschnittliche Dauer der Krankheitssymptome betrug 26,5 Jahre (Telch et al., 2000). Die Erhebung der Messinstrumente fand vor Beginn der Behandlung statt, nach Beendigung der Therapie und nach drei und sechs Monaten durch telefonische Kontakte mit den Teilnehmern (Telch et al., 2000). Die Frauen wurden in 20 Sitzungen nach dem oben beschriebenen Behandlungskonzept betreut. Alle elf Teilnehmer schlossen die Behandlung ab und konnten in der Reduktion der Tage und Episoden des problematischen Essverhaltens deutliche Verbesserungen zeigen. Durchschnittlich 11,8 Tage im Monat traten essgestörte Verhaltensweisen bei den Teilnehmern vor Behandlung auf und konnten durch die Therapie mit DBT auf 1,8 Tage nach Behandlung reduziert

werden (Telch et al., 2000). Zehn von elf Frauen nahmen an der telefonischen Erhebung nach drei und sechs Monaten teil und acht von zehn berichteten auch nach drei Monaten keine weiteren Essattacken gehabt zu haben (Telch et al., 2000). Sieben Frauen (70%) konnten diesen Erfolg auch nach sechs Monaten beibehalten. Die Autoren sehen dieses Ergebnis als einen wesentlichen Fortschritt in der Entwicklung eines geeigneten Behandlungskonzeptes für BED Erkrankte und unterstützen weitere kontrollierte Studien über die Wirksamkeit der DBT (Telch et al., 2000).

Eine kontrolliert randomisierte Studie folgte von Telch et al. bereits 2001, in welcher 44 Frauen mit einer diagnostizierten BED nach DSM-IV eingeschlossen werden konnten (Telch et al., 2001). Die Teilnehmer wurden über eine Zeitschriftenanzeige rekrutiert und sollten die folgenden Einschlusskriterien erfüllen: weiblich, zwischen 18 und 65 Jahren und eine diagnostizierte BED (Telch et al., 2001). Nach einem telefonischen Screening konnten 377 von 465 Personen ausgeschlossen werden und bei einer weiteren Einschätzung der Bewerber, bei einem klinischen Interview, wurden weitere 44 aufgrund folgender Ausschlusskriterien vernachlässigt: aktuelle Psychotherapie, Substanzmissbrauch, Suizidalität, Psychosen und Schwangerschaft (Telch et al., 2001). Nach der randomisierten Zuteilung der 44 Frauen schieden weitere vier in der DBT Behandlungsgruppe und sechs in der Warteliste Gruppe aus. Die DBT Behandlung erfolgte, wie auch in den Studien zuvor, nach dem oben beschriebenen Therapiekonzept (Wiser und Telch, 1999) und wurde unter der therapeutischen Leitung von Christy F. Telch durchgeführt (Telch et al., 2001). Die Teilnehmer auf der Warteliste erhielten keine weiteren therapeutischen Maßnahmen. In vier Messzeitpunkten (vor der Behandlung, nach der Behandlung, drei und sechs Monate nach Beendigung) wurden zahlreiche Messinstrumente (SCID-1, SCID-2, ESS, BDI, PANAS, NMR, EDE) erhoben, speziell die Effektgrößen der Tage und Episoden von Essattacken (Telch et al., 2001). Das Durchschnittsalter aller Teilnehmer betrug 50 Jahre und es ließen sich zu Beginn der Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich aller Messinstrumente feststellen (Telch et al., 2001). Am Ende der Behandlung sind in beiden Gruppen signifikante Verbesserungen in den Tagen und Episoden der Essattacken dargestellt. In der DBT Gruppe konnte die durchschnittliche Zahl der Tage (10,5) vor Beginn der Behandlung auf null Tage nach der Therapie gesenkt werden, in der Warteliste Gruppe von 14,5 Tagen auf zehn Tage (Telch et al., 2001). Diese Ergebnisse stützen die Annahmen aus der Studie von Telch

et al. (2000) und zeigen eine Effektivität des DBT Konzeptes bei BED im Vergleich zu einer nicht-behandelten Gruppe (Telch et al., 2001).

Aus diesen Studien ist es schwer eine Effektivität des Modules Stresstoleranz bei Essstörungen abzuleiten. Die Studien fanden im ambulanten Setting statt und wiesen geringe Stichprobengrößen auf. Jedoch wird der Nutzen und die Notwendigkeit weiterer Forschung spezieller Elemente des Behandlungskonzeptes für Essstörungen deutlich und zeigt eine gute Behandlungsalternative für Erkrankte auf (Telch et al., 2000, 2001).

4.2 Depressionen

Der Artikel von Harley et al. (2008) beschreibt die vorläufige Entwicklung und Auswertung einer dialektischen Verhaltenstherapie angepasst auf depressive Symptome im ambulanten Setting, bei denen Antidepressiva nicht den gewünschten Rückgang der Symptome erzielt haben (Harley et al., 2008). Die DBT Behandlung befasst sich mit den Modulen Achtsamkeit, Funktionalität, Emotionsregulierung und Stresstoleranz in 16 Wochen und orientiert sich inhaltlich an dem Behandlungsmanual von Linehan (2006) zum Fertigkeitstraining (Harley et al., 2008). Die Skillsgruppe wird von zwei Psychologen geleitet, die eine intensive Ausbildung im DBT Konzept absolviert haben (Harley et al., 2008). Eine Sitzung beginnt mit Achtsamkeitsübungen, der Vermittlung neuer Theorien und endet mit der Darstellung der Hausaufgaben (Feldman et al., 2009). Es wird bei Patienten mit Depressionen von einer emotionalen Dysfunktion ausgegangen, das heißt der Versuch Emotionen zu verstehen, entgleist den Patienten und führt zu einer Überwältigung von Gefühlen, die dann nicht mehr zu kontrollieren sind und zu negativen Gefühlen führen (Feldman et al., 2009). Diese Dysfunktion soll durch die Vermittlung zielgerichteter Fertigkeiten zur Emotionsregulierung und Stresstoleranz behoben werden (Harley et al., 2008). Die Inhalte und Strukturierungen einer individuellen Einzeltherapie werden nicht näher beschrieben.

In der verblindet randomisierten Studie von Harley et al. (2008) soll die Machbarkeit des Behandlungskonzeptes dargestellt werden (Tabelle 4.2). Durch eine Überweisung zum Massachusetts General Hospital (ambulante Psychiatrie) wurden 31 Teilnehmer unter den folgenden Einschlusskriterien rekrutiert: Alter

Tabelle 4.2: Studienübersicht: Depression

Studie	Design	Messpkt.	Stpg.	A-∅	σ/φ	Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien	Dropout	Methode
• Harley et al. 2008	• nRCT	• Studienbeginn	• 11	• 45	• 100% φ	• Aktuelle Psychotherapie	• Zwischen 18 und 65 Jahren	• 0%	• SCID-1
		• Nach Behandlung 3 Monate				• Verwendung Psychopharmaka	• BED nach DSM-IV		• SCID-2
		• 6 Monate				• Substanzmissbrauch			• BES
						• Suizidalität			• EES
						• Psychose			• RSE
									• BDI
									• PANAS
									• NMR
									• EDE
• Feldmann et al. 2009	• RCT	• Studienbeginn	• 44	• 50	• 100% φ	• Aktuelle Psychotherapie	• Zwischen 18 und 65 Jahren	• 22,7%	• SCID-1
		• Nach Behandlung 3 Monate				• Verwendung Psychopharmaka	• BED nach DSM-IV		• SCID-2
		• 6 Monate				• Substanzmissbrauch			• EES
						• Suizidalität			• RSE
						• Psychose			• BDI
						• Schwangerschaft			• PANAS
									• NMR

Stpg. = Stichprobengröße; A-∅ = Altersdurchschnitt; σ/φ = Geschlecht; *Studien

zwischen 18 bis 65 Jahren, diagnostizierte Depression nach DSM-IV, Teilnehmer sind unter psychiatrischer Beobachtung, medikamentös stabile Behandlung vor Studieneintritt und keine Veränderung der Dosierung in den letzten sechs Wochen. Ausgeschlossen wurden Bewerber, die an einer bipolaren Störung, psychotischer Erkrankung, Substanzmissbrauch, geistiger Behinderung, aktiver Suizidalität, tiefgreifender Entwicklungsstörungen oder an BPS leiden und Erfahrungen mit kognitiven Verhaltenstherapien hatten (Harley et al., 2008). Demnach konnten nach einem klinischen Interview sieben Teilnehmer ausgeschlossen und 24 eingeschlossen werden (Harley et al., 2008). Die angestrebten Assessments (HAM-D, BDI, LIFE-RIFT, SOS-10, SAS-SR) wurden vor Beginn der Behandlung und 16 Wochen danach erhoben. Um eine Wirksamkeit des Moduls Stresstoleranz ableiten zu können, muss zunächst definiert werden, wie sich krisenhaftes Verhalten in der Depression darstellt. Das Deutsche Bündnis gegen Depression e.V. definiert eine Krise bei depressiven Personen, als bedrohlichen Charakter mit eingeschränkter Wahrnehmung und Handlungsfähigkeit bis hin zur Suizidalität (Deutsches Bündnis gegen Depression e. V., 2012). In den vorliegenden Studien zeigt kein Messinstrument den Effekt der Skills in krisenhaften Situationen (Tabelle 4.2), daher soll allgemein die Wirksamkeit des DBT Konzeptes dargestellt werden. In der DBT Behandlungsgruppe waren 13 Teilnehmer und elf in der Warteliste Gruppe, das durchschnittliche Alter betrug 41,8 Jahre und 75% der Teilnehmer waren weiblich (18 Teilnehmer) (Harley et al., 2008). Zu Beginn der Studie lag der durchschnittliche HAM-D Wert bei 17,29, was eine leichte bis mittelschwere Ausprägung depressiver Symptome bedeutet (Harley et al., 2008). Insgesamt 19 Teilnehmer haben die 16 Wochen Therapie abgeschlossen, fünf sind vorzeitig ausgestiegen (drei in der DBT Gruppe, zwei WL Gruppe). Im Zeitraum der Behandlungswochen null bis 16 konnte die DBT Gruppe eine signifikant größere Verbesserung der depressiven Symptomatik mit einem niedrigeren HAM-D Wert von 11,30 im Vergleich zur Warteliste Gruppe (HAM-D= 17,11) erzielen (Harley et al., 2008). Aufgrund dieser Ergebnisse bestätigen die Autoren die Wirksamkeit der DBT Behandlung für depressive Patienten als Ergänzung zur medikamentösen Therapie (Harley et al., 2008) und unterstützen vorangegangene Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit der DBT bei älteren depressiv Erkrankten (Lynch et al., 2002, 2003).

Eine weitere Studie zur Anpassung der dialektischen Verhaltenstherapie für depressive Personen wurde Feldman et al. (2009) veröffentlicht. Diese For-

schungsarbeit basiert auf der Pilot Studie von Harley et al. (2008). Auffallend ist, dass die exakt gleiche Rekrutierung, gleiche Stichprobe, gleiche Ausstiegsraten, gleiche Teilnehmer Kennzeichen (Alter, Geschlecht) und gleiche HAM-D Verbesserungen von Woche null zu Woche 16 beschrieben werden (Feldman et al., 2009). Es ist anzunehmen, dass es sich in beiden Studien um die gleiche Teilnehmer Gruppe handelt und die Studie von Feldman eine ergänzende Untersuchung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen depressiver Symptomatik und emotionaler Verarbeitung (EAC – Emotional Approach Coping) darstellt. Einen genauen Hinweis auf diese Annahme erhält man jedoch nicht aus der Forschungsarbeit (Feldman et al., 2009). Somit ist festzuhalten, dass die Studie 19 Teilnehmer einschloss (zehn DBT, neun WL), die nach den oben beschriebenen Anpassungen der DBT an Depressionen 16 Wochen behandelt wurden und vor Beginn und nach Ende der 16ten Woche die gleiche Verbesserung des HAM-D Wertes aufwiesen (Feldman et al., 2009).

Im Bereich der emotionalen Verarbeitung zeigte die DBT Gruppe eine erhebliche Steigerung von Woche null bis Woche 16 im Vergleich zur WL Gruppe (Feldman et al., 2009). Des Weiteren konnte in der DBT behandelten Gruppe festgestellt werden, dass durch verbesserte emotionale Verarbeitung der Teilnehmer, die depressive Symptomatik sinkt und somit ein direkter Zusammenhang gezeigt werden konnte (Feldman et al., 2009). Das Ergebnis steht unter der starken Limitierung der Stichprobengröße und der fehlenden Einheitlichkeit in der individuellen Psychotherapie der Teilnehmer (Feldman et al., 2009). Insgesamt gehen die Autoren nach ihrer Analyse davon aus, dass die zentralen Module für die Behandlung von Depressionen mit dialektischer Verhaltenstherapie Achtsamkeit und Akzeptanz sind (Feldman et al., 2009). Diese Ergebnisgrundlage macht es schwer von einem eindeutigen Beweis zur Wirksamkeit der DBT bei Depressionen zu sprechen, da es sich allem Anschein nach um dieselbe Teilnehmergruppe handelt. Daher kann man von einer Tendenz sprechen, welche jedoch durch größere und aussagekräftigere Forschungsarbeiten überprüft werden muss (Harley et al., 2008; Feldman et al., 2009). Um einen weiteren Hinweis zur Übertragung des Moduls Stresstoleranz auf weitere Krisensituationen zu erhalten, werden im nachfolgenden Abschnitt die Ergebnisse aus den Experteninterviews dargestellt.

5 Ergebnisse der Experteninterviews

Bei der Durchführung der Experteninterviews fiel auf, dass jeder Experte den Begriff DBT und Skillstraining kannte, unabhängig davon, ob auf der Station danach gearbeitet wurde oder nicht. Zwei Stationen für Borderline-Persönlichkeitsstörungen gaben bei dem Telefongespräch an, Teile aus dem DBT Konzept anzuwenden. Bei den Gesprächen stellte sich jedoch heraus, dass alle vier befragten Stationen Teile aus dem Therapiekonzept anwenden. Zunächst sollen die Ergebnisse der Stationen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben werden.

Beide Stationen wenden das Konzept nicht in vollem Umfang an, sondern suchen einen Weg, mit Hilfe der dialektischen Verhaltenstherapie, ihre Patienten von den Pflegekräften unterstützen zu lassen. (Anhang B.3, Z. 65ff)(Anhang B.4, Z. 5f). Deshalb leiten Pflegekräfte die Skillsgruppe und führen Bezugspflegetgespräche durch (Anhang B.3, Z. 135f). Die weitere Einbindung der DBT bei Therapeuten und Ärzten der Station ist nicht bekannt. Die Skillsgruppen verfolgen das Ziel, dem Patienten in der kurzen stationären Behandlung Fertigkeiten zu vermitteln, um Anspannungszustände zu bewältigen und selbstverletzendes Verhalten zu vermeiden (Anhang B.3, Z. 4f). Hierbei soll besonders der Einsatz der Verhaltensanalyse unterstützendes Mittel sein (Anhang B.3, Z. 8)(Anhang B.4, Z. 85ff). Jeder Patient soll in der Lage sein, seine Anspannung selbst einschätzen zu können und problematische Verhaltensweisen durch erlernte Fertigkeiten zu ersetzen (Anhang B.3, Z. 27f). Als kritische Verhaltensweisen oder Krisenzustände bezeichnen die Stationen für Borderline Patienten Handlungsunfähigkeit, Schlaflosigkeit, Ängste, fehlende Tagesstruktur und Grübeln (Anhang B.3, Z. 90ff)(Anhang B.4, Z. 125ff). Die stärkste Ausdrucksform von emotionaler Dysfunktion stellt dann das selbstverletzende und suizidale Verhalten dar (Anhang B.3, Z. 90ff). Im stationären Bereich reagiert das Personal auf eine Selbstverletzung eher nüchtern und abgegrenzt, damit der Patienten nicht Aufmerksamkeit und Zuwendung mit selbstverletzendem Verhalten kombiniert (Anhang B.4, Z. 157ff). Diese Grundhaltung beschreibt

auch Linehan (2006) in ihrem Trainingsmanual zur Dialektisch Behavioralen Therapie. Je nach Anspannungsgrad der Patienten wählt das Fachpersonal geeignete Techniken aus, wie bei einem hohen Anspannungsgrad den Notfallkoffer, indem eine Vielzahl von Skills vorhanden sind, von denen der Patient dann einfach einige ausprobieren kann (Anhang B.3, Z. 19ff). Wenn der Patient nicht in der Lage ist Skills selbstständig aus dem Koffer anzuwenden, signalisiert das Fachpersonal Gesprächsbereitschaft und es wird gemeinsam nach geeigneten Fertigkeiten gesucht, zum Beispiel Sport (Box Sack), Ammoniak (sinnesbezogene Reize) oder Schmerzreize durch ein Gummiband (Anhang B.3, Z. 31f). Nach jeder krisenhaften Situation ist ein Selbstbeobachtungsbogen auszufüllen, um die Situation, den Anspannungsgrad und die ergriffenen Bewältigungsstrategien darzustellen (Anhang B.4, Z. 95ff). Diese Auswertung findet meistens in einem Bezugspflegegespräch statt. Insgesamt fällt durch das Gespräch mit den Experten auf, dass die Betreuung von Borderline Patienten im stationären Setting durch die Pflege den Fokus auf das Modul Stresstoleranz legt. Es fließen zwar einzelne Elemente aus den anderen Modulen ein, wie Achtsamkeitsübungen, aber aufgrund der Kürze der Behandlung liegt der Schwerpunkt darauf, den Patienten Fertigkeiten zur Bewältigung des Alltages mit anbahnenden Krisen zur Verfügung zu stellen. Ein weiterer wichtiger Punkt im DBT Konzept ist die Ausbildung und Vorbereitung der Mitarbeiter. Die dialektische Verhaltenstherapie verlangt eine hohe fachliche Kompetenz und Einsatz, der erforderlich ist, um das Behandlungskonzept erfolgreich anzuwenden (Linehan, 2006). In beiden Experteninterviews auf den Stationen für Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden Einarbeitungsmappen beschrieben, die neues Personal bei der Arbeit mit der Therapie vorbereiten sollen (Anhang B.3, Z. 74f). Ansonsten gibt es keinerlei Schulungen oder Seminare, die die DBT erklären oder auf Krisensituationen vorbereiten. Insgesamt sehen beide Stationen einen großen Nutzen des Skillstrainings für Patient und Pflegekraft.

Das dritte Interview fand auf einer akutpsychiatrischen Station mit dem Schwerpunkt Depression statt. Der Experte beschrieb eine Frau unbekanntes Alters, die bereits mehrere depressive Episoden erlebt hat und sich vor dem unfreiwilligen stationären Aufenthalt versucht hatte umzubringen (Anhang B.5, Z. 19f). Die Patientin hatte sich zu Hause versteckt, ist nicht mehr aus dem Bett aufgestanden und verweigerte die Nahrungsaufnahme (Anhang B.5, Z. 20ff). Ursache für diese depressive Episode soll ein Todesfall und Wechsel der Arbeitsstelle gewesen sein (Anhang B.5, Z. 32ff, 38). Die Patientin war nicht in

der Lage sich selbst in der Krise zu helfen und sammelte ihre verordneten Tabletten. Nach über einem Jahr Krankschreibung verlor die Patientin den Sinn und den Mut im Leben und unternahm mit den gesammelten Medikamenten einen Suizidversuch (Anhang B.5, Z. 41f, 54). In diesem Zustand kam die depressiv Erkrankte auf die Station. Die Expertin beschreibt eine Krise als deutliche Verschlechterung des Zustandes mit starker Antriebslosigkeit bis hin zu wahnhaften Störungen (Anhang B.5, Z. 7, 9ff). Diese Krisenzeichen sind sehr schleichend und schwer von einem Patienten wahrzunehmen (Anhang B.5, Z. 243ff). Daraus ergibt sich das primäre Ziel der Behandlung: Steigerung der Motivation und des Antriebes (Anhang B.5, Z. 65ff). Dem Patienten soll es möglich sein seinen Alltag wieder selbstständig zu gestalten und zu bewältigen (Anhang B.5, Z. 65ff). Das Fachpersonal sucht bei Patienten in einer Krise viel Kontakt und versucht zu motivieren (Anhang B.5, Z. 68ff). Der Einsatz von Skills wird in diesem Zusammenhang nicht beschrieben, da die Verwendung von Fertigkeiten durch den fehlenden Antrieb des Patienten unwahrscheinlich ist (Anhang B.5, Z. 230ff). Der Schwerpunkt in der Behandlung liegt vielmehr auf der modulhaften Psychoedukation, in der Auswirkungen von Symptomen und Fertigkeiten zur Krisenprävention besprochen werden, wie zum Beispiel etwas Gutes für sich selbst zu tun (Aroma Bad) (Anhang B.5, Z. 117f, 123ff, 132, 217ff). Diese Vorgehensweise bestätigt die Vermutung der Studie von Feldman et al. (2009), dass die zentralen Elemente der Behandlung von depressiven Personen die Module Achtsamkeit und Akzeptanz seien. In der Vorbereitung und Schulung des Personals legt der befragte Experte sehr viel Wert auf Eigenengagement, um die geforderten Fachkenntnisse zu erwerben (Anhang B.5, Z. 157ff). Für neue Mitarbeiter gibt es auch, wie auf den Stationen für Borderline Patienten, eine Einarbeitungsmappe, die auf die entstehenden Arbeitsbedingungen vorbereiten sollen (Anhang B.5, Z. 162ff). Schulungen werden nicht angeboten. Aus diesem Experteninterview und den beschriebenen Studien in Kapitel 4.2 zeigt sich kein Nutzen des Modules Stresstoleranz für depressive Patienten in akuten Krisensituationen. Der Experte stellt die Hypothese auf, dass höchstens Patienten mit fortgeschrittener Therapiefähigkeit einen Nutzen aus dem Modul ziehen könnten (Anhang B.5, Z. 237ff).

Das vierte Interview fand in einer Abteilung für Essstörungen statt, die nicht mit dem DBT Konzept arbeiten. Der Begriff Krise bedeutet bei der Erkrankung Essstörung, Heißhunger Attacken, emotionale Dysregulation von Trauer und Ängsten, Anspannungszustände, suizidale Krisen oder bei Patienten des

Krankheitsbildes Anorexia nervosa der Versuch sich zu Tode zu hungern (Anhang B.6, Z. 3ff). Der Experte beschreibt eine krisenhafte Situation auf der Station bei der eine Patientin weinend und angespannt zu den Therapeuten kommt, um Unterstützung in ihrer scheinbar ausweglosen Lage zu erhalten (Anhang B.6, Z. 17). Es kommt auch vor, dass krisenhaftes Verhalten bei Patienten in der Gruppe oder auf dem Flur von Personal beobachtet wird (Anhang B.6, Z. 14ff). Das Fachpersonal sucht dann das Gespräch mit dem Betroffenen und versucht den Krisenanlass zu ermitteln (Anhang B.6, Z. 18f). Wenn sich der Patient in hoher Anspannung befindet, wird zuerst auf Skills zurückgegriffen, die beruhigend oder ablenkend wirken (Anhang B.6, Z. 19ff). Nach dem „Skillen“ kann dann eine Analyse der Krise stattfinden, indem die Situation vom Patienten dargestellt wird und mögliche Unterstützungsangebote evaluiert werden (Anhang B.6, Z. 25f). Der Experte stellt heraus, dass bei krisenhaften Zuständen der Bezugstherapeut erster Ansprechpartner für den Erkrankten ist, nur in suizidalen Krisen wird die Teamleitung (Leitende/r Psychologe/In) hinzugezogen (Anhang B.6, Z. 29f). Pflegekräfte stehen nur zur Verfügung, wenn kein Therapeut für den Patienten zugänglich ist (Anhang B.6, Z. 34ff). Die Behandlung und Vorbereitung der Patienten orientiert sich an der kognitiven Verhaltenstherapie (Anhang B.6, Z. 63). Zeigen Patienten Schwierigkeiten in der Anspannungs- oder Emotionsregulierung erhalten sie zusätzlich ein individuelles Fertigkeitstraining durch den Therapeuten oder Co-Therapeuten (speziell geschulte Pflegekraft), indem die Skillsliste nach Linehan durchgegangen wird und drei bis fünf Fertigkeiten in einer bestimmten Wirksamkeitsabfolge, je nach Anspannungsgrad, vermittelt und trainiert werden (Anhang B.6, Z. 40ff, 170, 176ff). Diese individuelle Behandlung setzt den Fokus auf Skills aus dem Modul Stresstoleranz. Der Experte beschreibt besonders den Nutzen der eben dargestellten Methode für Patienten mit Bulimie, Adipositas und der Binge Eating Störung, da diese Krankheitsbilder in der Bewältigung von Krisen sehr impulsive Bewältigungsstrategien bei den Erkrankten hervorrufen (Anhang B.6, Z. 149ff). Bei Patienten mit Anorexie scheinen eher die Module „Umgang mit Gefühlen“ und „Achtsamkeit“ von Bedeutung zu sein, da es ein Therapieerfolg ist, wenn Betroffene es schaffen, Emotionen auszudrücken (Anhang B.6, Z. 154ff). Für Mitarbeiter gibt es sowohl Einarbeitungsmappen als auch Schulungen, die auf den Umgang mit Krisen und Suizidalität vorbereiten (Anhang B.6, Z. 75ff). Des Weiteren werden regelmäßig Teamsitzungen durchgeführt, um bestehende Probleme zu identifizieren,

zu lösen und neue Inhalte zu vermitteln (Anhang B.6, Z. 189ff). Dem Pflegepersonal ist es möglich eine einjährige Ausbildung zum Co-Therapeuten zu absolvieren (Anhang B.6, Z. 12ff). Dieses Experteninterview zeigt eine mögliche Übertragung des Moduls Stresstoleranz aus dem Fertigkeitentraining nach Linehan für Patienten mit Essstörungen.

6 Diskussion

Die dialektische Verhaltenstherapie war ursprünglich ein ambulantes Behandlungsprogramm für chronisch suizidale Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Linehan (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009), welches in den 90er Jahren für das stationäre Setting von Swenson und Bohus angepasst worden ist (Swenson et al., 2002; Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Studien zur Wirksamkeit der DBT im ambulanten und stationären Behandlungsbereich zeigten große Effekte bei der Verbesserung der Symptomatik und Reduzierung von selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten (Linehan et al., 1999; Bohus et al., 2000, 2004). Besonders der Effekt zur Reduzierung von problematischen Verhaltensweisen scheint ein Erfolg des Moduls Stresstoleranz aus dem Fertigkeitstraining zu sein. Das Ziel des Moduls liegt in der Vermittlung grundlegender Fertigkeiten zur Krisenbewältigung und der Regulation von Zuständen intensiver Anspannungen, die oftmals impulsive Reaktionen auslösen (Bohus und Wolf, 2009). Ein stationärer Aufenthalt zur Krisenintervention sollte sich nur auf Situationen beschränken, in denen der Patient nicht mehr in der Lage ist, lebensbedrohliche Krisen zu bewältigen (Bohus und Wolf, 2009). Ein wesentliches Merkmal der stationären Krisenbehandlung ist die kurze Aufenthaltsdauer (Schnyder und Sauviant, 1993). Es wird ein Zeitraum beschrieben, der ausreicht, um den Patienten zu stabilisieren, jedoch nicht die Lösung des kritischen Konfliktes einschließt (Schnyder und Sauviant, 1993). Es wird festgehalten, dass lediglich der bedrohliche Charakter der Krise für eine Entlassung überwunden werden muss. Wenn Patienten keine Fertigkeiten zur eigenständigen Bewältigung von Krisenzuständen vermittelt bekommen, sind erneute Krankenhausaufenthalte mit deutlich längerer Behandlungsdauer wahrscheinlich. Im psychiatrischen Setting entstehen für die Pflege vor allem Belastungen in den Bereichen Zeit, Kommunikation mit Ärzten, Kommunikation innerhalb des Teams und Umgang mit Patienten in krisenhaften Situationen (Schnyder und Sauviant, 1993). Fehlende oder unzureichende fachliche Ausbildung verstärkt die Gefahr der instabilen psychischen Gesundheit, vor allem bei niedriger personeller und pro-

fessioneller Kompetenz (Belastungsfähigkeit, Fachkenntnisse) (Schnyder und Sauvant, 1993). Das DBT Konzept versucht durch klar gegliederte Aufgaben der Pflege und Einbindung in das therapeutische Team diese beschriebenen belastenden Faktoren zu vermeiden. Durch regelmäßige Teamsitzungen sollen bestehende Probleme und Überforderungen aufgezeigt werden und durch das gesamte Team Lösungsmöglichkeiten gefunden werden (Linehan, 2006). Aufgrund dieser beschriebenen Faktoren von Patient und Fachpersonal zeigt sich die Notwendigkeit eines einheitlichen Interventionsprogrammes, die sowohl den Patienten für eine ambulante Therapie vorbereiten als auch die Pflegekräfte im Umgang mit Krisen auf Station. Daraus ergab sich die Fragestellung, ob es möglich ist, das Modul Stresstoleranz aus dem Fertigkeitstraining nach Linehan auf weitere Krisensituationen zu übertragen. Zur Beantwortung wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PsycInfo, CINHAL und WISO zur Effektivität des DBT Konzeptes durchgeführt. Aus dieser Recherche ergaben sich Hinweise zur Übertragung der Behandlung auf weitere Krankheitsbilder, wie Essstörung und Depression. In vier halbstandardisierten Experteninterviews wurde der Umgang des Fachpersonals mit Krisen und Kriseninterventionen im psychiatrischen Setting erhoben.

Die zentralen Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass eine Übertragung des Moduls Stresstoleranz auf weitere Krisensituationen möglich ist, wenn der Patient definierte Krisenzeichen aufweist, eine Bereitschaft und Engagement des Patienten zur Anwendung der vermittelten Fertigkeiten im alltäglichen Leben besteht und die Pflege bereit ist, neue fachliche Kompetenzen und Aufgabenbereiche zu übernehmen. Diese Annahmen werden durch die verwendete Literatur in dieser Arbeit bestätigt.

Zunächst beschreibt Bohus und Wolf (2009) die mögliche Umsetzung des DBT Behandlungskonzeptes als stationäre Krisenintervention in drei wesentlichen Schritten: Zu Beginn findet eine Analyse der gegenwärtigen Problematik des Patienten, unter Einbezug der destabilisierenden Bedingungen, der objektiven Krisenauslöser, der Patientensicht und dysfunktionale und funktionale Lösungsstrategien statt (Bohus und Wolf, 2009). Im Anschluss stellen Therapeut und Patienten einen zeitlich limitierten Behandlungsplan auf, der die Vermittlung von ein bis zwei Skills aus dem Modul Stresstoleranz vorsieht (Bohus und Wolf, 2009). Im Verlauf des stationären Aufenthalts sollen dann erlernte Fertigkeiten unter Hilfestellung des Fachpersonals ausprobiert und geübt werden (Bohus und Wolf, 2009). Unter diesen Rahmenbedingungen ist

eine Übertragung des Moduls Stresstoleranz auf weitere psychiatrische Kriseninterventionen denkbar. Im Bezug auf das Modul konnten in der Arbeit Charakteristika der Krise herausgearbeitet werden, die einen Nutzen des Patienten aus dem Training sicherstellt. Die Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes ist ein Prozess, der bereits von Kindheit an eingesetzt hat (Linehan, 2006). Durch zunehmende emotionale Vulnerabilität und einem invalidierenden Umfeld werden Störungen der Emotionsregulierung postuliert und verstärkt (Linehan, 2006). Die mangelnde Fähigkeit Probleme zu lösen und sich von Gefühlen überwältigen zu lassen, führt zu dysfunktionalem Verhalten und Störungen der Affektregulation (Linehan, 2006; Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Des Weiteren wird sowohl in der Literatur als auch in den Experteninterviews ein krisenhafter Zustand mit einem Zustand hoher Anspannung gleichgesetzt (Bohus und Wolf, 2009)(Anhang B.3, Z. 27f)(Anhang B.6, Z. 4). Diese Anspannung äußert sich in einem hohen emotionalen Druck, dem die Patienten nur mit impulsivem ineffektivem Handeln ausweichen können, welches aber nur eine kurze Erleichterung verschafft (Linehan, 2006). Diese Kennzeichen einer Krise zur Eignung des Patienten für das Modul Stresstoleranz sind in der biosozialen Theorie nach Linehan beschrieben (Linehan, 2006).

Aus der Analyse der Literatur zum Krankheitsbild Essstörung ergab sich, dass eine Übertragung des Moduls Stresstoleranz unter Berücksichtigung verschiedener Patientengruppen hinsichtlich der Krisenzeichen und des dysfunktionalem Verhaltens möglich ist. Die Vermutung, dass die Übertragbarkeit des Moduls Stresstoleranz sehr gut möglich ist, jedoch immer zwischen verschiedenen Patientengruppen unterschieden werden muss, hinsichtlich der Krisenzeichen und des dysfunktionalem Verhaltens ergab sich aus der Analyse der Literatur zum Krankheitsbild Essstörung. Zur Übertragung des DBT Moduls im Bereich der Essstörungen ist eine Adaptation der theoretischen Grundlagen nach Linehan nötig. Wie von Linehan für die BPS beschrieben, besteht auch bei Patienten mit Essstörungen die Schwierigkeit in der Emotionsregulierung, sowie dem Umgang mit emotionaler Vulnerabilität (Telch et al., 2000). Besonders bei den Essstörungen BED und BN äußert sich diese emotionale Dysfunktion in problematischen Verhalten, wie Essattacken, Übergeben nach Nahrungseinnahme oder auch suizidale Gedanken (Wiser und Telch, 1999). Auch hier beschreiben Wisniewski und Kelly (2003) die Ursachen in der Entwicklung des Patienten und seinem Umfeld. Studien und Experteninterviews bestätigen die-

se Sichtweise zur Entstehung und Ausdruck der Krankheit und verweisen somit auf eine mögliche Wirksamkeit der DBT bei Essstörungen (Telch et al., 2000, 2001)(Anhang B.6, Z. 149f). Bei der Übertragung des Moduls Stresstoleranz erscheinen lediglich die Krankheitsbilder Bulimie und Binge Eating Störung machbar, da sie die oben beschriebenen Krisenmerkmale erfüllen. Patienten mit Anorexie fällt es schwer Emotionen auszudrücken und entwickeln starke Vermeidungstendenzen (Wisniewski und Kelly, 2003). Diese ineffektive Strategie kann nicht mit Skills aus dem Bereich Stresstoleranz ersetzt werden. Es scheinen eher Module, wie Umgang mit Gefühlen, Akzeptanz und Achtsamkeit wirkungsvoll für Krisenintervention und Behandlung zu sein (Anhang B.6, Z. 150ff).

Im Bereich der Depressionen ist es noch schwieriger zu einer allgemeingültigen Aussage zu kommen. In Literatur und Studien sind nur ansatzweise Übertragungsmöglichkeiten dargestellt und die Experten der Interviews können sich eine Übertragung nur schwer vorstellen (Harley et al., 2008; Feldman et al., 2009)(Anhang B.5, Z. 230ff). Patienten mit Depressionen grübeln sehr viel über Situationen und empfundene Emotionen, was schnell zur Überforderung mit negativen Gefühlen führt, bei dem Versuch Emotionen zu verarbeiten (Feldman et al., 2009). Es entsteht ein Teufelskreis zwischen Grübeln und emotionaler Vermeidung, was eine effektive emotionale Verarbeitung ausschließt. Daraus entstehen Krisenzeichen, wie Antriebslosigkeit, Isolation von der Umwelt oder auch suizidales Verhalten (Anhang B.5, Z. 9ff). Im Experteninterview wird dargestellt, dass es dem Patienten unmöglich sei, eigene Bewältigungsstrategien einzusetzen (Anhang B.5, Z. 50ff). Durch die starke Antriebsminderung ist daher in Frage zu stellen, dass depressive Patienten in einer Krise in der Lage sind Skills anzuwenden beziehungsweise vermittelt zu bekommen. Es lässt sich die Vermutung anstellen, dass vielleicht sehr therapieerfahrene Erkrankte von Stresstoleranz Skills profitieren können (Anhang B.5, Z. 237ff). Das ist jedoch eine Hypothese ohne theoretischen Grundlagen und Studien. Es stellt sich, wie bereits zuvor bei Anorexie die Frage, ob Fertigkeiten aus anderen Modulen eine wirkungsvolle Krisenintervention bei Depressionen möglich machen, wie zum Beispiel das Modul Emotionsregulierung (Feldman et al., 2009). Die Machbarkeit der Übertragung der DBT bei Depressionen ist deshalb besonders relevant, weil es sich um eine häufige Komorbidität von der Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt (Bohus et al., 2000). Somit werden in diesem Bereich weitere Forschungen notwendig, um eine Aussage zur Wirksamkeit

treffen zu können. Aus dieser Betrachtung ergibt sich, dass für eine Übertragung des Moduls Stresstoleranz auf psychiatrische Krisensituationen, das Engagement und Bereitschaft des Patienten zur Vermittlung und Anwendung von Skills vorausgesetzt werden muss. Bei der Übertragung des Moduls profitieren sowohl der Patient als auch die Pflege. Der Patient erhält effektive Fertigkeiten zur eigenständigen Bewältigung von Krisen, um lebensbedrohliches Verhalten zu vermeiden und kann nach einem kurzen Stationsaufenthalt in eine ambulante Therapie übergehen (Bohus und Wolf, 2009). Für die Pflege könnte es ein neuer Weg zur Professionalisierung darstellen, da sie, aufgrund klar definierter Aufgabenbereiche, aktiv in die Behandlung der Patienten einbezogen werden (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie, 2009). Mit dem DBT Konzept erhält die Pflege eine strukturierte Anleitung im Umgang mit Krisen und eine hohe fachliche Anforderung, die eine Schulung oder Vermittlung der Therapievorgehensweise notwendig macht. In den Experteninterviews wurde deutlich, wie die Pflege das DBT Konzept in Form des Skillstrainings umsetzt (Anhang B.3, Z. 3)(Anhang B.4, Z. 8f)(Anhang B.6, Z. 40ff). Besonders die Fertigkeiten aus dem Modul Stresstoleranz werden vermittelt.

Die Arbeit zeigt Stärken und Schwächen auf, die bei der Einschätzung der Gültigkeit erzielter Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Es werden nicht nur die Grundlagen aus der Literatur dargestellt, sondern auch die Umsetzung in der Praxis durch das Fachpersonal einbezogen. Somit wird eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis hergestellt und kann eine Annahme zur möglichen Umsetzung der DBT im stationären Bereich möglich machen. Jedoch war die Stichprobe der Experteninterviews mit vier Experten sehr gering. In der Literaturrecherche wurden die Ergebnisse durch die gewählten Datenbanken und gesetzte Limitationen begrenzt und die erhaltenen Studien zeichneten sich durch geringe Teilnehmerzahlen aus. Es war keine Studie eingeschlossen, die die alleinige Wirksamkeit des Moduls Stresstoleranz bei der Behandlung von Patienten mit BPS untersucht. Daher ist die Wirksamkeit des Moduls nur eine Annahme und erfordert weitere Forschungen.

Abschließend ist festzuhalten, dass eine Übertragbarkeit des Moduls Stresstoleranz auf weitere psychiatrische Krisensituationen bei Patienten mit ineffektiven impulsiven Verhaltensweisen aufgrund von emotionaler Dysregulation machbar ist, wenn Erkrankte ausreichend Engagement und Bereitschaft in der Anwendung von Skills als Krisenintervention im alltäglichen Leben zeigen und sie einen Nutzen aus den vermittelten Skills im Bereich Stresstoleranz ziehen

können. Es wurde durch die Literatur im Abgleich mit den Experteninterviews nicht deutlich, wie die Pflege im gesamten therapeutischen Team eingebunden ist und wie die Ärzte und Therapeuten mit den vermittelten Skills in der Einzeltherapie, wie Psychoedukation arbeiten. Des Weiteren zeigte sich, dass die Pflege nur selten in DBT und den Umgang mit Krisen geschult wird und das selbstangeeignete Fachwissen unter keiner Überprüfung steht (Anhang B.3, Z. 74f)(Anhang B.5, Z. 157ff). Nach Linehan sind das jedoch die Voraussetzungen für die sachgemäße und effektive Anwendung ihres Behandlungskonzeptes (Linehan, 2006). Daher ist es erforderlich die Wirksamkeit des angepassten Therapiekonzeptes durch die Pflege zu überprüfen. Die Pflege ist gezwungen, im Zuge der Professionalisierung, Weiterbildungen und Schulungen aufzubauen. Des Weiteren ist zu überprüfen, ob eine kurze Krisenintervention mit anschließender ambulanter Therapie die Symptome des Krankheitsbildes reduziert oder doch eher eine langfristige stationäre Behandlung den gewünschten Effekt bei den Patienten zeigt. Insbesondere das Rezidiv-Risiko bei Erkrankten muss genauer betrachtet werden.

Literaturverzeichnis

van Alphen et al. 2007

ALPHEN, Stephan P. ; TUMMERS, Judith H. ; DERKSEN, Jan J.: Reaction to Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* (2007), Nr. 22(7), S. 702–702

American Psychiatric Association 2000

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Auflage. Arlington : American Psychiatric Association, 2000

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie 2009

ARBEITSGEMEINSCHAFT WISSENSCHAFTLICHE PSYCHOTHERAPIE: *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting*. Version: 2009. http://www.borderline-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=46, Abruf: 24.05.2012

Balshem et al. 2011

BALSHEM, Howard ; HELFAND, Mark ; SCHÜNEMAN, Holger: GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. In: *Journal of Clinical Epidemiology* (2011), Nr. 64, S. 401–406

Ben-Porath et al. 2009

BEN-PORATH, D.D. ; WISNIEWSKI, L. ; WARREN, M.: Differential treatment response for eating disordered patients with and without a comorbid borderline personality diagnosis using a dialectical behavior therapy (DBT)-informed approach. In: *Eating Disorders* (2009), Nr. 17(3), S. 225–241

Ben-Porath et al. 2004

BEN-PORATH, Denise D. ; PERTERSON, Gregory A. ; SMEE, Jaqueline:

Treatment of Individuals With Borderline Personality Disorder Using Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Setting: Clinical Application and a Preliminary Investigation. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2004), Nr. 11(4), S. 424–434

Bissada 2011

BISSADA, Hany: Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. In: *The Canadian Journal of Psychiatry* (2011), Nr. 56(10), S. 574

Bohus et al. 2004

BOHUS, Martin ; HAAF, Brigitte ; SIMMS, Timothy ; LIMBERGER, Matthias F. ; SCHMAHL, Christian ; UNCKEL, Christine ; LIEB, Klaus ; LINEHAN, Marsha M.: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. In: *Behavior Research and Therapy* (2004), Nr. 42, S. 487–499

Bohus et al. 2000

BOHUS, Martin ; HAAF, Brigitte ; STIGLMAYR, Christian ; POHL, Ulrike ; BÖHME, Renate ; LINEHAN, Marsha M.: Evaluation of inpatient Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder-a prospective study. In: *Behavior Research and Therapy* (2000), Nr. 38, S. 875–887

Bohus und Wolf 2009

BOHUS, Martin ; WOLF, Martina: *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten*. Stuttgart : Schattauer GmbH, 2009

Bornovalova und Daughters 2007

BORNOVALOVA, Martina A. ; DAUGHTERS, Stacey: How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? In: *Clinical Psychology Review* (2007), Nr. 27(8), S. 923–943

Bowers 2011

BOWERS, Wayne A.: Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. In: *Journal of Clinical Psychiatry* (2011), Nr. 72(3), S. 421–422

Brodsky und Stanley 2002

BRODSKY, Beth ; STANLEY, Barbara: Dialectical behavior therapy for

borderline personality disorder. In: *Psychiatric Annals* (2002), Nr. 32(6), S. 347–356

Canadian Journal of Community Mental Health 2002

CANADIAN JOURNAL OF COMMUNITY MENTAL HEALTH: Description of a preliminary data from a women's dual diagnosis community mental health program. In: *Canadian Journal of Community Mental Health* (2002), Nr. 21(2), S. 50 ff.

Chapman 2006

CHAPMAN, Alexander L.: Dialectical Behavior Therapy: Current Indications and Unique Elements. In: *Psychiatry* (2006), Nr. 3(9), S. 62–68

Cheavens et al. 2007

CHEAVENS, Jennifer S. ; LYNCH, Thomas R. ; SMOSKI, Moria J.: Response to the van Alphen et al. Reaction to 'Treatment of older adults with comorbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach'. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* (2007), Nr. 22(7), S. 701–702

Chen et al. 2008

CHEN, Eunice Y. ; KUO, Janice R. ; LINEHAN, Marsha M.: Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. In: *International Journal of Eating Disorders* (2008), Nr. 41(6), S. 505–512

Comtois et al. 2007

COMTOIS, Katherine A. ; ELWOOD, Lynn ; HOLDCRAFT, Laura C. ; SMITH, Wayne R. ; SIMPSON, Tracy L.: Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2007), Nr. 14(4), S. 406–414

Cunningham et al. 2004

CUNNINGHAM, Kiran ; WOLBERT, Randall ; LILLIE, Becky: It's About Me Solving My Problems: Client's Assessments of Dialectical Behavior Therapy. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2004), Nr. 11(2), S. 248–256

Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e.V. 2012

DACHVERBAND DIALEKTISCH BEHAVIORALE THERAPIE E.V.:
Die Dialektisch-Behaviorale Therapie. Version: 2012. <http://>

//www.dachverband-dbt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2, Abruf: 24.05.2012

Dennis 2010

DENNIS, Amy B.: Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. In: *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* (2010), Nr. 18(1), S. 76–78

Deutsches Bündnis gegen Depression e. V. 2012

DEUTSCHES BÜNDNIS GEGEN DEPRESSION E. V.: *Krisenmanagement*. Version: 2012. <http://www.buendnis-depression.de/depression/notfallpass.php>, Abruf: 24.05.2012

Dewe und Krawitz 2007

DEWE, C. ; KRAWITZ, R.: Component analysis of dialectical behavior therapy skills training. In: *Australasian Psychiatry* (2007), Nr. 15(3), S. 22 ff.

Dross 2001

DROSS, Margret: *Krisenintervention*. Göttingen : Hogrefe-Verlag, 2001

Feldman et al. 2009

FELDMAN, Greg ; HARLEY, Rebecca ; KERRIGAN, Molly ; JACOBO, Michelle ; FAVA, Maurizio: Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. In: *Behavior Research and Therapy* (2009), Nr. 47(4), S. 316–321

Harley et al. 2008

HARLEY, Rebecca ; SPRICH, Susan ; SAFREN, Steven ; JACOBO, Michelle ; FAVA, Maurizio: Adaption of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* (2008), Nr. 196(2), S. 136–143

Hill et al. 2011

HILL, Diana M. ; CRAIGHEAD, Linda W. ; SAFER, Debra L.: Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. In: *International Journal of Eating Disorders* (2011), Nr. 44(3), S. 249–261

Huss und Baer 2007

HUSS, Debra B. ; BAER, Ruth A.: *Acceptance and Change: The Integration*

of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Into Ongoing Dialectical Behavior Therapy in a Case of Borderline Personality Disorder With Depression. In: *Clinical Case Studies* (2007), Nr. 6(1), S. 17–33

Iwakabe 2011

IWAKABE, Shigeru: Extending systematic case study method: Generating and testing hypotheses about therapeutic factors through comparisons of successful and unsuccessful cases. In: *Pragmatic Case in Psychotherapy* (2011), Nr. 7(2), S. 339–350

James et al. 2011

JAMES, Anthony C. ; WINMILL, Louise ; ANERSON, Ciorsdan ; ALFOADARI, Kielly: A preliminary study of an extension of a community dialectical behavior therapy program to adolescent in the Looked after Care system. In: *Child and Adolescent Mental Health* (2011), Nr. 16(1), S. 9–13

Katz et al. 2009

KATZ, Laurence Y. ; FOTTI, Srah A. ; POSTL, Lara: Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy: Adaptions required to treat adolescents. In: *Psychiatric Clinics of North America* (2009), Nr. 32(1), S. 95–109

Kienast und Foerster 2008

KIENAST, T. ; FOERSTER, J.: Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. In: *Current Opinion in Psychiatry* (2008), Nr. 21(6), S. 51 ff.

Kliem et al. 2010

KLIEM, Soren ; KROGER, Christoph ; KOSFELDER, Joachim: Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (2010), Nr. 78(6), S. 936–951

Koerner und Linehan 2000

KOERNER, K. ; LINEHAN, Marsha M.: Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. In: *Psychiatric Clinics of North America* (2000), Nr. 23(1), S. 54 ff.

Koons et al. 2001

KOONS, Cedar R. ; ROBINS, Clive J. ; TWEED, J. L. ; LYNCH, Thomas R.

; GONZALEZ, Alicia M. ; MORSE, Jennifer Q. ; BISHOP, G. K. ; BUTTERFIELD, Marian I. ; BASTIAN, Lori A.: Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. In: *Behavior Therapy* (2001), Nr. 32(2), S. 371–390

Kröger und Kosfelder 2007

KRÖGER, Christoph ; KOSFELDER, Joachim: Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2007), Nr. 36(1), S. 11–17

Kröger et al. 2006

KRÖGER, Christoph ; SCHWEIGER, Ulrich ; SIPOS, Valerija ; ARNOLD, Ruediger ; KAHL, Kai G. ; SCHUNERT, Tanja ; RUDOLF, Sebastian ; REINECKER, Hans: Effectiveness of dialectical behavior therapy for boderline personality disorder in an inpatient setting. In: *Behavior Research and Therapy* (2006), Nr. 44, S. 1211–1217

Kröger et al. 2010

KRÖGER, Christoph ; SCHWEIGER, Ulrich ; SIPOS, Valerija ; KLIEM, Soren ; ARNOLD, Ruediger ; SCHUNERT, Tanja ; REINECKER, Hans: Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioral treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. In: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* (2010), Nr. 41(4), S. 381–388

Lück et al. 2011

LÜCK, Julia ; SCHELLER, Christiane ; GRUTSCHPALK, Judith ; BERBALK, Heinrich ; LAMMERS, Claas-Hinrichs ; SCHWEIGER, Ulrich: Schemavermeidung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* (2011), Nr. 2, S. 150–159

Levendusky 2000

LEVENDUSKY, Philip G.: Dialectical behavior therapy: So far so soon. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* (2000), Nr. 7(1), S. 99–100

Limrunner et al. 2011

LIMNRUNNER, Heidi M. ; BEN-PORATH, Denise D. ; WISNIEWSKI, Lucene: DBT telephone skills coaching with eating disordered clients: Who calls,

for what reasons, and for how long? In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2011), Nr. 18(2), S. 186–195

Linehan 2006

LINEHAN, Marsha M.: *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung*. 1. Auflage. München : CIP-Medien, 2006a

Linehan et al. 2006

LINEHAN, Marsha M. ; COMTOIS, Katherine A. ; MURRAY, Angela M. ; BROWN, Milton Z. ; GALLOP, Robert J. ; HEARD, Heidi L. ; KORSLUND, Kathryn E. ; TUTEK, Darren A. ; REYNOLDS, Sarah K. ; LINDENBOIM, Noam: Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. In: *Archives of General Psychiatry* (2006b), Nr. 63(7), S. 757–766

Linehan et al. 1993

LINEHAN, Marsha M. ; HEARD, H.L. ; ARMSTRONG, H.E.: Naturalistic follow-up of a behavioral Treatment for chronically parasuicidal borderline patients. In: *Archives of General Psychiatry* (1993), Nr. 50(12), S. 971–974

Linehan et al. 1999

LINEHAN, Marsha M. ; SCHMIDT, H. ; DIMEFF, L.A. ; CRAFT, J.C. ; KANTER, B.S.J. ; COMTOIS, K.A.: Dialectical Behavior Therapy with Borderline Personality Disorder and drug-dependence. In: *American Journal on Addictions* (1999), Nr. 8(4), S. 279–292

Lynch 2000

LYNCH, Thomas R.: Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2000), Nr. 7(4), S. 468–477

Lynch et al. 2007

LYNCH, Thomas R. ; CHEAVENS, Jennifer S. ; CUKROWICZ, Kelly C. ; THORP, Steven R. ; BRONNER, Leslie ; BEYER, John: Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* (2007), Nr. 22(2), S. 131–143

Lynch et al. 2003

LYNCH, Thomas R. ; MORSE, Jennifer Q. ; MENDELSON, Tamar ; ROBINS, Clive J.: Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* (2003), Nr. 11(1), S. 33–45

Lynch et al. 2002

LYNCH, Thomas R. ; MORSE, Jennifer Q. ; VITT, Christine M.: Dialectical behavior therapy for depressed older adults. In: *The Behavior Therapist* (2002), Nr. 25(1), S. 7–8

Martens 2005

MARTENS, Willem H.: Therapy on the Borderline: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. In: *Annals of the American Psychotherapy Assn.* (2005), Nr. 8(4), S. 5–12

Mayer 2011

MAYER, Hanna: *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 3. Auflage. Wien : Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2011

McGabe und Marcus 2002

MCGABE, Elizabeth B. ; MARCUS, Marsha D.: Question: Is dialectical behavior therapy useful in the management of anorexia nervosa? In: *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* (2002), Nr. 10(4), S. 335–337

McMain 2010

MCMMAIN, Shelley F.: Dialectical behavior therapy versus general psychiatric management in the treatment of borderline personality disorder. In: *The American Journal of Psychiatry* (2010), Nr. 167(4), S. 475–476

Miller et al. 2000

MILLER, Alec L. ; WYMAN, Sharon E. ; HUPPERT, Jonathan D. ; GLASSMAN, Samantha L. ; RATHUS, Jill H.: Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2000), Nr. 7(2), S. 183–187

Nowoweiski et al. 2011

NOWOWEISKI, Dion ; ARTHEY, Stephen ; BOSANAC, Peter: Evaluation of

an Australian day treatment program for eating disorders. In: *Behavior Change* (2011), Nr. 28(4), S. 206–220

Palmer et al. 2003

PALMER, Robert L. ; BIRCHALL, Helen ; DAMANI, Sadhana ; GATWARD, Nicholas ; MCGRAIN, Lesley ; PARKER, Lorriane: A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder-description and outcome. In: *International Journal of Eating Disorders* (2003), Nr. 33(3), S. 281–286

Pasieczny und Connor 2011

PASIECZNY, Nathan ; CONNOR, Jason: The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. In: *Behavior Research and Therapy* (2011), Nr. 49(1), S. 4–10

Perroud et al. 2010

PERROUD, Nader ; UHER, Rudolf ; DIEBEN, Karen ; NICASTRO, Rosetta ; HUGUELET, Philippe: Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. In: *Journal of Personality Disorders* (2010), Nr. 24(5), S. 634–650

Plener et al. 2010

PLENER, Paul L. ; SUKALE, Thorsten ; LUDOLPH, Andrea G. ; STEGEMANN, Thomas: 'Stop cutting-rock!': A pilot study of a music therapeutic program for self-injuring adolescents. In: *Music and Medicine* (2010), Nr. 2(1), S. 59–65

Pozzi et al. 2008

POZZI, Euro ; RIDOLFI, Maria E. ; MANGANARO, Dario ; DANIEL, Daniel B. ; BERARDI, Domenico: Multiple integrated treatments of borderline personality disorders. In: *Psychoanalytic Psychotherapy* (2008), Nr. 22(3), S. 218–234

Ritschel et al. 2012

RITSCHHEL, Lorie A. ; CHEAVENS, Jennifer S. ; NELSON, Juliet: Dialectical behavior therapy in an intensive outpatient program with a mixed-diagnostic sample. In: *Journal of Clinical Psychology* (2012), Nr. 68(3), S. 221–235

Safer et al. 2002

SAFER, Debra L. ; LIVELY, Teresa J. ; TELCH, Christy F. ; AGRAS, William S.: Predictors of relapse following successful dialectical behavior therapy for binge eating disorder. In: *International Journal of Eating Disorders* (2002), Nr. 32(2), S. 155–163

Safer et al. 2007

SAFER, Debra L. ; LOCK, James ; COUTURIER, Jennifer L.: Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2007), Nr. 14(2), S. 157–167

Safer et al. 2001

SAFER, Debra L. ; TELCH, Christy F. ; AGRAS, William S.: Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. In: *International Journal of Eating Disorders* (2001), Nr. 30(1), S. 101–106

Sakdalan et al. 2010

SAKDALAN, Joseph A. ; SHAW, John ; COLLIER, Vicki: Staying in the here-and-now: A pilot study on the use of dialectical behavior therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability. In: *Journal of Intellectual Disability Research* (2010), Nr. 54(6), S. 568–572

Schnyder und Sauvant 1993

SCHNYDER, Ulrich ; SAUVANT, Jean-Daniel: *Krisenintervention in der Psychiatrie*. 1. Auflage. Bern : Verlag Hans Huber, 1993

Sharp 2010

SHARP, Carla: Review of Dialectical behavior therapy. In: *Bulletin the Menninger Clinic* (2010), Nr. 74(1), S. 81–85

Simpson et al. 2004

SIMPSON, Elizabeth B. ; YEN, Shirley ; COSTELLO, Ellen ; ROSEN, Karen ; BEGIN, Ann ; PISTORELLO, Jaqueline ; PEARLSTEIN, Teri: Combined Dialectical Behavior Therapy and Fluoxetine in the Treatment of Borderline Personality Disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry* (2004), Nr. 65(3), S. 379–385

Sipos und Schweiger 2003

SIPOS, Valerija ; SCHWEIGER, Ulrich: Stationäre Behandlung von Frauen

und Männern mit Borderline Persönlichkeitsstörung und weiterer Komorbidität. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* (2003), Nr. 24(3), S. 269–287

Soler et al. 2009

SOLER, Joaquim ; PASCUAL, Juan C. ; TIANA, Thais ; CEBRIA, Anabel ; BARRACHINA, Judith ; CAMPINS, M. J. ; GICH, Ignasi ; ALVAREZ, Enrique ; PEREZ, Victor: Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. In: *Behavior Research and Therapy* (2009), Nr. 47(5), S. 353–358

Stanley et al. 2007

STANLEY, Barbara ; BRODSKY, Beth ; NELSON, Joshua D. ; DULIT, Rebecca: Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self-injury. In: *Archives of Suicide Research* (2007), Nr. 11(4), S. 37–341

Stanley et al. 2009

STANLEY, Barbara ; BROWN, Gregory ; BRENT, David A. ; WELLS, Karen ; PLLING, Kim ; CURRY, John ; KENNARD, Betsy D. ; WAGNER, Ann ; CWIK, Mary F. ; KLOMEK, Anat B. ; GOLDSTEIN, Tina ; VITIELLO, Bebedetto ; BARNETT, Shannon ; DANIEL, Stephanie ; HUGHES, Jennifer: Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. In: *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (2009), Nr. 48(10), S. 1005–1013

Stepp et al. 2008

STEPP, Stephanie D. ; EPLER, Ameer J. ; JAHNG, Seungmin ; TRULL, Timothy J.: The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. In: *Journal of Personality Disorders* (2008), Nr. 22(6), S. 28 ff.

Stiglmayr et al. 2003

STIGLMAYR, Christian E. ; BRAAKMANN, Diana ; HAAF, Barbara ; STIEGLITZ, Rolf-Dieter ; BOHUS, Martin: Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut). In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* (2003), Nr. 53(7), S. 287–294

Swales 2009

SWALES, Michaela A.: Dialectical Behavior Therapy: Description, research and directions. In: *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* (2009), Nr. 5(2), S. 164–177

Swenson et al. 2002

SWENSON, Charles R. ; TORREY, William C. ; KOERNER, Kelly: Implementing Dialectical Behavior Therapy. In: *Psychiatric Services* (2002), Nr. 53(2), S. 171–178

Symons 2010

SYMONS, Samantha: Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. In: *Journal of Psychiatric Practice* (2010), Nr. 16(3), S. 202–203

Telch et al. 2000

TELCH, Christy F. ; AGRAS, William S. ; LINEHAN, Marsha M.: Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: a preliminary, uncontrolled trial. In: *Behavior Therapy* (2000), Nr. 31(3), S. 569–582

Telch et al. 2001

TELCH, Christy F. ; AGRAS, William S. ; LINEHAN, Marsha M.: Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (2001), Nr. 69(6), S. 1061–1065

Turner 2000a

TURNER, Ralph M.: Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2000), Nr. 7(4), S. 413–419

Turner 2000b

TURNER, Ralph M.: Understanding dialectical behavior therapy. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* (2000), Nr. 7(1), S. 95–98

Waltz et al. 2009

WALTZ, Jennifer ; DIMEFF, Linda A. ; KOERNER, Kelly ; LINEHAN, Marsha M.: Feasibility of using video to teach a dialectical behavior therapy skills to clients with borderline personality disorder. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2009), Nr. 16(2), S. 214–222

Williams et al. 2010

WILLIAMS, Sara ; HARTSTONE, Margaret D. ; DENSON, Linely A.: Dialectical behavioural therapy and borderline personality disorder: Effects on service utilisation and self-reported symptoms. In: *Behavior Change* (2010), Nr. 27(4), S. 251–264

Wiser und Telch 1999

WISER, Susan ; TELCH, Christy F.: Dialectical Behavior Therapy for Binge-Eating Disorder. In: *Psychotherapy in Practice* (1999), Nr. 55(6), S. 755–768

Wisniewski und Kelly 2003

WISNIEWSKI, Lucene ; KELLY, Elisabeth: The Application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. In: *Cognitive and Behavioral Practice* (2003), Nr. 10(2), S. 131–138

Zorn und Roder 2006

ZORN, Peter ; RODER, Volker: Verhaltenstherapeutische Therapieansätze für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Überblick und empirische Ergebnisse. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* (2006), Nr. 1, S. 7–41

A Anhang Literaturrecherche

A.1 Literaturrecherche CINHAL: Effektivität der DBT

(zuletzt 15.05.2012)

Tabelle A.1: Suchstrategie in CINHAL: „Effektivität“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		69
2	borderline personality disorder		1167
3	effectiveness		44216
4	1 and 2 and 3		9
5	4 and Limits	Englisch, Deutsch, ab Jahr 2000	6

Tabelle A.2: Ergebnisdarstellung in CINHAL: „Effektivität“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy (Perroud et al., 2010)	Ambulante Teilnehmer
2	The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features (Stepp et al., 2008)	Ambulante Teilnehmer
3	Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder (Koerner und Linehan, 2000)	Artikel zeigt Anwendungsbereiche der DBT und Notwendigkeit von Forschung
4	Component analysis of dialectical behavior therapy skills training (Dewe und Krawitz, 2007)	Patienten ranken ihre wichtigsten Skills
5	Psychotherapy of personality disorders and comorbid substance dependence (Kienast und Foerster, 2008)	Effektivität der DBT von BPS und Substanzmissbrauch

- 6 Description of a preliminary data from a wo- Teilnehmer haben 2
men's dual diagnosis community mental he- Diagnosen, ambulante
alth program (Canadian Journal of Community Teilnehmer
Mental Health, 2002)
-

A.2 Literaturrecherche CINHAL: Essstörung

(zuletzt 15.05.2012)

Tabelle A.3: Suchstrategie in CINHAL: „Essstörungen“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		69
2	eating disorder		326
3	1 and 2		4
4	3 and Limits	Englisch, Deutsch, ab Jahr 2000	4

Tabelle A.4: Ergebnisdarstellung in CINHAL: „Essstörungen“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Differential treatment response for eating disordered patients with and without a comorbid borderline personality diagnosis using a dialectical behavior therapy (DBT)-informed approach (Ben-Porath et al., 2009)	Vergleich von DBT bei Essstörungen mit und ohne Komorbidität von BPS
2	Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder (Chen et al., 2008)	Essstörung mit BPS
3	A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder-description and outcome (Palmer et al., 2003)	Essstörung als Komorbidität von BPS
4	Predictors of relapse following successful dialectical behavior therapy for binge eating disorder (Safer et al., 2002)	Identifikation der Einflussfaktoren von Rückfällen

A.3 Literaturrecherche CINHAL: Depression

(zuletzt 15.05.2012)

Tabelle A.5: Suchstrategie in CINHAL: „Depression“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		69
2	major depression		429
3	1 and 2		0

A.4 Literaturrecherche WISO: Effektivität der DBT

(zuletzt 15.05.2012)

Tabelle A.6: Suchstrategie in WISO: „Effektivität“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		255
2	borderline personality disorder		1298
3	1 and 2		161
4	effectiveness		46783
5	3 and 4		40
6	5 and Limits	Fachzeitschrift	1

Tabelle A.7: Ergebnisdarstellung in WISO: „Effektivität“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Verhaltenstherapeutische Therapieansätze für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Überblick und empirische Ergebnisse (Zorn und Roder, 2006)	Überblick über verschieden Therapieansätze, keine Nachforschung der Wirksamkeit von DBT

A.5 Literaturrecherche WISO: Essstörung

(zuletzt 15.05.2012)

Tabelle A.8: Suchstrategie in WISO: „Essstörungen“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		255
2	eating disorder		70
3	1 and 2 and Limits		2

Tabelle A.9: Ergebnisdarstellung in WISO: „Essstörungen“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Schemavermeidung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Lück et al., 2011)	Vergleich von Patienten mit BPS mit anderen psychiatrischen Erkrankungen
2	Stationäre Behandlung von Frauen und Männern mit Borderline Persönlichkeitsstörung und weiterer Komorbidität (Sipos und Schweiger, 2003)	Essstörung als Komorbidität von BPS

A.6 Literaturrecherche WISO: Depression

(zuletzt 15.05.2012)

Tabelle A.10: Suchstrategie in WISO: „Depression“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		255
2	major depression		697
3	1 and 2		1

Tabelle A.11: Ergebnisdarstellung in WISO: „Depression“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Stationäre Behandlung von Frauen und Männern mit Borderline Persönlichkeitsstörung und weiterer Komorbidität (Sipos und Schweiger, 2003)	Depression als Komorbidität von BPS

A.7 Literaturrecherche PsycInfo: Effektivität DBT

(zuletzt 16.05.2012)

Tabelle A.12: Suchstrategie in PsycInfo: „Effektivität“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		395
2	borderline personality disorder		3139
3	1 and 2		86
4	effectiveness		108644
5	3 and 4		37
6	5 and Limits	Englisch, Deutsch	32
7	6 and Limits	Ab Jahr 2000	32
8	7 and Limits	Fachzeitschrift	25

Tabelle A.13: Ergebnisdarstellung in PsycInfo: „Effektivität“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Dialectical behavioural therapy and borderline personality disorder: Effects on service utilisation and self-reported symptoms (Williams et al., 2010)	Untersucht nicht die Wirksamkeit des Konzeptes in Bezug auf Behandlungserfolg
2	Multiple integrated treatments of borderline personality disorders (Pozzi et al., 2008)	Teilnehmer sind ambulante Patienten. Stellt Effektivität mehrerer Behandlungsmethoden dar
3	The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial (Pasioczny und Connor, 2011)	Teilnehmer wurden ambulant mit DBT behandelt
4	Dialectical Behavior Therapy: Description, research and directions (Swales, 2009)	Beschreibung des DBT Konzeptes im ambulanten Setting
5	Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling (Kliem et al., 2010)	Teilnehmer sind ambulante Patienten

6	Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy (Perroud et al., 2010)	Teilnehmer sind ambulante Patienten, Wirksamkeit wird nach 10 Jahren untersucht
7	Staying in the here-and-now: A pilot study on the use of dialectical behavior therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability (Sakdalan et al., 2010)	Teilnehmer haben eine geistige Einschränkung und keine BPS
8	Dialectical behavior therapy versus general psychiatric management in the treatment of borderline personality disorder (McMain, 2010)	Leserbrief
9	Suchergebnis Nummer 8 erneut erhalten	Leserbrief
10	Review of Dialectical behavior therapy (Sharp, 2010)	Buch Zusammenfassung
11	Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial (Soler et al., 2009)	Teilnehmer sind ambulante Patienten
12	Feasibility of using video to teach a dialectical behavior therapy skills to clients with borderline personality disorder (Waltz et al., 2009)	Studie evaluiert die Wirksamkeit eines DBT Videos
13	Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self-injury (Stanley et al., 2007)	Teilnehmer nehmen an einer verkürzten ambulanten Therapie teil
14	Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center (Comtois et al., 2007)	Jeder Teilnehmer mit Suizidversuchen und selbstverletzendem Verhalten wird eingeschlossen
15	How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? (Bornovalova und Daughters, 2007)	BPS ist eine Komorbidität der Teilnehmer

16	Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder (Linehan et al., 2006)	Teilnehmer sind ambulante Patienten
17	Therapy on the Borderline: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder (Martens, 2005)	Teilnehmer sind ambulante Patienten
18	Treatment of Individuals With Borderline Personality Disorder Using Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Setting: Clinical Application and a Preliminary Investigation (Ben-Porath et al., 2004)	Implementierung von DBT
19	It's About Me Solving My Problems: Client's Assessments of Dialectical Behavior Therapy (Cunningham et al., 2004)	Beschreibung der Verbesserung im Leben durch DBT
20	Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder (Brodsky und Stanley, 2002)	Beschreibung des DBT Konzeptes
21	Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder (Turner, 2000a)	Vergleich der DBT mit kognitiven Verhaltenstherapie
22	Dialectical behavior therapy: So far so soon (Levendusky, 2000)	Buch Zusammenfassung
23	Understanding dialectical behavior therapy (Turner, 2000b)	Eine kurze Anmerkung
24	Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy (Miller et al., 2000)	BPS ist keine Voraussetzung für die Teilnahme
25	Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Kröger und Kosfelder, 2007)	

A.8 Literaturrecherche PsycInfo: Essstörung

(zuletzt 16.05.2012)

Tabelle A.14: Suchstrategie in PsycInfo: „Essstörungen“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		395
2	eating disorder		20499
3	1 and 2		44
4	3 and Limits	Englisch, Deutsch	37
5	4 and Limits	Ab Jahr 2000	35
6	5 and Limits	Fachzeitschrift	17

Tabelle A.15: Ergebnisdarstellung in PsycInfo: „Essstörungen“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Evaluation of an Australian day treatment program for eating disorders (Nowoweiski et al., 2011)	„Day Treatment Program“ ist Behandlungsgrundlage
2	Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia (Bowers, 2011)	Buch Zusammenfassung
3	Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial (Hill et al., 2011)	Kombination von DBT mit einem weiteren Training zur Appetite Anregung
4	Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia (Bissada, 2011)	Buch Zusammenfassung
5	DBT telephone skills coaching with eating disordered clients: Who calls, for what reasons, and for how long? (Limrunner et al., 2011)	Beratung durch Telefonanrufe, kein Gruppentraining
6	Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioral treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up (Kröger et al., 2010)	Essstörung ist Komorbidität von der BPS

7	Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia (Symons, 2010)	Buch Zusammenfassung
8	Review of Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia (Dennis, 2010)	Buch Zusammenfassung
9	Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder (Chen et al., 2008)	Essstörung ist Komorbidität von der BPS
10	Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report (Safer et al., 2007)	DBT speziell für Jugendliche angepasst
11	The Application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders (Wisniewski und Kelly, 2003)	
12	A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder-description and outcome (Palmer et al., 2003)	Essstörung ist Komorbidität von der BPS
13	Predictors of relapse following successful dialectical behavior therapy for binge eating disorder (Safer et al., 2002)	Identifikation der Einflussfaktoren von Rückfällen
14	Question: Is dialectical behavior therapy useful in the management of anorexia nervosa? (McGabe und Marcus, 2002)	Buch Zusammenfassung
15	Dialectical behavior therapy for binge eating disorder (Telch et al., 2001)	
16	Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report (Safer et al., 2001)	
17	Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: a preliminary, uncontrolled trial (Telch et al., 2000)	

A.9 Literaturrecherche PsycInfo: Depression

(zuletzt 16.05.2012)

Tabelle A.16: Suchstrategie in PsycInfo: „Depression“

Suchdurchgang	Suchbegriff	Limits	Treffer
1	dialectical behavior therapy		391
2	major depression		80386
3	1 and 2		27
4	3 and Limits	Englisch, Deutsch	26
5	4 and Limits	Ab Jahr 2000	25
6	5 and Limits	Fachzeitschrift	19

Tabelle A.17: Ergebnisdarstellung in PsycInfo: „Depression“

Nr.	Studie	Ausschlussgrund
1	Dialectical behavioural therapy and borderline personality disorder: Effects on service utilisation and self-reported symptoms (Williams et al., 2010)	DBT bei BPS
2	Dialectical behavior therapy in an intensive outpatient program with a mixed-diagnostic sample (Ritschel et al., 2012)	Gruppenzusammensetzung ist sehr gemischt in Bezug auf Diagnosen
3	'Stop cutting-rock!': A pilot study of a music therapeutic program for self-injuring adolescents (Plener et al., 2010)	Musiktherapie
4	Extending systematic case study method: Generating and testing hypotheses about therapeutic factors through comparisons of successful and unsuccessful cases (Iwakabe, 2011)	Kurze Anmerkung
5	Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability (Stanley et al., 2009)	Behandlungsgrundlage ist CBT

6	A preliminary study of an extension of a community dialectical behavior therapy program to adolescent in the Looked after Care system (James et al., 2011)	Teilnehmer sind Jugendliche, kein Bezug auf Depression
<hr/>		
7	Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder (Feldman et al., 2009)	
<hr/>		
8	Cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy: Adaptions required to treat adolescents (Katz et al., 2009)	DBT angepasst an Jugendliche und Vergleich zur CBT
<hr/>		
9	Adaption of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression (Harley et al., 2008)	
<hr/>		
10	Acceptance and Change: The Integration of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Into Ongoing Dialectical Behavior Therapy in a Case of Borderline Personality Disorder With Depression (Huss und Baer, 2007)	Depression als Komorbidität
<hr/>		
11	Dialectical Behavior Therapy: Current Indications and Unique Elements (Chapman, 2006)	BPS und Komorbidität
<hr/>		
12	Reaction to Treatment of older adults with comorbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach (van Alphen et al., 2007)	Depression als Komorbidität
<hr/>		
13	Response to the van Alphen et al. Reaction to 'Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach' (Cheavens et al., 2007)	Kurze Anmerkung
<hr/>		
14	Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach (Lynch et al., 2007)	Depression als Komorbidität
<hr/>		
15	Combined Dialectical Behavior Therapy and Fluoxetine in the Treatment of Borderline Personality Disorder (Simpson et al., 2004)	Grunddiagnose BPS

A Anhang Literaturrecherche

16	Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study (Lynch et al., 2003)	DBT speziell angepasst für ältere Menschen
17	Dialectical behavior therapy for depressed older adults (Lynch et al., 2002)	DBT speziell angepasst für ältere Menschen
18	Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder (Koons et al., 2001)	Grunderkrankung ist BPS
19	Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy (Lynch, 2000)	BPS als Komorbidität der Depression

A.10 Bewertung der Qualität qualitativer Forschungsmethoden

(Balshem et al., 2011)

Leitfragen für das Zusammenfassen der Studieninhalte

- Was war das Ziel der Studie?
- Warum haben die Autoren die Studie durchgeführt?
- Was für ein Studiendesign wurde gewählt?
- Was für eine Population wurde untersucht?
 - Ein- und Ausschlusskriterien
 - Wie wurden die Studienteilnehmer rekrutiert?
 - Welche Stichprobengröße wurde angestrebt?
- Welche Intervention wurde in der Interventionsgruppe durchgeführt?
- Welche Intervention wurde in der Kontrollgruppe durchgeführt?
- Wie wurden die Daten erhoben? Mit welchen Instrumenten? Wie waren die wesentlichen Variablen definiert (z.B. der Studienendpunkt)?
- Wie groß war die kontaktierte Stichprobe, wie groß war die eingeschlossene Stichprobe? Wie viele Studienteilnehmer schieden vor Beendigung der Beobachtungszeit aus? Wie viele gingen in die Analyse ein?
- Was sind die zentralen Ergebnisse?
- Welche Schlussfolgerungen ziehen die Autoren?

Leitfragen für die kritische Bewertung der Studien-/Evidenzqualität

- Passt das gewählte Studiendesign zum Untersuchungsziel?
 - ja
 - nein
 - unklar

Tabelle A.18: Bewertung von Verzerrungsrisiken (Bias-Risiken)

Bias-Art	Vorraussetzungen für niedriges Bias-Risiko	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Selektions-Bias 1	Randomisierte Zuordnung nach einem standardisierten, möglichst computergeneriertem Schema	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Selektions-Bias 2	Verdeckte randomisierte Zuordnung, sodass diese nicht beeinflusst werden konnte von Personen, die direkt an der Studie beteiligt waren (z.B. telefonische Zuordnung durch externes Forschungszentrum)	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Selektions-Bias 3	Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen zu Studienbeginn hinsichtlich wesentlicher klinischer Merkmale	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Durchführungs-Bias 1	Standardisierte, einheitliche Durchführung der Intervention	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Durchführungs-Bias 2	Sonstige Gleichbehandlung der Studiengruppen (abgesehen von der zu evaluierenden Intervention)	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Durchführungs-Bias 3	Keine „Kontamination“ der Kontrollgruppe oder Wechsel von Teilnehmer der Kontrollgruppe in die Interventionsgruppe	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Informations-Bias	Verblindete Erfassung der Daten zum Studienendpunkt („Outcome“)	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Attrition-Bias 1	In beiden Studiengruppen sind $\geq 20\%$ der Teilnehmer vorzeitig ausgeschieden.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	

A Anhang Literaturrecherche

Attrition-Bias 2	Die Rate und/oder die Gründe für das vorzeitige Ausscheiden unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Studiengruppen.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko
Attrition-Bias 3	Die Analyse erfolgte nach dem „intention to treat“-Prinzip.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko
Publikations-Bias	Die geplanten Ergebnisse sind vollständig und transparent für alle klinisch relevanten Aspekte beschrieben.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko

Tabelle A.19: Präzision der Ergebnisse

Bedingung für Sicherstellung präziser Ergebnisse	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Stichprobenkalkulation: Vor Durchführung der Studie erfolgte eine Stichprobenkalkulation auf der Grundlage plausibler Annahmen.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die erforderliche Stichprobengröße wurde erreicht.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Daten für den Endpunkt oder die Endpunkte sind valide und reliabel.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Für die Hauptergebnisse (Effektschätzungen wie z.B. relatives Risiko, Odds Ratio, absolute Risikodifferenz oder Mittelwertunterschiede) sind Konfidenzintervalle angegeben.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Konfidenzintervalle deuten auf statistisch zuverlässige Ergebnisse (je enger die Konfidenzintervalle, desto präziser die Ergebnisse).	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	

Tabelle A.20: Übertragbarkeit/klinische Relevanz der Ergebnisse

Bedingungen für Übertragbarkeit/klinische Relevanz	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Die untersuchte Population entspricht einem wesentlichen Teil der Zielgruppe der Intervention.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Der gewählte primäre Endpunkt ist klinisch relevant.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Beobachtungsdauer („follow up“) ist klinisch bzw. aus Patienten-/Bewohnersicht relevant bzw. adäquat.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die evaluierte Intervention entspricht der Durchführung/Durchführbarkeit unter Praxisbedingungen.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Sonstige Bemerkungen:		

Tabelle A.21: Gesamtbeurteilung der Aussagekraft der Studie

★★★★	Hohe Aussagekraft: Die Studienergebnisse haben eine hohe Gültigkeit, sind statistisch sicher und klinisch relevant. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass sich durch weitere Forschung unser Vertrauen in die Ergebnisse ändern wird.*
★★★	Mäßige Aussagekraft: Die Gültigkeit und/oder statistische Sicherheit der Ergebnisse und/oder die klinische Relevanz sind limitiert. Obwohl die Studie Anhaltspunkte gibt, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären, ist es wahrscheinlich, dass weitere Studien unser Vertrauen in die Ergebnisse beeinflussen und andere Erkenntnisse hinsichtlich des Effekts der Intervention liefern werden.*
★★	Niedrige Aussagekraft: Die Studienergebnisse sind in ihrer Gültigkeit, statistischen Sicherheit und/oder klinischen Relevanz deutlich limitiert. Sie liefern kaum vertrauenswürdige Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären. Es ist sehr wahrscheinlich, dass weitere Studien unser Vertrauen in die Ergebnisse ändern und andere Erkenntnisse hinsichtlich des Effekts der Intervention liefern werden.

- ★ **Sehr niedrige Aussagekraft:** Die Studienergebnisse sind mit extrem großer Unsicherheit behaftet und geben keine vertrauenswürdigen Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären.
-

*Positive Beantwortung von **Merkmal a** ist Voraussetzung für diese Bewertung.

B Anhang Experteninterviews

B.1 Interviewleitfaden für Stationen mit DBT

Einverständniserklärung

„Sind Sie damit einverstanden mit mir dieses Experteninterview zu führen? Ich werde Informationen aus dem Interview ziehen und diese anonymisiert zur Person und Institution in meiner Bachelor-Arbeit verwenden. Ich werde das folgende Gespräch mit einem Tonaufnahmegerät aufnehmen, zur späteren Transkription des Interviews. Nach der Transkription des Interviews werde ich die Tonaufnahmen löschen.“

Intention und Ablauf des Interviews

„Die Experteninterviews dienen in der Bachelor-Arbeit als methodischen Grundlage neben der Literaturrecherche zur Beantwortung folgender wissenschaftlicher Fragestellung: Ist es möglich, das Modul Stresstoleranz aus dem Fertigkeitstraining nach Linehan für Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf weitere psychiatrische Krisensituationen übertragen? Die Experteninterviews sollen die Verwendung des DBT Konzeptes darstellen und den Umgang mit krisenhaften Situationen verschiedener Krankheitsbilder, sowie die Vorstellung der Praxis zur Übertragbarkeit des Modules.“

Dokumentation

„Damit ich mich vollständig auf das Interview konzentrieren kann und eine spätere Transkription möglich ist, werde ich jetzt das Tonband einschalten.“

Fragen

1. Wie wenden Sie das DBT-Konzept in der Therapie von Patienten an?
2. Wie wird DBT als Krisenintervention genutzt und das Fertigkeitstraining einbezogen?
3. Wie definieren Sie eine Krise? Was bedeutet das Wort Krise für Sie?
4. Beschreiben Sie eine beispielhafte Krisensituation der Patienten auf Station.
5. Wie und warum wurde DBT bei Ihnen eingeführt (Vorteile)?
6. Wie werden Mitarbeiter mit dem Konzept vertraut gemacht?

„Ich bedanke mich für dieses ausführliche Gespräch. Sollten im Nachhinein noch Fragen auftauchen, stehe ich gerne zur Verfügung.“

Erstellungsdatum: 12.04.2012

Autor: Claudia Ringelhan

B.2 Interviewleitfaden für Stationen ohne DBT

Einverständniserklärung

„Sind Sie damit einverstanden mit mir dieses Experteninterview zu führen? Ich werde Informationen aus dem Interview ziehen und diese anonymisiert zur Person und Institution in meiner Bachelor-Arbeit verwenden. Ich werde das folgende Gespräch mit einem Tonaufnahmegerät aufnehmen, zur späteren Transkription des Interviews. Nach der Transkription des Interviews werde ich die Tonaufnahmen löschen.“

Intention und Ablauf des Interviews

„Die Experteninterviews dienen in der Bachelor-Arbeit als methodischen Grundlage neben der Literaturrecherche zur Beantwortung folgender wissenschaftlicher Fragestellung: Ist es möglich, das Modul Stresstoleranz aus dem Fertigkeitstraining nach Linehan für Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf weitere psychiatrische Krisensituationen übertragen? Die Experteninterviews sollen die Verwendung des DBT Konzeptes darstellen und den Umgang mit krisenhaften Situationen verschiedener Krankheitsbilder, sowie die Vorstellung der Praxis zur Übertragbarkeit des Modules.“

Dokumentation

„Damit ich mich vollständig auf das Interview konzentrieren kann und eine spätere Transkription möglich ist, werde ich jetzt das Tonband einschalten.“

Fragen

1. Was ist aus Ihrer Sicht eine Krise?
2. Beschreiben Sie eine beispielhafte Krisensituation der Patienten auf Station.
3. Welche Interventionsmaßnahmen ergreifen Betroffene und Pflegende in einer Krisensituation?
4. Welche therapeutischen Maßnahmen bereiten die Patienten auf Krisensituationen vor?
5. Welche Schulungsmöglichkeiten gibt es für Pflegende zur Vorbereitung auf Kriseninterventionen in einer krisenhaften Situation?

„Ich bedanke mich für dieses ausführliche Gespräch. Sollten im Nachhinein noch Fragen auftauchen, stehe ich gerne zur Verfügung.“

Erstellungsdatum: 12.04.2012

Autor: Claudia Ringelhan

B.3 Interview 25.04.2012: Station für Persönlichkeitsstörungen

Interviewer: Wie wird DBT angewandt hier angewandt, also in welchen Bereichen?

Experte: DBT wird eigentlich nur angewandt, indem wir die Skillsgruppe haben. Ähm wo die Patienten eben Fertigkeiten erlernen mit Anspannungs-
5 umständen umzugehen und selbstverletzendem Verhalten zu vermeiden und zu gucken wie ich mit meiner Anspannung umgehe, ja, ohne mich selbst zu beschädigen, mich oder andere. Und ähm ein Element was wir noch aus der DBT haben, ist die Verhaltensanalyse, das heißt wenn die Patienten zum Beispiel sich selbst verletzt haben oder destruktives Verhalten an den Tag gelegt haben,
10 dass sie ne Verhaltensanalyse ausfüllen, wo eben noch mal drinsteht, was da der Auslöser war, was sie vorher probiert haben, um sich eben nicht selbst zu verletzen, warum es nicht geholfen hat, welche Gefühle dabei waren, wie hoch die Anspannung gewesen ist und das dann danach nochmal besprechen.

Interviewer: Mich interessiert vorallem die Arbeit im Skillstraining. Vorallem
15 gibt es ja das Modul Stresstoleranz, wo vorallem auch Fertigkeiten erlernt werden einen Verletzungsdruck zu dämpfen. Wird das hier als Krisenintervention angewandt?

Experte: Also wir haben im Alltag, also für Leute die jetzt nicht in der Skillsgruppe sind, warum auch immer, einen Notfallkoffer, wo eben ganz viele praktische Dinge drin sind, die sich die Patienten dann, die beschäftigen sich dann
20 mit dem Koffer, gucken was ihnen hilft und das Ziel ist halt das sie sich dann am Ende des Aufenthalts auch son eigenen Notfallkoffer gebastelt haben, wo eben 5 ganz wichtige Skills drinne sind, wo sie bisher die Erfahrung gemacht haben: „Die helfen mir am besten.“

Interviewer: Und ähm können sie mal eine krisenhafte Situation beschreiben,
25 also wie man sich das dann vorstellen kann, wie das dann abläuft?

Experte: Also Patient kommt zum Dienstzimmer. Ziel ist es auch das sie ihre Anspannung einschätzen können von 0-100 und dann zum Dienstzimmer kommt und sagt die Anspannung ist bei 70 oder 80, dann gucken wir was
30 hat bisher geholfen, oftmals kommt dann die Antwort mir hilft nichts oder es hat noch nichts geholfen, das man sich dann gemeinsam hinsetzt und eben

schaut, welcher Kanal ist jetzt grade offen, ist es jetzt grade der Sinnesbezogene, hoffen das wir vielleicht eine offene Flasche Ammoniak da haben oder was auch immer angenehme Düfte oder Düfte die unangenehm sind, ausprobieren.
 35 Oder ist es eher, reagiert er jetzt eher auf sportliche Reize, das wir nach unten zum Box Sack gehen und sich da auspowert oder Schmerzreize, das er mit dem Gummiband auf den Arm schnippst. Ja das wir dann gemeinsam Dinge rausfinden.

Interviewer: Und wie definieren Sie den Begriff Krise? Woran wird das festgemacht: „Der ist jetzt in einer Krise?“
 40

Experte: Also wir nennen uns Krisenintervention, ist aber oft so, dass da auch schon therapeutische Ansätze mit drin sind und wir jetzt nicht nur die akute Krise besprochen wird, sondern auch was steckt dahinter, was hat dazu geführt und eben auch so ein bisschen biografisch das aufarbeiten. Ja wenn er
 45 in einer akuten Krise kommt geht's halt darum zu stabilisieren, mal zur Ruhe zu kommen, erstmal ganz viel Gesprächskontakt Angebote oder nur zuhören, gucken was braucht er jetzt im Moment. Ja um einfach wieder ein bisschen klarer Denken zu können, meist lässt sich das ja auch nicht ohne Medikamente machen, also so ganz schlimme Krisen mit zum Beispiel Tavor. Das wollen wir
 50 zwar möglichst selten einsetzen, aber wenn es ganz akut ist, dann geht das oftmals auch nicht anders.

Interviewer: Ist für die Krisenintervention wichtig zu wissen was der Anlass zum beispiel des Selbstverletzungsdrucks ist?

Experte: Für das akute schon, aber wir versuchen halt schon auch jetzt nicht
 55 alles aufzureißen, alte Wunden aufzureißen und zu gucken, also es ist dann eher kontraproduktiv hier noch irgendwie ein Fass aufzumachen, wo er anfängt zu erzählen und es ihm dann erstmal noch schlechter geht und dann sagen wir ok jetzt sind die 6-8 Wochen rum, jetzt müssen sie auch wieder gehen, also das versuchen wir schon zu vermeiden. So ist das aber nicht immer, es
 60 wird auch häufig über biografisches gesprochen, was aber auch so ein bisschen zweischneidig ist.

Interviewer: Wie ist es dazu gekommen, dass Sie nach dem DBT Konzept vorgehen? Wie ist es eingeführt worden?

Experte: Ich weiß nicht wie es vorher war, aber ich war vorher in einer anderen
 65 Einrichtung und habe dort eine DBT Ausbildung gemacht und habe dann hier

eine Skillsgruppe aufgemacht. Wie das vorher gelaufen ist, kann ich gar nicht sagen.

Interviewer: Wie findet diese Skillsgruppe statt?

Experte: Jede Woche immer für 1 Stunde.

70 **Interviewer:** Und wer leitet diese Gruppensitzungen?

Experte: Ich selbst. Immer zu zweit.

Interviewer: Wie ist das hier für die Mitarbeiter, wenn die neu dazu kommen? Werden die mit dem DBT Konzept vertraut gemacht?

75 **Experte:** Wir haben eine ganz dicke Einarbeitungsmappe und dann ist das hier auch ganz viel Learning by Doing und mitkommen und mitgucken.

Interviewer: Und werden irgendwie Schulungen angeboten oder irgendwelche Hilfen für Pflegende, dass sie in Krisensituationen sicher handeln können?

Experte: Ich glaub da ist schon viel Eigenengagement gefragt. Also das wird hier jetzt nicht angeboten.

80 **Interviewer:** Und was ist Ihre Erfahrung mit dem Skillstraining? Haben Sie das Gefühl, dass es zum Vorteil für die Betroffenen ist?

85 **Experte:** Die profitieren total davon. Das Ding ist, dass die Patienten auch ambulant an der Skillsgruppe teilnehmen können. Das heißt wenn die dann hier nach 6-8 Wochen entlassen werden, kommen sie dann weiterhin in die Skillsgruppe und frischen ihr altes Wissen wieder auf oder lernen eben noch neues dazu. Also es soll auch nachhaltig festes Handwerkszeug mit nach Hause bekommen.

Interviewer: Zu meiner Frage nach der Definition nochmal. Gibt es Charakteristika die eine Krise beschreiben?

90 **Experte:** Es gibt halt die, ganz oft ist es bei uns die suizidale Krise, wo die Patienten in die Notaufnahme kommen und sagen ich kann nicht mehr, ich kann nicht mehr schlafen, ich kann nicht mehr essen, ich grüble nur noch, ich habe Zukunftsängste, ich weiß nicht mehr wies weitergeht, ich habe keinen Lebensmut mehr oder eben sie kommen nach einem Suizidversuch auf die
95 Intensivstation.

Interviewer: Wie ist das dann nach einer Selbstverletzung, wie wird da interveniert?

Experte: Da ist es dann oft so, dass sie dann sagen: „Ok das hat mich jetzt erleichtert.“ Für einen Moment. Aber das bringt sie natürlich nicht lange weiter.
 100 Sind dann auch recht beschämt. Die Krise klingt dann für den Moment kurz ab nach der Verhaltensanalyse, aber kann es dann zeitnah wieder passieren, wenn sie noch nicht verstanden haben, dass es nur ein ganz kurzfristiger Moment ist, wo es ein bisschen Erleichterung schafft.

Interviewer: Können Sie sich vorstellen, dass das DBT Konzept auch prä-
 105 ventiv gegen Krisen arbeiten kann, vorallem das Skillstraining?

Experte: Ja es geht auch ganz viele Frühwarnzeichen, um die Anspannung festzustellen, ok jetzt bin ich angespannt, was mache ich jetzt, wie sind meine körperlichen Symptome, was denke ich gerade, wie ist mein Gefühl dazu. Oftmals sagen die ja es geht von null auf hundert, die sollen aber auch schon
 110 lernen, dass es noch ganz viel dazwischen gibt und auch schon kleinste Anzeichen, wie morgens beim Aufstehen ist meine Anspannung so und so, das könnte heißen mir geht's heute schlecht, ich tue jetzt was damit das wieder runter kommt. Also es soll schon auch präventiv sein.

Interviewer: Wie kann ich mir das Skillstraining vorstellen?

Experte: Wir machen eine Anfangsrunde mit Postkarten, da sucht sich jeder
 115 eine Postkarte aus die seiner aktuellen Stimmung entspricht, um das einfach ein bisschen leichter loszuwerden wie es ihnen gerade geht, sagt dann eben auch wie hoch die Anspannung ist, dann machen wir meist eine Achtsamkeitsübung zur Einführung, dann kommt so ein bisschen theoretischer Teil auch
 120 am Flipchart, wir machen auch manchmal Gruppenarbeiten, das ist jetzt zwar so nicht im DBT Konzept drin, aber wir finden das eigentlich ganz gut, so muss auch nicht jeder alles von sich preis geben, wenn halt die gesamte Gruppe das Ergebnis vorstellt, ist oftmals nicht so unangenehm, als wenn die das jetzt alleine vorstellen müssen. Ja dann gibt es halt noch praktische Übungen,
 125 Konzentrationsübungen oder probieren irgendwelche Skillssachen aus. Also es ist schon so Theorie und Praxis mit Achtsamkeitsübungen.

Interviewer: Wie werden die helfenden Skills, auch für den Koffer ermittelt?

Experte: Also es wird ihnen auch immer ganz klar gesagt, dass es ganz viel üben ist. Also ganz viel ausprobieren und üben und das eben auch ok ist, wenn

130 mal ein Skill nicht wirkt und jeder Skill nicht bei jedem wirkt. Das ist bei jedem halt unterschiedlich, dass sie da nicht gleich aufgegeben sollen, sondern immer weiter ausprobieren was hilft, was tut mir gut.

Interviewer: Und erfolgt das alles immer im Gruppensetting oder haben Sie auch Einzeltermine?

135 **Experte:** Wir machen das auch im Bezugspflegegespräch. Wir haben hier ja ein Bezugspflegesystem und da wird das dann auch besprochen.

Interviewer: Was denken Sie ist besser? Gruppe oder Einzeltraining?

Experte: Ich glaube schon das sie sehr von der Gruppe profitieren, um eben auch zu sehen: „Ich bin nicht alleine“, anderen geht es ähnlich oder genauso.
140 Oftmals konnten sie sich auch gegenseitig Mut machen, was der eine jetzt schon erreicht hat und sagt: „Hey das schafft ihr auch noch“. Dadurch das die auch unterschiedlich lange in der Skillsgruppe sind und unterschiedlich lange therapieerfahren, profitieren dann auch immer die neueren schon davon und die älteren sind dann eben schon stolz darauf.

145 **Interviewer:** Sie hatten ja vorhin gesagt, es machen nicht alle. Kennen Sie Gründe dafür?

Experte: Ja die Gruppe ist halt im Moment übertoll. Dadurch, dass eben auch ambulante Patienten kommen, haben wir schon eine sehr große Gruppe auch mit Warteliste. Was halt für den Stationsalltag auch schon problematisch
150 ist.

Interviewer: Gibt es dazu derzeit Ideen, wie man das weiter ausbauen kann?

Experte: Wir sind gerade dabei. Es gibt noch nichts konkretes, aber sind wir grad dabei.

Interviewer: Gut dann wünsche ich dabei viel Erfolg und bedanke mich für das Gespräch.

B.4 Interview 26.04.2012: Kriseninterventionsstation für Persönlichkeitsstörungen

Interviewer: Wie wird denn DBT hier angewandt? In welchen Bereichen?

Experte: Hier ist es so, dass unsere Ärzte und Therapeuten DBT im klassischen Sinne nicht anwenden. Wir sind fast alle DBT fortgebildet und zwar kommt circa alle 2 Jahre jemand von außerhalb und bildet uns 2 Tage fort. Und
5 so hat die Pflege sich da auch was rausgezogen, haben für sich gesagt: „Was können wir den Patienten in der Krisensituation anbieten?“ und wir haben ja Patienten mit einem sehr hohen Anspannungsniveau nicht nur Borderline, auch ganz vielseitige Persönlichkeitsstörungen und wir stecken die auch alle in die Skillsgruppe. Es gehen alle die in die Gruppe, auf die das Stresstoleranz
10 zugeschnitten ist. Alle mit einem hohen Anspannungsniveau, wir nehmen aber auch Patienten rein, die überwiegend über Ängste klagen oder auch Dissoziationen, also Patienten viel mit Dissoziationen, die nehmen wir alle mit in das Skillstraining rein. Depressionen ist immer als Begleitperson ein Thema, also wir haben nie Patienten die vom Hauptthema im Moment depressiv sind. Das
15 ist sehr selten. Einige sind depressiv eingebrochen, weil Beziehungskonflikte, Arbeitslos, wenn dieses Gerüst zu Hause zusammenbricht und destabilisieren. Es kann mal sein, dass die depressiven Phasen im Vordergrund stehen, aber die sind bei unseren Persönlichkeitsstörungen geht so was auch oft mit massiver Anspannung und Unruhezuständen einher, deswegen sind die Patienten
20 bei uns immer für die Skillsgruppe geeignet.

Interviewer: Können Sie Eigenschaften nennen, die sagen „Das ist etwas für die Skillsgruppe“? Gibt es Merkmale die man ausmachen kann, dem Patienten würde das jetzt besonders helfen?

Experte: Ganz persönlich finde ich die Skillsgruppe gut für Patienten, die
25 insgesamt wenig Erfahrung haben mit Psychiatrie, wenig Erfahrung vor allem in Psychotherapie, also Patienten die noch nicht so in der Lage sind und diese Fähigkeiten besitzen, sich selbst zu beruhigen. Die einfach in der Krise ganz viel über Kontaktaufnahme, über Gespräche brauchen, ganz viel Bedarfsmedizin benötigen, um irgendwie langsam wieder runter zu kommen. Also die
30 Patienten sind meiner Meinung nach am besten für die Skillsgruppe geeignet.

Das sind auch die, die das erste mal wirklich Handwerkszeug in die Hand bekommen: „Mensch was kann eigentlich ich jetzt tun, um von dieser extremen Anspannung selber runter zu kommen?“, ohne immer bei der Pflege zu stehen „Es hilft nichts. Ich kann jetzt nicht. Was soll ich jetzt tun.“ Nicht diese üblichen Sachen, sondern ich schaff es in Notsituationen alleine, außerhalb von Bedarf und und und.

Interviewer: Und wie kann ich mir dann so ein Skillstrainingstermin vorstellen?

Experte: Also so ein Termin in unserer Gruppe?

Interviewer: Ja genau.

Experte: Wir haben immer 3 feste Termine. Es sind immer 50 Minuten in 3 Wochen. Und wir fangen so ein bisschen mit Theorie an. Also das heißt ganz grob wirklich in 3-5 Sätzen erzählen wir, was ist DBT eigentlich. Wer hat das erfunden und wie soll es wirken oder wie wirkt es. Dann erzählen wir was über Skills und erzählen ein bisschen was über die Stresstoleranz und aber auch in dem Zuge über die Achtsamkeit. Wobei wir das Modul Achtsamkeit nicht behandeln in der Pflege, aber wir sind dabei das weiter auszubauen und auch das anbieten können. Nichts desto trotz müssen die Patienten das mal gehört haben und dann fangen wir auch schon so langsam an, natürlich erfragen warum sitzt der jetzt in der Gruppe, was möchte er bearbeiten, was sind seine Symptome, was er sich wünscht, was er für sich aus der Gruppe ziehen kann. Dann sind wir dann auch schnell dabei die Anspannungskurve zu erklären. Vorher fragen wir meistens ab, wie die Patienten meinen jetzt angespannt zu sein und wenn wir die Anspannungskurve ein bisschen erklärt haben, dann kommt auch ganz viel von den Patienten, dann fragen wir die Anspannung nochmal ab und dann entscheiden wir oft individuell was wir dann machen, wenn die Patienten sehr hoch schon sind, wenn die kurz vorm 70er Bereich sind oder meinen schon im 70er Bereich zu sein, dann machen wir oft so Hirn Flick Flack Übungen. So Sachen, dass die schnell wieder runter kommen können von ihrer Anspannung. Das sind Übungen ähnlich wie Stadt Land Fluß. Das wir zum Beispiel der Reihe um Mädchennamen aufzählen und der eine muss den letzten Buchstaben im Namen vom Vorgänger aufgreifen. Einfach das die Konzentration auf was anderes gelenkt wird und die Gedanken oder was auch ganz toll ist, dass die Patienten runter zählen müssen von 100 und immer 3

65 Zahlen auslassen müssen. Wirklich um die Gedanken einfach woanders hinzu-
 lenken. Das sind einfach auch Übungen die die Patienten auch ganz einfach
 selber anwenden können. In der Bahn oder zu Hause das ist eine relativ leichte
 Übung. Oft stellen wir die 5 Dinge Übung in der ersten Stunde vor. 5 Dinge
 ist so eine Wahrnehmungsübung, so 5 Dinge, die ich sehe, 5 Dinge, die ich
 70 höre und 5 Dinge, die ich fühle und normalerweise lernen die Patienten diese
 Übung alleine anzuwenden. Also da geht's meist darum im jetzt und im hier
 zu bleiben, die Gedanken auf was anderes zu konzentrieren als immer gleich
 depressive Gedankenspirale. Aber diese Übung ist wirklich immer ganz toll,
 wenn man kurz davor ist zu dissoziieren oder in Angstzuständen. Und in der
 75 Gruppe ist das dann ganz schön, da geht das dann reihum. Also da sagt nicht
 einer 5 Dinge, weil das wird dann ja auch langweilig, sondern reihum und das
 Ziel ist es 5 Dinge und dann geht man weiter mit 4 mit 3 mit 2 mit 1 mit 0,
 wenn die Patienten geübt sind, sind sie meistens auch mit ihrer Anspannung
 ein bisschen weiter unten. Also so was machen wir dann noch in der Skillsgrup-
 80 pe und dann ist eigentlich die erste Stunde meistens dann schon fast vorbei.
 Wir stellen dann noch den Selbstbeobachtungsbogen vor. Wir haben den ein
 bisschen verändert und für unsere Stationszwecke, wir haben das ganze DBT
 und diese ganzen Vorlagen für uns ein bisschen verändert. Also weil viele Din-
 ge, wir müssen es auf der Krisenstation etwas niedrigschwelliger halten. Dieser
 85 Selbstbeobachtungsbogen auch ganz einfach gehalten. Es geht darum was für
 eine Uhrzeit, was gab es für eine Situation und wie hoch ist die Anspannung
 ind dieser Situation und was macht der Patient von dieser Anspannung runter
 zu kommen. Oft schreiben sie dann in der ersten Woche noch „Telefonat, An-
 spannung 90%, selbstverletzt“ oder „Bedarf geholt“ was auch immer. In der
 90 zweiten Woche müssen sie den Bogen auch weiter führen, aber dann sollen
 sie schon, in der zweiten Woche bekommen sie dann eine Skillsliste. Auch die
 haben wir ein bisschen verändert. Wir haben einige Skills rausgenommen, weil
 viele Skills auch trigernd für den Patienten sind. Da steht Sex machen oder mit
 seinem Vibrator spielen oder was auch immer, dass ist für unsere Patienten so
 95 ein Trigger, dass es denen meistens noch schlechter geht als vorher und solche
 so besonders Sex betonte Skills haben wir einfach raus genommen. Und in der
 zweiten Stunde bekommen sie dann die Skillsliste und sollen dann auch Skills
 wirklich mal ausprobieren, wenn sie hoch angespannt sind und in der dritten
 Stunde fragen wir dann so ein bisschen ab, welche Skill haben ihnen geholfen.
 100 Wir besprechen dann noch die Skillskette, warum ist das eigentlich wichtig

mehrere Skills hintereinander zu benutzen, warum reicht es oft nicht aus nur ein Skill zu benutzen, welcher Skill ist eigentlich in welcher Situation sinnvoll. Das die Patienten auch lernen bei 90% brauch ich nicht anfangen Soduko zu machen oder zu lesen, sondern da muss ich ein Skill machen der mich schnell
 105 runter bringt, der wirklich meine Sinne und alles auch ein bisschen beeinflusst. So was üben wir dann, das machen wir dann in der letzten Stunde und wir besprechen kurz den Notfallkoffer noch, also warum ist der Notfallkoffer wichtig, was muss ich für mich in den Notfallkoffer reinlegen und der auch immer wieder aussortiert und erneuert werden muss. Das nicht ein Notfallkoffer jetzt auf
 110 Ewigkeiten gut ist, sondern das man auch da immer wieder arbeiten muss.

Interviewer: Was ist Ziel nach diesen 3 Terminen? Was sollen die Betroffenen gelernt haben?

Experte: Das Ziel ist wirklich in erster Linie, das die Patienten ihre Anspannung selber runterregulieren und das dysfunktionale Verhalten, das destruktive wie Selbstverletzung oder Impulsdurchbrüche in Form von das Gegenstände
 115 oder andere Menschen verletzt werden. Drogen/ Alkohol ist auch immer ein Thema in unseren Skillsgruppen, also das benennen wir dann auch so. Das diese Sachen sich reduzieren und Skills immer mehr zum Einsatz kommen, das die Patienten lernen Skills rechtzeitig einzusetzen ohne in diese dysfunktionalen Zustände reinzukommen, wo sie nicht mehr denken und fühlen können,
 120 sondern nur noch handeln und das auch in adäquater Weise. Das ist unser Ziel.

Interviewer: Dann würde ich gerne auf das Thema Krise kommen. Allgemein wie definieren Sie den Begriff Krise für sich?

Experte: Also eine Krise für uns bedeutet, dass unsere Patienten oft ja auch chronisch kranke aus welchen Gründen auch immer zu Hause in diesem Moment nicht mehr zurecht kommen. Das heißt, die Suizidalität ist gestiegen, die Selbstverletzungen sind gestiegen, die depressiven Symptomatik ist gestiegen, der Antrieb ist gesunken. Also das ist eine ganz breite Palette, sie können
 130 Tagesstrukturen nicht mehr einhalten, die Patienten leiden ganz ganz doll darunter, wenn der ganze Tag Nacht Rhythmus verschoben ist, eigentlich tagsüber nur noch rumgammeln, ihren Hintern gar nicht hoch bekommen und natürlich nachts dann nicht schlafen können. Auslöser sind ganz oft Beziehungsprobleme, eine Kündigung im Job, manchmal sind es auch große Streits mit Freunden,
 135 das ist immer ganz unterschiedlich, der Brief, ein Todesfall in der Familie,

also das ist immer ganz unterschiedlich, wann unsere Patienten destabilisiert werden und wir lernen ja eine Persönlichkeitsstörung ist nicht von heute auf morgen weg, das heißt sie leben ja mit ihrer immer brüchigen Stabilität zu Hause lernen umzugehen und wenn da was wegbricht und diese Symptome
 140 sich verstärken, dann sind die Patienten in einer Krise und kommen zu uns und dann müssen wir natürlich gucken in diesen 3-6 Wochen die wir hier haben, dass wir sie schnellstmöglichst wieder auf die Beine bekommen und das ist halt über das Skillstraining gut möglich, natürlich auch die Einzelgespräche mit den Therapeuten plus PN Gespräche und was auch unsere Aufgabe ist zu
 145 gucken, was kann man eigentlich weiterführend den Patienten empfehlen. Und genau da kommt es, der eine Patient in der Skillsgruppe für den wäre eine richtige DBT mal über Monate wäre das super. Dann kann man die Kliniken empfehlen, die wirklich auch mit DBT arbeiten oder bestimmte Stationen empfehlen, die mit DBT arbeiten. Aber es gibt auch ganz viele Patienten, wo
 150 man das Gefühl hat, mensch das muss eher tiefenpsychologisch orientiert sein, die müssen mehr aufarbeiten aus der Kindheit und und und, da geben wir natürlich auch unsere Weiterempfehlung. Und wir gucken wie wir auch immer unsere Station im Haus einbinden können. Wir haben eine Langzeit Borderline Station. Wir haben eine Station, die junge Erwachsene.

155 **Interviewer:** Können Sie mal so eine beispielhafte Krisensituation für diese Station hier beschreiben?

Experte: Also eine kurze Situation eine klassische ist immer eine Patientin kommt und hat sich selbstverletzt. In solchen Situationen sind wir erstmal so ganz sachlich und sehr abgegrenzt, das heißt wir machen erstmal den Verband, um erstmal nicht ins Detail zu gehen, weil wir möchten nicht das unsere
 160 Patienten verknüpfen „Mensch jetzt habe ich mich selbst verletzt und nun bekomme ich ganz viel“, die sollen ja lernen ihre Kontaktaufnahme anders zu organisieren als über Selbstverletzung. Wir fragen was die Patienten jetzt im Moment brauchen, damit es ihnen besser geht. Meistens geht es ihnen nach der
 165 Selbst Verletzung besser und dann bieten wir Gesprächskontakt an, entweder macht die zuständige Pflegekraft, die im Dienst ist das oder es macht auch die Bezugspflegeschwester und dann gehen die beiden in Kontakt und besprechen die Situation, was ist der Auslöser für diese Selbst Verletzung und dann erzählen die Patienten auch: „Ich habe ein ganz schlimmes Telefonat gehabt,
 170 meine Mutter hat mich am Telefon nieder gemacht und das hat mich in so eine Anspannung gemacht, dass ich diesen Druck entlasten musste“ und dann

fangen wir eben wie, was könnten sie das nächste mal machen, wenn sie wieder in so eine Situation sind und dann kommt auch schon zu diesem Skillstraining. Das wären auch die Momente, wo die Patienten in die Skillsgruppe kommen
 175 oder wenn da nicht genug Plätze sind, aber auch die PN/BN die macht diese Stunden dann auch mit dem Patienten.

Interviewer: Es gibt also sowohl Gruppen als auch Einzeltermine?

Experte: Ja, auf jeden Fall. Fast jede Pflegekraft ist so ausgebildet, das sie das auch selber machen kann.

180 **Interviewer:** Was denken Sie ist besser, eher Einzel- oder Gruppentraining?

Experte: Wenn die Patienten diese Frage beantworten würden die wahrscheinlich sagen, die Einzeltermine. Man kann natürlich in Einzelterminen individueller auf gewisse Sachen eingehen, auch individueller auf die ganz spezifischen Themen der Patienten. Ich finde eine Kombination aus beidem gut. Also wirklich die Skillsgruppe, wo es ein bisschen allgemeiner ist und auch erzählen können von sich und was sie für Erfahrungen gemacht haben oderwo ihre Defizite liegen, aber im Einzel das nochmal vertiefen.
 185

Interviewer: Wie ist DBT hier entstanden bzw dieses Skillstraining?

Experte: Also das ist eigentlich ist es entstanden, wir haben auch immer Verhaltenstherapeuten auf Station und einer dieser Ärzte, der jetzt auch Oberarzt
 190 ist, der hat DBT und Skillstraining gemacht und so ist die Pflege da langsam ran gekommen und hat sich gedacht, mensch das ist ja auch eine gute Sache die wir nutzen können, denn für die Pflege ist es ja manchmal auch schwierig, was können wir dem Patienten anbieten, wenn es ihm schlecht geht und wir sind
 195 zwar gut ausgebildet, aber das war uns so klar und ein klares Konzept, welches man auch gut weitergeben kann und so ist das entstanden. Dann wurden alle fortgebildet und dann haben wir uns überlegt, wie wollen wir das umsetzen und das ist daraus entstanden.

Interviewer: Wenn ich neuer Mitarbeiter bin, wie werden ich an das Konzept
 200 heran gebracht?

Experte: Das ist natürlich immer noch ein kleines Problem. Nachschulungen gibt es immer, dass dauert natürlich jedesmal, aber es ist die neuen Mitarbeiter kommen sowieso erstmal in die PN Gespräche mit rein und in die Gruppe, gucken sich die Gruppe an, also die müssen nicht jetzt nach 2 Monaten die

205 Gruppe leiten, sondern die haben wahnsinnig viel Zeit dafür und so ist es wirklich so das alle ihr Wissen an die Neuen weitergibt bis die irgendwann auch so sicher sind bis sie es selber anbieten können.

Interviewer: Denken Sie denn das es möglich wäre, dass Skillstraining auch auf andere Krisensituationen bei anderen Erkrankungen zu übertragen?

210 **Experte:** Über wirklich klassisch depressive, ich will mich da nicht zu weit aus dem Fenster lehnen, aber diese Hauptsymptome das sie antriebsarm sind, das sie oft auch Unruhe haben, aber wir hatten neulich eine Diskussion mit den Patienten: „Ist ein Depressiver eigentlich angespannt oder ist der nicht angespannt?“. Und die Patienten sind der Meinung das ein echter Depressiver
215 keine Anspannung hat und da habe ich gemeint: „Stellen Sie sich doch mal vor, wie das für einen depressiven Menschen sein muss, wenn der Antrieb fehlt er ja aber eigentlich was anderes möchte. Könnten Sie sich nicht vorstellen, dass das ja eigentlich eine wahnsinnige Anspannung macht.“ Und die Patienten fingen an zu überlegen: „Ja der is wahrscheinlich viel angespannter als wir in einigen
220 Situationen“, aber das sind natürlich nur Spekulationen, wenn das in der Tat so ist, dann würde ich sagen „Ja warum nicht“, aber ich glaube einfach bei einem Depressivem muss man erst einmal hinbekommen, dass er überhaupt in der Lage ist so was anzuwenden, sich selbst zu beruhigen, sich selber in den Hintern zu treten, um diese Skills dann anzuwenden. Ich weiß es nicht, bei
225 Essstörung könnt ich mir das schon wieder ganz anders vorstellen, weil fast jeder Essgestörte auch eine Persönlichkeitsstörung hat, vielleicht nicht ganz so ausgeprägt. Aber ich könnte mir schon vorstellen, dass man Essen kotzend durch Skills austauschen könnte, wenn die Patienten das möchten.

Interviewer: Würde es auch der Pflege helfen ein einheitliches Kriseninterventionskonzept zu haben, um in verschiedenen Krisensituationen sicher zu
230 handeln?

Experte: Könnte ich mir vorstellen, ist wirklich eine Frage, man müsste das ausprobieren. Ich kann mir auch vorstellen, dass viele Stationen das schon unbewusst nutzen (Skillstraining). Die Pflege fragt ja ganz oft was haben sie
235 schon gemacht, was kann man jetzt anwenden, haben sie nicht mal geguckt was helfen könnte, lenken sie sich doch da und damit ab

Interviewer: Gut dann bedanke ich mich für das Gespräch.

B.5 Interview 27.04.2012: Akut psychiatrische Station

Interviewer: Was bedeutet Krise? Wie definieren Sie den Begriff Krise?

Experte: Das ist sehr schwierig, das zu definieren. Ich weiß, dass es eine WHO Definition gibt, die ich jetzt nicht auswendig kenne. Die Definition Krise ist halt von Patient zu Patient unterschiedlich, weil jeder Patient seine Krise unterschiedlich wahrnimmt und wir auch die Krisen der Patienten unterschiedlich wahrnehmen. Manchmal passt das so gar nicht zusammen, manchmal sehen wir eine höhere Tendenz eine deutliche Verschlechterung eines Zustandes eines Patienten und manchmal sieht sich der Patient viel schlechter. Krise im Sinne von Depressionen artet sich halt in vielen Symptomen aus, wie zum Beispiel bis hin zum Bett nicht mehr verlassen, Nahrungsaufnahme nicht mehr durchzuführen, das Haus überhaupt nicht mehr zu verlassen, weil der Antrieb in jeglicher Form fehlt und bis hin zu tatsächlich auch wahnhaften Störungen. Also das die Patienten auch Todesängste entwickeln, aufgrund dessen, dass sie die Idee entwickeln aus der Depression heraus, dass sie tödliche Erkrankungen haben und wirklich auch fest davon überzeugt sind. Das ist sehr facettenreich.

Interviewer: Können Sie eine beispielhafte Krisensituation im Stationsalltag beschreiben?

Experte: Als Beispiel würde mir halt tatsächlich einfallen, eine Patientin, die wir schon mehrfach hier behandelt haben, die zu Hause sich richtig eingebuddelt hat, mit Gardinen zu und Decke über den Kopf und sich über Wochen nicht mehr gewaschen hat, die keine Nahrung mehr zu sich genommen hat und wo der Lebensgefährte immer ganz fleißig und tapfer sich gekümmert und bemüht hat und auch die Medikamente geholt hat und ihr die morgens immer ans Bett gebracht hat und sie die Medikamente aber nicht genommen hat, sondern die im Nachtschrank gesammelt hat, um dann sich auch in einer längerfristigen Vorbereitung auch ein Suizid zu machen, weil sie in ihrem Leben auch keinen Sinn mehr gesehen hat. Weil sie überhaupt keinen Antrieb hatte, um irgendwas in ihrem Leben zu bewältigen. Dann war sie sehr schambehaftet, weil sie eigentlich einen sehr sehr bemühten Lebensgefährten hatte, der schon mehrere depressive Episoden mit ihr durchgemacht hatte und durchgestanden hat und der wirklich immer an ihrer Seite gestanden hat, sie war sehr schambehaftet, aufgrund ihrer familiären Situation, da gab es den Vater der verstorben war

und sie sich nicht regelhaft kümmern konnte, weil sie sehr mit ihrem eigenem Defizit der Depression beschäftigt war, sodass auch viele Vorwürfe seitens ih-
 35 res Bruders und ihrer Mutter im Raum standen, das hat sie sehr belastet, da nicht dagewesen zu sein und das mit der Familie gemeinsam bewältigt zu ha-
 ben und unterstützt zu haben und bei dieser Patientin kam auch sehr dazu, dass die den Arbeitgeber gewechselt hat. Ihres Zeichens ist sie Sozialpädagogin
 gewesen, sie hat lange selber sozialpsychiatrisch gearbeitet und hat dann in die
 40 Behörde gewechselt in einer Art vorbereitenden Krisendienst und ist dort mit den Arbeitsverhältnissen nicht zurechtgekommen und auch mit den Kollegen
 nicht so. Man muss dazu sagen, dass so eine Behörde nicht so was familiäres hat wie eine Sozialpsychiatrie und das ist auch schon eine große Umstellung
 für jeden der dann da auch sehr empfindsam ist. Und letztendlich hat sie diese
 45 Stelle angefangen und hat es 4 Wochen ausgehalten und von da an hat sie sich krankschreiben lassen. Und ich weiß, dass die seit über einem Jahr krankge-
 schrieben ist. Und war zweimal mit schwersten Suizidversuchen bei uns, weil die einfach auch das Leben drum herum nicht mehr aushalten kann. Das ist
 natürlich auch so ein Punkt das Leben aushalten zu müssen, was passiert um
 50 mich herum. Dann gibt es Menschen, die können das dann ganz gut wegste-
 cken, können sich aufraffen und wieder loslegen und was anderes in die Hand
 nehmen, suchen sich einen anderen Job der vielleicht wieder besser passt und
 dieser Patientin war das leider nicht möglich bis hin, dass sie dann wieder einen
 Suizidversuch unternommen hat mit diesen gesammelten Medikamenten und
 55 inzwischen hat die Patientin sogar eine gesetzliche Betreuung, die sie bei uns
 untergebracht hat. Das hat viele viele Wochen gedauert, dass diese Patientin
 wieder aus dem Bett heraus gekommen ist, dass sie sich gewaschen hat, dass
 sie die Kleidung gewechselt hat, dass sie wieder angefangen hat zu essen, sie
 war auch sehr abgemagert. Hatte einen BMI weit unter der Norm, inzwischen
 60 hatte es schon Zeichen von Wundliegen und das waren dann alles schon so...
 das kommt dann halt noch dazu. Also das sind dann halt Risiken, die entste-
 hen bei Menschen die das Bett nicht mehr verlassen. Das war schon eine sehr
 schwere Krise einer Depression.

Interviewer: Wie handelt ihr dann, wenn ihr solche Patienten aufnehmt?

65 **Experte:** Unser Ziel ist es natürlich die Motivation und den Antrieb wieder zu
 steigern, so dass die Patienten wieder ... Also das Ziel soll natürlich sein, dass
 die Patienten wieder selbstständig am Lebensalltag teilnehmen können und so
 alltägliche Dinge wieder verrichten zu können und das ist viel mit Motivation

und Ansprache, Kurzkontakte und wenss zum Beispiel um Mittag oder Früh-
70 stücken geht, da sind viele viele Kurzkontakte nötig, um jemanden auch nur
an die Bettkante zu bekommen und wenss nur ein Kaffee ist, es ist irgendwie
was rein und ein bisschen Bewegung und es sind viele viele Gespräche nötig
und grade bei dieser Patientin war das auch die Besonderheit, dass sie selber
vom Fach ist, die war auch was das angeht sehr schambehaftet, sie konnte es
75 nie so gut aushalten, das wir als Fachpersonal, dann auch ihr erzählen, was sie
tun soll, weil sie ja durchaus Kunden betreut hat, die in der gleichen Situation
und Symptomatik . . . Sie sagt ja immer „Ich weiß das alles, ich weiß das doch
alles... Ich kriegs selber nicht hin . . .“ und so war schon eine Besonderheit,
war schon schwierig. Und dann eben auch dieses, dass sie nicht freiwillig da
80 war, sondern gegen ihren Willen bei uns war, das war schon eine große, also
da war auch viel Wut dabei, auch das muss man ja auch irgendwie verbin-
den und von daher ist es ja . . . Ich finde es macht auch viel aus nach welchem
Pflegekonzept man da arbeitet. Also da war da konnte man wirklich Peplau
mit all seinen Rollen, die man als Pflegende einnimmt und auch die Phasen
85 waren gut nachvollziehbar bei ihr. Also diese Entwicklungsphase war sehr sehr
lange in der Orientierungsphase , weil wirklich Decke übern Kopf und wirklich
gar nichts möglich war und auch mit der Identifikation, da hat sie sich sehr
drin aufgehalten, leider ist sie nicht bis in die Nutzungsphase. Sie hat dann,
nachdem der Beschluss aufgehoben war, ist sie hat sie sich schnell entlassen
90 lassen. Das ist dann das Manko was man hat, sie hat an uns keine ambulante
Anbindung, so dass man schon ein ungutes Gefühl hat, wenn man jemand in
so einem schlechten körperlichen Zustand auch bekommen ist, aufgrund einer
Depression, ist es schon . . . , man lässt solche Patienten nicht mit einem guten
Gefühl nach Hause gehen.

95 **Interviewer:** Und wenn sie dann doch länger hier bleiben, gibt es Therapie-
angebote, die die Patienten auf solche Krisensituationen vorbereiten?

Experte: Wir gucken da aus verschiedenen Facetten. Wir als Bezugspflege-
person gucken da natürlich explizit, sind da viel im Gespräch und gucken, wie
ist die Stimmungslage jetzt. Es gibt zum Beispiel die Möglichkeit ein Stim-
100 mungsprotokoll zu schreiben, das man dann gemeinsam auswertet. So dass
die Patienten auch zunehmend eine realistische Einschätzung bekommen, wird
durch uns reflektiert, wie wir sie wahrnehmen, das zum Beispiel. Auch ein
Mittel, natürlich ist das auch eine Sache von Medikamenten, auch da gibt es
Möglichkeiten. Also wenn die Patienten mit einer dauerhaften Medikation ein-

105 gestellt sind, zu gucken wie verändert sich das eigentlich oder eben auch mit
 einer Bedarfsmedikation zu arbeiten, wie wird's halt aushaltbarer. Dann gibt
 es so Hilfsmittel, wens gar nicht mehr aushaltbar wird, also auch wenn der
 Antrieb so gänzlich fehlt, so Tricks und Kniffe zu sagen „Mensch und jetzt mal
 son abend . . .“, also das ist ja hier dann ein Stationsabend, dass man die Pati-
 110 enten wieder in die Verantwortung nimmt und zum Beispiel auch unterstützt
 mit Weckdiensten und sich daraufhin arbeitet, dass dann der Wecker selber
 gestellt wird, das man von alleine wieder aufstehen kann. Dann haben wir
 Gruppentherapeutische Angebote, also wir bieten Gesprächsgruppe an, wo die
 Patienten gemeinsam wahrnehmen können, sich spüren können, sich austau-
 115 schen können mit therapeutischer Begleitung, wie ist das eigentlich bei den an-
 dern, wies denen so geht, also das ist auch so eine Form Selbsterfahrung durch
 Gruppenaustausch. Dann gibt es die Möglichkeit Psychoedukation für Depres-
 sion zu machen. Das ist ein Modulsystem, wo aufgebaut wird auf Diagnosen,
 die werden mit dem Patienten besprochen und alles so einfach strukturiert,
 120 dass das Patienten auch verstehen können. Also das sind keine hochmedizi-
 nischen Fachbegriffe, das ist ein ausgearbeitetes Programm für Patienten mit
 Depression und eben nicht mit fachlich-medizinischen Hintergrund. Also es
 fängt bei der Diagnose an, die hat eine große Stellung, also welche Auswirkung
 von Symptomen, welche Symptome gibt es überhaupt, Medikamente und eben
 125 auch, was mach ich wenn ich in die Krise gehe, woran erkenne ich meine ei-
 gene Krise. Auch das ist ja ganz unterschiedlich geprägt, also jeder merkt ja
 andere Krisenwarnzeichen. Was gibt es denn noch? Ja es gibt durchaus auch
 Patienten, wo so ne Depression auch kombiniert ist mit sich selber nicht mehr
 wahrnehmen können und da gibt es durchaus auch so Möglichkeiten Skills an-
 130 zuwenden, wie zum Beispiel mit einer Therapieknete oder aber auch für sich
 selber etwas Gutes zu tun, darum geht es ja auch oft bei einer Depression,
 das Aushalten für sich selber was Gutes tun, zum Beispiel ein Aroma Bad zu
 nehmen, sich Zeit für sich zu nehmen, ja solche Dinge. Das ist dann Einzelfall
 abhängig.

135 **Interviewer:** Und wie ist das für die Pflege, ist es wichtig zu wissen, was jetzt
 der Krisenanlass ist, um Kriseninterventionsmaßnahmen zu wählen?

Experte: Erst mal ist es nebensächlich, weil erst mal muss man natürlich den
 Patienten kennen lernen. Also wenn man weiß es ist eine Depression ist es erst
 mal nebensächlich, wenn man den Patienten nicht kennt, weil man erst mal
 140 gucken muss, was hilft diesem individuellen Menschen eigentlich? Nicht bei

jedem funktioniert es, sich ans Bett zu setzen und zu motivieren. Aber damit fangen wir meistens an und es ist egal in welche Richtung es dann geht. Es geht überwiegend erst mal um die Motivation und die Ansprache und Kontaktaufnahme, weil da ist es ganz oft, was den Patienten zu Hause einfach fehlt, dass
 145 jemand da ist und das wahrnimmt und darauf eingeht und reagiert. Damit fangen wir eigentlich an und dann gucken wir was sich innerhalb des Therapieverlaufs bzw im Aufenthalt hier bei uns ergibt und was wir meinen auch als Team, was diesem Patienten auch helfen könnte. Oft sind ja auch so sozialarbeiterische Tätigkeiten nötig. Oft ist es so, dass ein Wohnungsverlust droht
 150 oder es aus der Wohnung schon unangenehm riecht und es gibt Probleme mit Nachbarn oder das es auch darum geht eine ambulante Versorgung zu schaffen, also zum Beispiel PPN oder manchmal auch ja schon was halbstationäres oder einen tagesklinischen Aufenthalt. Das muss dann auch sozialarbeiterisch betreut werden.

155 **Interviewer:** Wie ist das für die Mitarbeiter? Werden die geschult oder vorbereitet, wie sie in Krisen sicher handeln können?

Experte: Also geschult oder vorbereitet? Naja jeder muss sich selber um Fachkenntnisse bemühen, was das Thema Depressionen bzw alle psychiatrischen Erkrankungen angeht, es geht natürlich um Fachkenntnisse, die man sich schon
 160 beibringen muss. Also hier geht viel auf Erfahrung, also die Mitarbeiter werden viel auf Gesprächsgruppen geschult für diese Psychoedukation Depression speziell geschult und ansonsten haben wir halt das Einarbeitungskonzept, wo auch schon die Symptomlast der Depression beschrieben ist und ansonsten lernen die Mitarbeiter von dem was die Erfahrenen tun. Da sind wir sehr im
 165 Austausch und gucken uns auch die Kurzpflgeplanung an, was sind eigentlich die Pflegemaßnahmen, die wir so standardisiert bei Patienten mit Depressionen haben.

Interviewer: Gibt es eine Regelmäßigkeit in der Krisenintervention, läuft eine Art Kaskade ab, die bei den unterschiedlichsten psychiatrischen Krankheiten
 170 gleich ist?

Experte: Ich glaube, dass im überwiegendem Teil wirklich ein regelhafter Ablauf stattfindet. Also es ist erst mal ein willkommen heißen, das fängt ja schon an, wir zeigen Ihnen die Station, wir händigen ihnen die Stationsregeln aus, wir haben Regeln für die Station an die die Patienten aber auch wir
 175 uns halten müssen, damit fängt das oft schon an und damit kommt man halt

ins Gespräch, weils doch oft nochmal fragen gibt zum Beispiel „Darf ich mein Laptop hier auf Station haben?“, solche Dinge halt, da kommt man dann schon ins Gespräch und dann kommt halt so dieser Routinemäßige Check im Krankenhaus, damit fängt es dann an und dann ist es eine Pflichtveranstaltung an Morgen- und Abendrunden teilzunehmen, also da sind egal welcher Patient, die sind da automatisch mit drin und es gibt halt so einen Tagesablaufplan. Der beginnt damit, das die Pflege morgens um halb 8 durch die Zimmer gehen und jeden wecken und jeder eine kurze Ansprache erhält. Dann geht es weiter damit, dass sich die Patienten fertig machen können, es gibt morgens Frühstücksämter, da gibt es Patienten, die eingeteilt worden sind, um Frühstücksbuffet für die Mitpatienten vorzubereiten. Dann ist es so, dass die ersten Patienten schon Medikamente bekommen und so weiter. Dann geht es in der Morgenrunde los, wo alltägliche Dinge besprochen werden, auch so über Dynamiken die innerhalb der Patienten entstehen, ob es Schwierigkeiten auf der Station gibt mit dem Miteinander oder eben auch, wo wir informelle Dinge bekannt geben. Darüber werden die Patienten eben informiert. Jeder Patient kriegt gleich zu Anfang einen eigenen Therapieplan, wo diese Dinge dann für jeden Patienten auch verbindlich drauf stehen, da legen wir sehr viel Wert drauf, dass die Patienten auch teilnehmen. Wenn Patienten nicht teilnehmen können, muss das ärztlicherseits angeordnet werden, weil Patienten zum Beispiel andere Termine haben. Wir haben feste Visitenzeiten, ansonsten müssen sich die Patienten in der Morgenrunde mitteilen, wenn sie gerne ein Visitengespräch haben möchten. Was ich finde, was bei uns noch eine Besonderheiten ist, ist das wir keine Bettensvisiten haben, sondern das die Patienten wie in einer Arztpraxis in das Zimmer des behandelnden Arztes kommen müssen bzw, wenn wir große Visiten haben Chefarzt oder Oberarzt Visiten, dass die dann so zu sagen in diesen großen Gruppenraum kommen müssen. Es ist eine Warteliste gegeben, dass die Patienten sich selbstständig bereit halten sollen nach Möglichkeit. Dann wird halt geguckt, was braucht der Patient eigentlich, gibt es schon eine Tendenz wo man sagen kann wo geht es auch therapeutisch hin, es wird auch geguckt, was es so an therapeutischen Maßnahmen für diesen Patienten geben könnte. Also es ist wirklich Tagesstruktur schaffen. Das gilt nicht nur für Menschen mit Depressionen, sondern für eigentlich jedes Krankheitsbild.

Interviewer: Denken Sie das es möglich ist ein Kriseninterventionsprogramm aufzubauen, wo Patienten verschiedenster psychiatrischer Erkrankungen Fertigkeiten zur Bewältigung von Krisen erlernen?

Experte: Ich glaube generell ist die Thematik schon für viele Patienten, also grade was das Thema Krisen angeht Tagesstruktur angeht, glaub ich das das für viele Patienten durchaus ein Thema ist egal welche Erkrankung sie haben.
 215 Ich glaube, dass das Problem einfach ist, wenn man diese Patientengruppen zusammen tut, ich glaube das kommt dann sehr auf die Mischung an, das die zwangsläufig nicht alle voneinander profitieren können. Weil diese Modulsysteme, die wir ja auch für Psychoedukation haben für Psychose und Schizophren Erkrankte haben, da geht es natürlich auch um Krisen und um Medikamente,
 220 aber da ist häufig das Konzentrationsvermögen ein anderes. Da ist häufig die Grunderkrankung, also auch wahnhaft zu sein auch Halluzinationen zu haben, deutlich präsenter bei Menschen mit Psychosen und Schizophrenie. Ich glaube, dass kann funktionieren, aber das kommt dann wirklich auf die Gruppenkonstellation an. Also, wenn ich jemanden habe der nicht ganz so wahnhaft ist
 225 und jemanden der nicht ganz so depressiv ist, glaube ich kann man das gut kombinieren. Aber ich ...

Interviewer: Ich stelle mir vor allem die Frage, wie es bei depressiven Menschen möglich ist, dass die es schaffen selbstständig Skills anzuwenden in ihrer Krise. Was denken Sie?

230 **Experte:** Das denke ich auch das das schwierig ist, weil meistens die Depression ja auch mit dieser Antriebsschwäche langsam einher geht und das ist wirklich, also es kommt dann wirklich drauf an, wie minimal diese Form von Training ist und das was sie erlernt haben um diese Krise zu ... Also man kann von einem Depressiven, der da voll drin hängt und antriebslos ist nicht
 235 erwarten, dass er sich was Gutes tut und einen Kaffee trinkt oder was heißes, um sich zu spüren. Das ist ja nochmal was anderes, wie zum Beispiel bei einer Persönlichkeitsstörung. Ich glaube das jemand der depressiv ist und so eine Form von Skillstraining machen soll und kann, der muss schon fortgeschritten sein in seiner Therapiefähigkeit. Also ich glaube, dass a und o für eine depressive Erkrankung ist, dass er ambulant gut angebunden ist. Das ist natürlich
 240 für alle wichtig, aber ich glaube der Depressive braucht das einfach auch um voran zu kommen, um noch konkreter mit seiner Symptomatik umgehen zu können, auch um Krisenzeichen schneller zu erkennen. Also die sind ja die Krisenzeichen sind ja sehr schleichend, das fängt ja oft mit: „Ich muss einmal die
 245 Woche heulen“. Da geht's ja schon los, auf der anderen Seite ist es für manche Menschen nicht schlimm einmal die Woche zu heulen, also das hat auch wieder mit Scham zu tun. Der Depressive muss sich selber auch gut kennen lernen,

wo geht meine Krise eigentlich los und was kann ich tun. Also das basiert natürlich auf die Erfahrungen, die der depressive macht und natürlich auch seine
250 Kooperationsfähigkeit. Also das ist glaube ich das a und o, dass jemand der depressiv ist und ein Skillstraining absolviert hat auch kooperativ bereit ist, das umzusetzen. Und das nicht zu verdrängen.

Interviewer: Gut von meiner Seite her waren das alle Fragen. Ich bedanke mich für das Gespräch.

B.6 Interview 12.05.2012: Abteilung für Esstörungen

Interviewer: Wie wird der Begriff Krise im Bereich der Essstörung definiert?

Experte: Das können verschiedene Situationen sein. Also eine Krise könnte sein, eine Patientin hat einen starken Heißhunger Druck haben oder es geht
5 ihr emotional sehr schlecht, ist angespannt oder hat eine starke Emotion wie Trauer oder Ärger. Oder eine Krise könnte auch sein, dass sie eine starke Angst hat Lebensmittel zu essen, zum Beispiel beim therapeutischen Essen irgendwas mit Soße und die Soße ist schwierig. Und letztendlich 'on the top' ist eine suizidale Krise. Das ist relativ selten, da wir im moment vor allem
10 auch sehr anorektische Patienten haben, wo akute Suizidalität eher weniger das Thema ist. Eher das sich Patienten zu Tode hungern.

Interviewer: Können Sie eine beispielhafte Situation für eine Krise beschreiben?

Experte: Also in der Regel melden sich die Patienten dann auch selbst oder
15 wir beobachten auf dem Flur oder in der Gruppe, dass es ihnen schlecht geht, dann sprechen wir sie auch an. In der Regel ist oft der häufigste Weg, dass sich Patienten selbst melden und weinen oder sehr angespannt sind, sie grad nicht wissen, wie es weiter geht und dann würden wir erst mal gucken, was ist los? Wenns eine hohe Anspannung ist, würden wir auch Skills einsetzen, weil
20 dann können wir das einfach so im Gespräch eigentlich nicht klären. Manchmal betreuen wir den Patienten beim Skillen auch oder gehen sie doch die Treppen im Flur steigen ... Das würde man bei einer anorektischen Patientin mit BMI 12 nicht machen, aber bei einer bulimischen Patientin die BMI normal ist, die könnte erst mal Treppen laufen und dann kommt sie wieder und dann kann
25 man gucken, was hat das eigentlich ausgelöst, woher kommt die Krise, was ist grad los und auch wo wir die Patienten unterstützen können.

Interviewer: Wer ist vorrangig zuständig für Patienten in Krisensituationen? Werden Sie als leitende Psychologin dazugerufen?

Experte: Also eigentlich sind das immer die Bezugstherapeuten. Ich werde
30 dann einbezogen, als Teamleiterin, wenn es um Suizidalität geht. Also, wenn Suizidgedanken neu aufgetreten sind oder Suizidhandlungen, dann werde ich

als Teamleiterin einbezogen. Ansonsten sind das die Bezugstherapeuten, also die die mit ihnen die Therapie gestalten. Das ist der erste Ansprechpartner. Und wenn die grade mal in einem Gespräch sind oder nicht auffindbar, dann sind es die Pflegekräfte. Dann haben wir 2 Co-Therapeuten auf Station oder
 35 eine, je nach Station sind die dann ansprechbar im Dienstzimmer.

Interviewer: Wie werden Patienten therapeutisch auf Krisensituationen vorbereitet?

Experte: Eher nicht. Es gibt keine Präventionsmaßnahmen. Was schon ist
 40 . . . , wenn wir merken, dass Patienten große Schwierigkeiten in der Anspannungsregulation, dann bekommen die auch zusätzlich auch ein Fertigkeiten-training, also wenn wir sehen, da sind so instabile Züge, Schwierigkeiten in der Emotionsregulation oder Anspannungsspitzen, dann kriegen die ein Fertigkeitenttraining, um auf Dauer damit umgehen zu können. Dann müssen sie schon
 45 mal eine Krise gehabt haben, damit wir sehen das ist jetzt Thema.

Interviewer: Gibt es Therapiemaßnahmen, wenn auffällt der Patient hat eine emotionale Dysfunktion?

Experte: Was immer Teil der Therapie ist, zum Beispiel bei Bulemie, die Heißhunger Anfälle haben, wie kann ich Heißhungeranfälle vorbeugen. Also
 50 wie kommt der überhaupt zustande. Also wir machen auch immer Situations- und Verhaltensanalysen wo es drum geht: was ist vor dem Heißhunger Anfall, was hat den ausgelöst und wir entwickeln dafür auch Strategien. Also, wenn man das als eine Krise ansieht, kriegen die natürlich eine Menge von Präventionsmaßnahmen. Wenn es eine Krise im engeren Sinne der DBT ist zur
 55 Selbstverletzung oder Suizidalität machen wir nicht durchweg präventive Maßnahmen. Da gucken wir eher, ist die Patientin vor uns eine die in diesem Bereich Schwierigkeiten hat und wenn ja, gucken wo wir ihr ein Behandlungsangebot machen können. Also bei Suizidalität müssen wir auch einen Anti-Suizid Vertrag machen. Das ist ja so eine Art . . . , also das wir dann schauen, in dem Fall
 60 machen wir das.

Interviewer: Verhaltensanalyse ist ja auch ein Teil der DBT. Sie beziehen sich aber eher auf ein anderes Konzept oder?

Experte: Also wir beziehen uns auf die kognitive Verhaltenstherapie. Das ist aber sehr ähnlich. Also DBT ist noch ein bisschen ausdifferenzierter. Da sind

65 die einzelnen Ebenen noch ein bisschen differenzierter und auch im Schwer-
punkt sehr auf der Emotionalität. Das machen sie in der kognitiven Verhal-
tenstherapie eigentlich in allen Bereichen bei Essstörungen. Also sie machen
immer: wie war die Situation, welche Gedanken und Gefühle, körperliche Re-
aktionen, Verhaltensweisen wurden ausgelöst hat, wie hat sich die Patientin
70 verhalten, was ist danach. Das ist so im groben und die DBT differenziert das
noch ein bisschen mehr aus.

Interviewer: Wie ist das für die Therapeuten? Gibt es vorbereitende Maß-
nahmen (?), weil es ist ja auch für Therapeuten nicht immer leicht im Umgang
mit Krisensituationen.

75 **Experte:** Also es so eine Einarbeitungscheckliste, die wir hier im Hause haben
und neben ganz vielen formalen Dingen, steht da auch viel drin über Umgang
mit Suizidalität beispielsweise oder Umgang mit Krisen. Also es ist auch ein
Teil einer Einarbeitung, was so in der ersten Woche mit abgearbeitet wird und
es gibt auch . . . unsere Mitarbeiter sind auch in Schulungen, heißt wir machen
80 eine verhaltenstherapeutische Ausbildung, also der Arzt macht Facharzt und
die Psychologen machen den Verhaltenstherapeuten und dann gibt es noch die-
ses Seminar 'Suizidalität und Krisen', was sie im ersten Jahr auch zusätzlich
machen. Also in der Einarbeitung gibt es dann dieses Seminar. Was noch-
mal wichtig ist, dass wir hier auch Dienste haben hier im Haus, also sowohl
85 Psychologen als auch Ärzte haben, und dann gibt es Dienste . . ., in diesen
Diensten ist man häufig mit Krisen konfrontiert, weil die Patienten kommen
zur medizinischen Zentrale und sagen: „Och mir geht´s so schlecht, Ich hab
grad Suizidgedanken oder Selbstverletzungsdruck“. Um die Mitarbeiter dar-
auf vorzubereiten laufen die Mitarbeiter einen Dienst mit. Also da lernen die
90 auch nochmal beim Therapeuten, der grade Dienst macht, wie gehen die in
Gespräche.

Interviewer: Ich würde gern noch etwas mehr erfahren, was in einer Krise
gemacht wird. Was kann man außer Treppen steigen sonst noch machen? Auch
wenn sie jetzt nicht darauf ansprechen würden.

95 **Experte:** Also es gibt so mehrere Sachen. Also nehmen wir mal an ich wäre der
Bezugstherapeut auf Station. Das eine ist, wenn die Patienten kommen, dann
guck ich erstmal „Wie ist der Zustand, kann ich mit denen reden?“. Wenn ja,
dann versuch ich irgendwie zu sortieren, was ist jetzt eigentlich los, so. Wenn
ich nicht mit denen reden kann, weil die Anspannung zu hoch ist, würde ich

100 erstmal skillen, weil wenn ich nicht mit denen reden kann, dann würd ich auch
erstmal sagen „Mensch was ist denn los, dass sie so traurig sind?“, würde sie
dann auch erstmal weinen lassen und fragen „Und was ist jetzt los, wollen sie
mal erzählen . . .“. Dann würde ich erstmal sondieren, also Lage, wie ist die
105 Situation, was hat die Traurigkeit ausgelöst, was hat die Anspannung ausge-
löst und so zu sagen, was genau ist das schwierige an der Situation und was
brauchen sie an Bewältigungsstrategien, um erstmal überhaupt runter zu kom-
men und zu beruhigen.., aber wollen auch erstmal für sich sein oder . . . wär es
nochmal wichtig . . . , gibt ein Konflikt zu einer Mitpatientin, der zu klären ist,
gibt es einen Konflikt zur Mutter, wo was gemacht werden muss. Wenn man
110 sich nochmal hinsetzen muss, was könnte man der Mutter jetzt sagen. Wär es
vielleicht sinnvoll auf Dauer ein Gespräch mit der Mutter zu planen, wie auch
immer. Man würde eher anfangen zu gucken, was ist eigentlich grade los, was
ist es für ein Gefühl, das auch zu benennen. Und dann zu gucken, was sind jetzt
Strategien, die im Augenblick helfen. Und ich als Teamleiterin werden dann
115 hinzugezogen, wenn es um Suizidalität geht, das ist ganz klar. Wenn das auf-
tritt kommt die Bezugstherapeuten mit Patienten zu mir und dann klären wir
gemeinsam und dann gucke ich sehr genau, was sind das für Suizidgedanken,
wie konkret sind die, sind da Handlungsabsichten dabei, leisten die Patienten
Widerstand gegenüber diesen Suizidgedanken. Bei Selbstverletzungsdruck geht
120 es ja häufig auch um Anspannung und ums skillen und das ist die Frage, kann
die Patientin das alleine oder brauch sie Hilfe. Manchmal gibt es dann auch
noch die Möglichkeit einer Bedarfsmedikation, wenn das Skillen nicht hilft,
dann ist das so immer der letzte Weg. Das ist dann so ein niedrigschwelliges
Neuroleptikum dosiert bekommen.

125 **Interviewer:** Wie wichtig ist es in Krisensituationen den Auslöser zu erfahren?
Ich habe gelesen, dass das oft die Gefahr wirkt den Krisenzustand noch zu
verstärken.

Experte: Bei Borderline Patienten, die halt sowieso Schwierigkeiten in der
Emotionsregulierung haben und schnell sehr intensiv auf leichte Auslöser rea-
130 gieren, da würde ich glaube ich immer erstmal skillen, weil bei denen zeichnet
sich das meistens durch Anspannungsspitzen aus. Man kann die Traurigkeit
benennen, muss dann gucken.., steckt dahinter noch ein traumatisches Erleb-
nis, dann würde ich da nicht zu tief rein gehen . . . , weil die nicht stabil genug
sind, um dieses Trauma zu bearbeiten. Da würde ich dann eher sagen, wir tun
135 alles, um den Tag gut rumzubringen. Da würde ich aber nicht die Ursache auf-

arbeiten. Bei Patienten, die eine reine Essstörung haben, könnte man eventuell schon tiefer rein gehen.

Interviewer: Sie sagten vorhin DBT wird hier bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit Essstörungen angewandt. Wo soll denn DBT wirken, auf die
140 BPS oder die Essstörung?

Experte: Beides. Es ist ja häufig so, dass diese Essstörung bei BPS Patienten eins der Probleme der Emotionsregulierung der BPS ist. Also sie verletzen sich selbst, sie haben Essanfälle und fahren vielleicht riskant Auto. Das heißt die Essanfälle sind in diesen ... in der Emotionsregulierung eine Schwierig-
145 keit. Deswegen ist der Schwerpunkt da schon Essverhalten, aber häufig auch Emotionsregulierung und Essverhalten.

Interviewer: Denken Sie, dass es Sinn macht DBT speziell das Skillstraining, das Modul Stresstoleranz, für reine Essstörungen anzubieten?

Experte: Also ich würde sagen vor allem bulimische Patienten profitieren da
150 sehr von, weil die ja auch eher so ein impulsives haben und da haben wir gute Erfahrungen gemacht, also wenn wir so Heißhunger Attacken sind, da auch Skills einzusetzen. Dann haben wir hier im Haus auch Patienten mit Adipositas und Binge Eating Disorder, auch die beiden Bereiche, wo es Studien gibt. Da machts aus meiner Sicht auch Sinn. Bei den Magersüchtigen Patienten finde
155 ich, ist es so ein bisschen die Frage. Also die müssen ja auch lernen Emotionen zuzulassen und dasein zu lassen, aber die sind ja eher überkompensiert. Also für die wäre es ein Behandlungsfortschritt, wenn die Emotionen mal herausbrechen würden, weil die das so gut wegstecken durch das nicht essen. Wobei ich finde, dass der Teil der DBT Sinn macht, wo es darum geht Gefühle zu
160 benennen, Umgang mit Gefühlen, auch entgegengesetztes Handeln..., ist sicherlich für Patienten mit Anorexie auch sinnvoll und der Teil Achtsamkeit. Der ist ja im Skillstraining auch teilweise drin. Ob die halt unbedingt Skills brauchen, ist halt so die Frage. Vielleicht, wenn dann nicht die harten Dinge..., also die 5 Sinne mit Chili und Ammoniak und Cool Packs, sondern vielleicht eher was
165 einfacher ist: Achtsamkeit nach außen, sehen, hören ..., so eine Art Dinge zu beschreiben, das könnte ich mir hilfreich vorstellen. Und wir machen es ja auch, um Genussfähigkeit zu fördern, da ist ja auch eine Art Achtsamkeitstraining.

Interviewer: Sie sagten ab und zu vermitteln Sie auch Skills. Wie kann ich mir das vorstellen?

170 **Experte:** In Einzeltherapie und durch Pflegekräfte Co-Therapeutisch. Es gibt
 . . . , es wird dann in der Einzeltherapie aufgegriffen, wenn Patienten dort Pro-
 bleme haben. Also entweder werden Patienten dann ins Fertigkeitentraining
 verordnet und wenn wir aber sagen, dass ist jetzt nicht emotionale Instabilität
 im Rahmen BPS, sondern nur im kleineren Rahmen, findet es bei bulimischen
 175 Patienten in Rahmen von Heißhunger Attacken geht. Sonst werden dann An-
 spannungsspitzen beobachtet, analysiert auch außerhalb von Essdruck. Dann
 entwickeln sie Skillsketten, dann haben wir auch diese Skillsliste nach Linehan,
 die kriegen die Patienten dann auch zum durchsprechen. So gewünscht ist, dass
 sie so 3-5 Skills in einer Abfolge haben, die sie dann auch anwenden können.

180 **Interviewer:** Pflegekräfte sind CO-Therapeuten. Haben diese dann eine spe-
 zielle Schulung gemacht?

Experte: Ja also eine Co-Therapeutenausbildung. Wir haben hier so ein Cur-
 riculum „Co-therapeutische Ausbildung“, da sind nicht nur Borderline Störung
 und DBT, sondern Essstörung, Angststörung, Depression.., also das ist eine
 185 umfassende Ausbildung. Es gibt so ein 1 Jahres Curriculum.

Interviewer: Wie kommt das Team mit Krisen zurecht? Gibt es Nachbespre-
 chungen oder ähnliche Dinge, um damit fertig zu werden?

Experte: Also es ist eine Möglichkeit, dass die Therapeuten sich auch an
 mich wenden, wenn sie mal nicht weiter wissen. Wir haben auch Teamsuper-
 190 visionen, also eigentlich auch jeden Tag eine Teamsitzung, weil wir auch junge
 Therapeuten haben kurz nach der Uni. Es ist engmaschiger als in Kliniken,
 wo die Therapeuten x Jahre therapeutische Erfahrung haben. Ich glaube das
 ganz viel zwischen den Therapien im Stationszimmer auch besprochen wird.
 Oder es ist zum Beispiel so, wenn unsere Co-Therapeutin eine Patientin gese-
 195 hen hat zur Krise, dann informiert sie auch den Bezugstherapeuten. Um einen
 nächstmöglichen Termin auszumachen.

Interviewer: Dann bedanken ich mich für das Gespräch.

C Anhang Dialektische Verhaltenstherapie

C.1 Übersicht Studien zur Wirksamkeit

Tabelle C.1: Im stationären Setting

Studie	Design	Messpunkte	Stpg.	A-Ø	σ/♀	Ausschlusskriterien	Einschlusskriterien	Dropout	Methode
• Bohus et al. 2000	• nRCT (fehlende Kontrollgruppe)	• Vorbehandlung • 1 Monat nach Behandlung • 4 Monate nach Beginn stationärer Therapie	• 24	• 28,3 • 100% ♀	• Schizophrenie • Bipolare Störung • Substanzmissbrauch • Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten aufgrund depressiver Episoden, Depression • Kognitive Eingeschränktheit	• BPD ist diagnostiziert nach DIB-R und DSM-IV • Vor kurzem 2 parasuizidale Verhalten und/oder einen Suizidversuch in den letzten 2 Jahren	• Keine Angabe	• SCL-90-R • HAMA • STAXI • HAMD • FDS • BDI	
• Bohus et al. 2004	• nRCT	• Aufnahme in DBT Gruppe oder WL • 4 Wochen nach Beendigung Therapie	• 60	• DBT: 29,1; ♀ • WL: 29,5; ♀	• Schizophrenie • Bipolare Störung • Substanzmissbrauch • Kognitive Eingeschränktheit	• BPS wird erfüllt der Kriterien DSM-IV und DIB-R • Mindestens 1 Suizidversuch oder 2 nicht-suizidale Selbstverletzungen in den letzten 2 Jahren	• DBT: 22% (vor Messzeitpunkt 2) • WL: 1 Person vor 3 Messzeitpunkt	• SCL-90-R • HAMA • HAMD • STAXI • IIP • BDI	
• Kröger et al. 2006	• nRCT (keine Kontrollgruppe)	• Vorbehandlung • Nachentlassung • 15 Monate danach	• 50	• 30,5 • 6 ♂ • 44 ♀		• Mindestens 18 Jahre • BPS erfüllt Kriterien nach DSM-IV • Normaler und höhere Intelligenz • Keine ernsthaften organischen Schäden	• Keine Angabe	• GAF • SCID • SCL-90-R • BDI	
• Kröger et al. 2007	• Meta-Analyse		• 10*			• Veröffentlichte Studien • Diagnose BPS • Manualisierte Behandlung mit DBT • Multimodale Erfolgsmessung mit mindestens 4 Messzeitpunkten	• 22,8%		

Stpg. = Stichprobengröße; A-Ø = Altersdurchschnitt; σ/♀ = Geschlecht; *Studien

C.2 Strategien zur Krisenbewältigung

Tabelle C.2: Bewältigungsstrategien aus dem Modul Stresstoleranz (Linehan, 2006).

Strategie	Beispiel
Sich Ablenken durch	
<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten • Unterstützen • Vergleichen • Gefühle • Beiseite Schieben • Gedanken • Körperempfindungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hobbys, Aufräumen • Jemand anderem helfen • Vergleiche zu Menschen mit ähnlichen Schwierigkeiten • Gefühlsbetonte Musik hören • Situation innerlich verlassen • Bis Zehn zählen • Eiswürfel in die Hand nehmen, Gummiband um das Handgelenk und schnepsen lassen
Sich Beruhigen mit Hilfe der fünf Sinne	
<ul style="list-style-type: none"> • Sehen • Hören • Riechen • Schmecken • Fühlen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kerze beobachten • Beruhigende Musik hören • An schönen Düften riechen • Tee trinken, etwas leckeres Essen • Haustiere streicheln, Fußbad nehmen
Den Augenblick verändern durch	
<ul style="list-style-type: none"> • Phantasie • Sinngebung • Gebet/Meditation • Entspannung • Konzentration auf den Augenblick • Urlaub • Ermutigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausmalen einer entspannten Phantasie • Sinn und Wert in der Empfindung von Schmerz finden • Meditationen • Übung zur Muskelentspannung • Konzentration auf den Augenblick und die eigene Reaktion • Kurz ins Bett legen • Selbstermutigung

An das Pro und Kontra denken

- Liste: Was spricht für Stress, was spricht gegen Stress
 - Konzentration auf langfristige Ziele
 - An positiven Auswirkungen denken, wenn Stress ausgehalten wird
 - An negative Auswirkungen denken, wenn Stress nicht ausgehalten wird
-

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 31. Mai 2012



CLAUDIA RINGELHAN