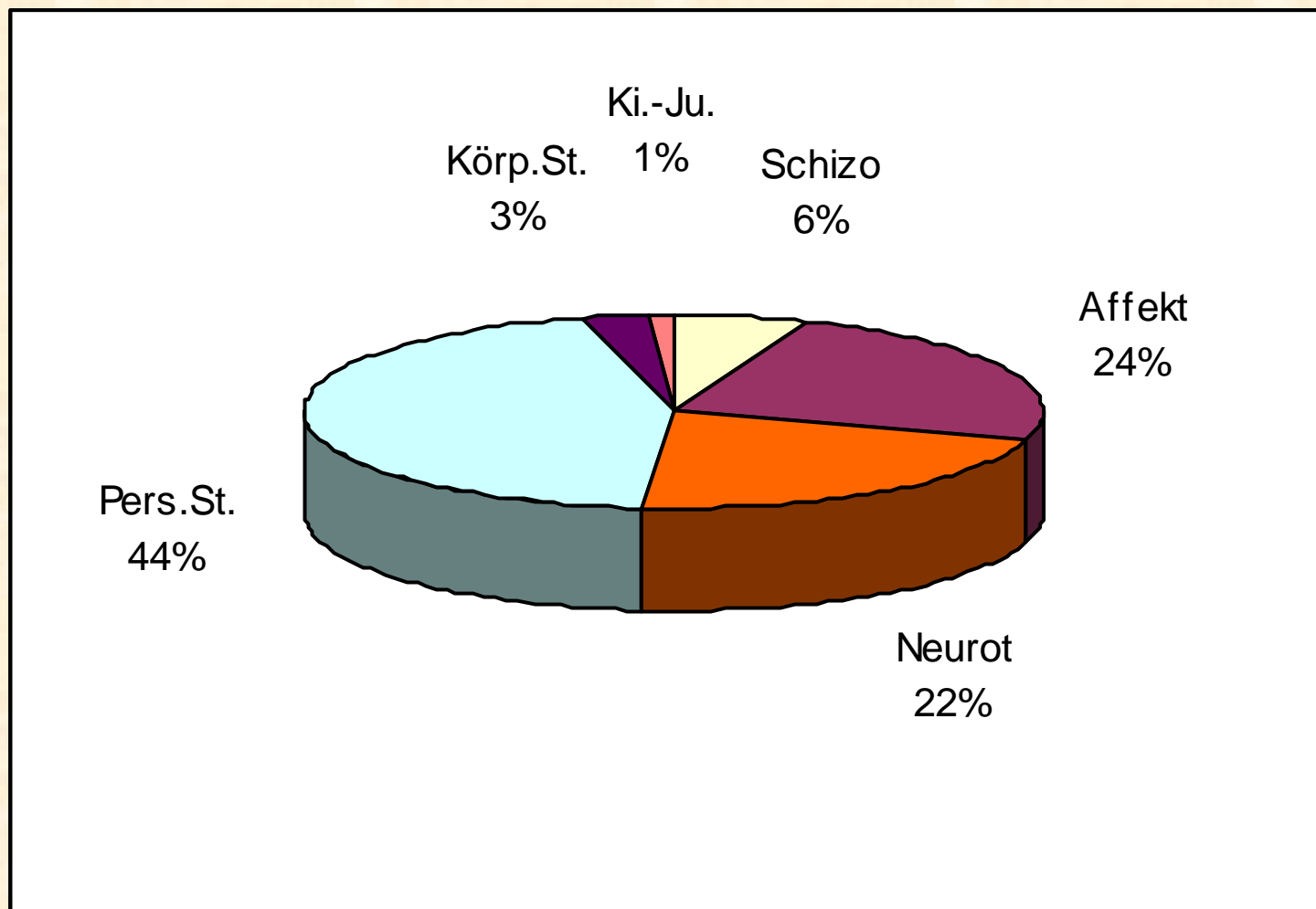


DBT und Tagesklinik- passt das ?

**Die Friedrichshäfler Erfahrungen in
dieser Frage seit 2001**

Diagnosegruppen (2007)



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

In folgendes Modell „wie Tagesklinik wirkt“ sehen wir die DBT eingebunden

Ein Modell der „Wirkfaktoren“ tagesklinischer Behandlung ...

... relativ unabhängig von den
verschiedenen Behandlungsideologien
und Interventionsmethoden

These:

„Die Tagesklinik ist deshalb ein therapeutisch so dichtes und wirkungsvolles Setting, weil die **Beziehungsangebote und Interventionen** - je nach Anliegen und Problematik des Patienten - variabel **„dosierbar“** sind.“

... die „passende“ Dosis ...

**... bezieht sich jeweils auf 3 elementare
Dimensionen menschlichen Erlebens und
Verhaltens;
und diese Dimensionen sind**

Dimension „Bindung/ (an etwas) Gebundensein“

mit den Polen

„**Halt /Gehalten werden**“ auf der einen und dem Pol

„**Trennung**“ auf der anderen Seite

Dimension „Reiz- bzw. Wirklichkeitsverarbeitung“ mit den Polen

„**Spüren und Erfahren**“ auf der einen Seite

„**Reflektieren**“ auf der anderen Seite

Dimension des „Erfahrens von / Umgangs mit Grenzen“- mit den Polen

„**Begrenzen**“ auf der einen Seite

„**Erweitern**“ auf der anderen Seite

Die Pole in der TK Behandlung allgemein und in der DBT im Speziellen

Aspekte von „Gehalten-Werden/Halt finden“

- **In der TK allgemein**
- Der Rahmen, die Rituale
- Bezugstherapeutensystem
- Die wachsende Vertrautheit
- Getröstet werden ...
- Die Zuverlässigkeit
- ...
- **In der DBT speziell**
- Der „Behandlungsvertrag“ (Commitment-Arbeit)
- Das Validieren (... so an- und ernstgenommen werden)
- Die Kohäsion der Gruppe (Skill- und Hausaufgabengruppe)
- Das Sich Kümmern, wie es weitergeht (Netzwerk)

Aspekte von „Sich- Trennen“

- **In der TK allgemein**
- Jeden Tag morgens sich von zu Hause, abends von der Klinik trennen
- Sich von alten Rollen, vielleicht Zukunftsvisionen trennen
- Sich von inneren Überzeugungen trennen
-
- **In der DBT speziell**
- Sich von alten (dysfunktionalen, aber doch vertrauten) Mustern trennen, sowohl was den Umgang mit sich selbst als auch den mit anderen betrifft
- Die Rede von der „Entscheidung für einen neuen Weg“ macht deutlich, dass sich der Pat. vom alten „trennen“ muss
- ...

Aspekte von „Spüren und Erfahren“

- **In der TK allgemein**
 - Die verschiedenen therapeutischen Gruppen
 - Der gelebte TK Alltag (Dienste, Raucherzimmer...)
 - Der Facettenreichtum der Beziehungen (der Rollen, der Qualitäten, der Dynamiken..)
 - ...
- **In der DBT speziell**
 - Die Achtsamkeit, „den Moment spüren“
 - Gefühle differenzierter Spüren: aus einem Gefühlschaos etwas vielschichtigeres, lesbareres und damit handlebareres machen
 - ...

Aspekte von “Reflektieren“

- **In der TK allgemein**
- Im Nachdenken über sich (Pausenzeiten, Zeiten für sich)
- In Einzel- und Gruppengesprächen
- In Kontakten mit den Angehörigen (beim Abendessen, wo über die TK gesprochen wird)
- Im Reflecting Team
- ...
- **In der DBT speziell**
- Behandlungsinstrumente, die ermöglichen sollen, „in Distanz“ zu sich und seinem Verhalten/Erleben zu gehen (Verhaltensanalyse, Gefühlsprotokoll, auch Spannungskurve..)
- Diary Card als tägliche „Kurzbilanzierung“

Aspekte von „Erweitern“

- **In der TK allgemein**
 - Erlebens- und Handlungshorizonte
 - Optionen, die man sich selbst gibt/gestattet (neue Arbeit, neuer Partner, Berentung ...)
 - Kontaktmöglichkeiten (neue Leute, Selbsthilfegruppe, Stammtisch ...)
 - ...
- **In der DBT speziell**
 - Skills (bzgl. Stresstoleranz, interpersonellem Verhalten, Umgang mit Gefühlen) als Repertoire-Erweiterung
 - Das Validiert-werden für viele als Erweiterung dessen, was in Beziehungen erfahren wird
 - ...

Aspekte von „Begrenzen“

- **In der TK allgemein**
- Der begrenzte Zeit- und Möglichkeitsrahmen (Auswahl der Therapiefoki)
- Das geltende Regelwerk
- Das Erfahren der Rollengrenzen (Therapeuten, Mitpatienten, evtl. Unschärfen bei Praktikant, Zivi)
- ...
- **In der DBT speziell**
- Der klare DBT Behandlungsvertrag (Anti-suizid-Committment)
- Die klare Zeitbegrenzung (2+12 Behandlungswochen)
- Die Dynamik/Paradoxie der „Radikalen Akzeptanz“ – indem ich meine Grenzen radikal anerkenne, erhöhe ich die WK, sie zu transzendieren

Tagesklinik kann in diesem Sinne als Lebensschule gesehen werden, in der man...

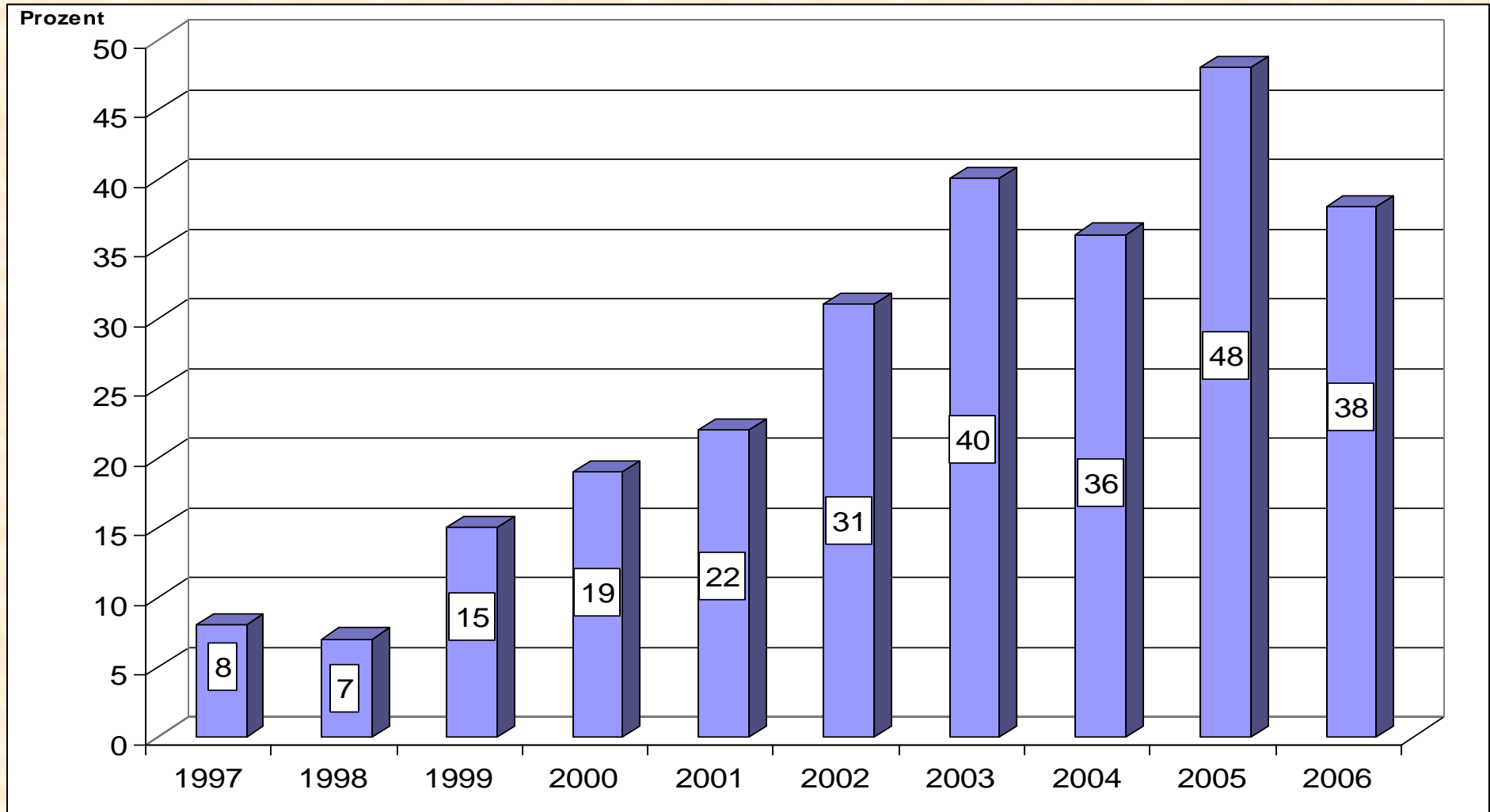
...nützliche Erfahrungen mit
„Halt und Trennung“,
„Erweitern und Begrenzen“
„Spüren und Reflektieren“ ... machen kann

Thesen, die sich aus diesem Modell zu TK Behandlung allgemein und DBT im speziellen ableiten lassen:

- Das Leben gelingt umso besser, je eher wir in der Lage sind, uns in diesem **(elementaren) Raum** zu bewegen und wir dort **lehrreiche Erfahrungen** machen
- **BL-PatientInnen bewegen sich** –aufgrund ihrer begrenzten Möglichkeiten, sich affektiv zu „lesen“ und zu regulieren- unsicher, **manchmal hilflos in diesem Raum** und sie sind **daher oft unter Spannung und Stress**
- Die **Tagesklinik ist eine Schule/** ein Training (tägliche Gymnastik), **sich in diesem Raum zu bewegen**
- **DBT ist ein halt- und orientierungsgebender „Lehrplan“** für diese „Lebensschule“, in der die **Borderline-PatientInnen die (manchmal) etwas schwierigeren SchülerInnen sind (mit viel Lernmöglichkeiten für die Lehrer)**
- Und deshalb **ergänzen sich TK und DBT sehr gut**

Was hat uns zur Einführung von DBT veranlasst ?

Zunahme des Anteils der PatientInnen mit F6 als Behandlungsdiagnose in den Jahren 1997 bis 2006 (%)



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

**Statt einer „Einführung in DBT“ (zu empfehlen: M. Bohus
„Borderline-Störung“, Hogrefe-Verlag) in aller Kürze:**

Um was geht es in der DBT ?

Die Basics der „Dialektisch Behavioralen Therapie“ in aller Kürze

- ***Dialektisch*** heißt, dass das eiertänzige „Sowohl-als-auch“ bei der Arbeit mit BL-PatientInnen dazu gehört; die DBT soll in diesem Sinne helfen, aus einem anstrengenden, chaotischen und wenig zielgerichteten Eiertanz einen angenehmeren und zielorientierteren zu machen; **der dialektische Tanz bewegt sich zwischen bspw.**
- **validieren** und das Leiden ernst- und abnehmen, aber auch **fordern** und in Konflikt gehen, wenn erforderlich;
- zwischen „**im Hier-und-Jetzt**“ bleiben, aber auch „**auf die Zukunft ausrichten**“;
- zwischen „**klare Regeln**“ installieren, aber eben doch „**flexibel damit umgehen können...**“

**..bezogen auf das „TK-Wirkfaktoren-Modell“ ist die „DBT“
auch insofern „dialektisch“, als es ständig um das „richtige
Mass“ von...**

- **...Halt- versus Trennungs-Aspekten,**
- **...Spüren- versus Reflektions-Aspekten, und schließlich**
- **...Begrenzungs- versus Erweiterungs-Aspekten geht**

Eine knappe Skizzierung der (von M. Linehan) entwickelten DBT

DBT versucht, den Betroffenen **auf der Basis lerntheoretischer Konzepte** zu helfen, sich in ihrer Gewordenheit zu **verstehen und anzunehmen** und sie zu ermuntern, den zwar leidvollen, aber doch gewohnten **alten Weg** im Umgang mit „innerem und äußeren Stress“ (**dysfunktionale Strategien**) zu **verlassen** und sich im Gehen des zunächst anstrengenderen **neuen Weges (Selbstmanagement-Fertigkeiten, Achtsamkeit) einzuüben;**

- Als **ätiologisches Modell** wird das Zusammenfallen genetischer und psychosozialer Belastungsfaktoren postuliert;
- Die DBT bildet bei vielen Therapeuten die **Arbeitsgrundlage** mit BL PatientInnen, auf der dann das individuelle therapeutische Herz systemisch, tiefenpsychologisch, hypnotherapeutisch ... schlagen kann

Von welchen Prämissen geht die DBT aus ?

- BL-Störung ist im Kern eine **Störung der Affektregulation** (teilweise dispositionell bedingt, teilweise aufgrund entsprechender Lernerfahrungen - „**invalidierendes Umfeld**“)
- BL haben´s schwer, weil **sie sich selbst schlecht „lesen“**, **sich schlecht managen können**; ihr innerer Kompass arbeitet wenig zuverlässig, sodass sie in der Innenschau häufig **statt Gefühlen** (die ihren Sinn und ihren Kontext haben) nur „**Spannung**“ vorfinden, die als unerträglich erlebt wird und „irgendwie weg soll“
- Die **dysfunktionalen Bewältigungsversuche** auf inneren Druck werden zum weiteren Problem

DBT soll helfen ...

- ... die **therapeutische Beziehung auf feste Füße** zu stellen, da man „Therapieabbruch“ als „zum Störungsbild gehörig“ mitdenken und präventiv damit umgehen muss
- ... die Betroffenen zu „**Experten in eigener Sache**“ zu machen
- ... funktionalere Alternativen zu den bisherigen Copingstrategien anzubieten und zu üben (**Coaching- Gedanke**)
- ... sich als Team und Therapeut so auszurichten, dass „der neue Weg“ belohnt und gebahnt, der alte eher „nicht verstärkt“ und damit unwahrscheinlicher gemacht wird -
Kontingenzmanagement

Wie groß ist das Interesse, zu erfahren, wie wir DBT in der TK-FN konkret umzusetzen versuchen ?

- Je größer das Interesse, desto heftiger mit den Füßen trampeln
- Bei Geräuschpegel unter „4“, weiter mit Folie 80

**Und so versuchen wir das in unserer TK in
Friedrichshafen Schritt für Schritt umzusetzen**

... die Vorlaufphase

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir denken, dass für Sie eine Behandlung in unserer Psychiatrischen Tagesklinik mit einem speziellen Behandlungsprogramm sinnvoll erscheint.

Über dieses Behandlungsprogramm auf der Grundlage der Dialektisch Behavioralen Therapie möchten wir Sie mit dieser Kurzzusammenfassung informieren, damit Sie sich eine Meinung bilden und eine **Entscheidung treffen** können, **ob Sie unter diesen Vorzeichen einer Behandlung bei uns zustimmen möchten oder nicht.**

Die DBT basiert auf kognitiv-behavioralen (verhaltenstherapeutischen) Grundlagen, wobei auch Elemente anderer Therapieschulen einfließen.

Es handelt sich dabei um ein Therapieprogramm, das speziell für „Borderline-Patienten und -Patientinnen“ konzipiert wurde. Um in einfachen Worten zu beschreiben, um was es bei diesem Störungsbild und seiner Therapie geht, eignet sich vielleicht am ehesten die Selbstbeschreibung einer betroffenen Patientin: Sie benutzte für ihre Störung die **Metapher von Reiter und Pferd**, wobei der **Reiter das „Ich“** und das **Pferd die Stimmung und Emotionen** wären: Wenn es für sog. „normale“ Menschen schon manchmal schwer ist, im Sattel zu bleiben, ist es für **Borderline-Patienten** besonders schwierig, weil sie es aufgrund ihrer **„Affektregulationsstörung“** zuweilen mit **einem wilden Hengst** zu tun haben.

Wenn man in diesem Bild bleibt, wäre **DBT** eine Schulung, mit diesem Hengst zurechtzukommen und **den Ritt durchs Leben möglichst angenehm, zumindest aber erträglich** zu machen. Für diese Schulung möchten wir Ihnen als „Coach“ zur Verfügung stehen. Dafür brauchen wir aber auch Ihrerseits Ihre Entscheidung und Entschlossenheit zur Kooperation, um den vor uns liegenden Weg zu meistern.

Die ... “Patienteninformation“

... ist ein 5-seitiger Text, der den am DBT-Programm interessierten Klienten über die **Basics der Borderline-Störung und die Basics der Dialektisch Behavioralen Therapie** informieren soll.

Eher **metaphorisch** gehalten

- **Affektregulationsstörung** in der **Reiter/Pferd – Metapher** von „Ich“ und „Gefühlen“
- **DBT** als „**schwere Bergtour**“, die sich aber aufgrund der zu erwartenden Zielaussicht lohnt („besser mit sich klarkommen“)
- **Therapeutische Begleitung** als „**geführte Bergtour**“ bzw. Coachingprozess
- „es wird sich lohnen, aber Sie müssen dran bleiben“ (**Vermittlung von Zuversicht**)

Die diagnostische Phase – Entscheidungskriterien, ob jemand ins DBT Programm kommt oder nicht:

- ... die „Eindrücke“ im Erstgespräch
- ... die Borderline Symptomliste (BSL)
- ... die Motivation, beim DBT Programm wirklich „mitzumachen“ (Committment)

Borderline Symptom Liste (BSL)

Name: _____

Datum: _____

Bitte beachten Sie folgende Hinweise beim Ausfüllen des Fragebogens:

In der unten stehenden Tabelle finden Sie Probleme und Beschwerden, die Ihr Befinden möglicherweise beschreiben. Bitte gehen Sie jede Beschreibung durch und entscheiden Sie, **wie stark und ausgeprägt** Sie unter den genannten Zuständen **in der letzten Woche** gelitten haben. Falls Sie derzeit keine Gefühle wahrnehmen, bitten wir Sie, die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie denken, wie Sie sich fühlen. Bitte gehen Sie nicht danach, welche Antwort “den besten Eindruck” machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Die Fragen beziehen sich auf den Gesamtverlauf der letzten Woche. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Borderline Symptom Liste (BSL) - Fortsetzung

Während der letzten Woche...		0	1	2	3	4
1	fühlte ich mich überfordert	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
2	litt ich unter Schlafstörungen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
3	fühlte ich mich von anderen nicht wahrgenommen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
4	litt ich unter massiven Angstzuständen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
5	konnte ich mich schlecht konzentrieren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
6	wußte ich nichts mit mir anzufangen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
7	erlebte ich mich als hilflos	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
8	zog sich in mir alles zusammen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
9	fühlte ich mich innerlich zerrissen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
10	hatte ich Angst, Fehler zu machen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
11	glaubte ich, daß mir niemand helfen kann	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
12	war ich geistig abwesend und erinnerte nicht, was ich genau tat	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
13	stand ich anderen Menschen ablehnend gegenüber, die ich zuvor mochte	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Erläuterungen zur BSL (Borderline-Symptom-Liste)

entwickelt von Bohus, Limberger et al. 2001
 Eichung liegt in Form von Prozentrangangaben einer normal verteilten Borderline-
 Population vor

Subskala	Items	dort geht es um:	Fragebeispiele:
Selbstwahrnehmung	19	Identitätsprobleme Dissoziative Phänomene	„...hatte ich keine Vorstellung, wie ich wirklich bin“ „...war ich geistig abwesend“ „...fühlte ich mich wie ein Objekt“
Affektregulation	13	Angst Alleinsein Scham, Schuld Handlebarkeit der Gefühle	„... litt ich unter Angstzuständen“ „... habe ich Schwierigkeiten mit dem Alleinsein“ „... wurde ich von meinen Gefühlen überflutet“
Autoaggression	12	Suizidalität / Parasuizidalität Selbstverletzung Todessehnsucht / -nähe	„... fühlte mich hoffnungslos“ „... dachte ich an Selbstverletzung“ „... Bedürfnis mich selbst zu bestrafen“

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
 Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Erläuterungen zur BSL (Borderline-Symptom-Liste) - Fortsetzung

Subskala	Items	dort geht es um:	Fragebeispiele:
Dysphorie / Dysthymie	10	Ausmaß an depressivem Erleben/ Verhalten	„... war ich zuversichtlich“ (umgepolt) „... leistungsfähig“ (umgepolt) „... konnte ich mich schlecht konzentrieren“
Soziale Isolation	12	Ausmaß des erlebten Eingebundenseins in soziale Beziehungen bzw. dessen Fehlen	„... glaubte ich, dass mir niemand helfen kann“ „... fühlte ich mich von anderen verlassen“ „... glaubte ich, dass mich niemand versteht“
Intrusionen	11	Ausmaß, in dem man sich als „Herr / Frau im Haus“ fühlt und eigene Wahrnehmungen und Empfindungen als ich-identisch erlebt.	„... konnte ich Erinnerungen kaum steuern“ „... litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen und Geräuschen“ „... hatte ich Alpträume“
Feindseligkeit	6	Ausmaß an negativen Gefühlen und Impulsen gegenüber anderen Menschen	„... traute ich anderen Menschen nicht“ „... war ich aggressiv“

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

Ausgewertete Borderline-Symptomliste

	beantwortete			
	Items	Summe	Mittelwert	PR
Gesamtskala	95	188	1,98	45
Selbstwahrnehmung	19	33	1,74	58
Affektregulation	13	37	2,85	69
Autoaggression	12	40	3,33	78
Dysphorie	10	39	3,90	95
Soziale Isolation	12	21	1,75	57
Intrusionen	11	14	1,27	64
Feindseligkeit	6	5	0,83	24
Gesamtbefindlichkeit		0		

Das gegenseitige Unterzeichnen des „DBT- Vertrages“

Behandlungsvertrag

zwischen _____

und der

Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen

Die Behandlung soll nach den Richtlinien der Dialektisch Behavioralen Therapie erfolgen.

Neben den individuellen Zielen stehen diesbezüglich einige grundsätzliche Zielsetzungen im Vordergrund.

Dazu gehören die **Reduzierung von selbstschädigendem Verhalten, von Verhaltensmustern, die die Therapie behindern oder unmöglich machen** und solchen, die zur Aufnahme in unsere Klinik führten.

In diesem Sinne stimme ich als PatientIn folgenden Vereinbarungen zu:

- Ich werde **während der Behandlung keinen Suizidversuch** unternehmen.
- Ich werde an der Reduzierung von Verhaltensmustern arbeiten, die die Therapie behindern bzw. unmöglich machen (z. B. Nicht-Teilnahme an vereinbarten Therapiemaßnahmen).
- Ich nehme **verbindlich an der Fertigkeitengruppe, der Achtsamkeitsgruppe, der selbstorganisierten DBT-Patientengruppe, der körper- und bewegungstherapeutischen (Sinnes-)Gruppe und an mindestens einem Atelierangebot** teil.

Des Weiteren gilt:

- Ich werde mich im Kontakt mit Mitpatientinnen und Mitpatienten **nicht an suizidaler Kommunikation beteiligen** (falls eine MitpatientIn Ihnen mitteilt, dass sie suizidal ist, müssen Sie dies unverzüglich an ein Mitglied des therapeutischen Teams weitergeben; falls Sie einer MitpatientIn mitteilen, dass Sie suizidal sind, muss diese dies unverzüglich an ein Mitglied des therapeutischen Teams weitergeben).
- Ich werde während der Behandlungszeit in der Tagesklinik keine intimen Kontakte zu MitpatientInnen eingehen
- Ich bin damit einverstanden, dass zu **Interventionszwecken Videoaufnahmen** von Einzel- und Gruppengesprächen gemacht werden. Diese Kollegen wiederum verpflichten sich zur **Wahrung von Vertraulichkeit und Verschwiegenheit**.

Krüger / Rothmund 2008

Behandlungsvertrag - Fortsetzung

Als Mitglieder des therapeutischen Teams stimmen wir Folgendem zu:

- Wir bemühen uns mit den uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, Ihren Problemen gerecht zu werden.
- Wir halten die festgesetzten ethischen beruflichen Richtlinien ein.
- Wir wahren die Integrität und Rechte der PatientIn.
- Wir bewahren die Schweigepflicht.
- Wir gehen mit unseren persönlichen Grenzen offen um.
- Wir holen uns Rat und Unterstützung wann immer notwendig.

Wir haben uns mit allen Punkten des Behandlungsvertrages vertraut gemacht und stimmen diesem zu.

Friedrichshafen, den _____

PatientIn

ÄrztIn/Psychologe

BezugstherapeutIn

Unser Versuch, DBT umzusetzen,...

**... auf der Beziehungsebene und auf der
methodischen Ebene**

Die „Aufgabenteilung“ im therapeutischen Team

<p>(Fall-)verantwortlicher Therapeut (Arzt, Psychologe)</p> <p>Schwerpunkte:</p> <p>Einzelgespräche Erarbeiten der „Schlüssel-Emotionen“ (Core Emotional Problems) Diary Card Besprechung Verhaltensanalysen Gefühlsprotokoll</p>	<p>Bezugstherapeut (Soz.päd., KP, Ergo-, Kunst-, Bewegungstherapeut)</p> <p>Schwerpunkte:</p> <p>Alltagsbegleitung Bei „Hausaufgaben“ unterstützen Üben (Skills und neue Verhaltensweisen) Bewußt machen, wann „alte Muster“ gezeigt werden, zum „neuen Weg“ motivieren</p>	<p>Skilltrainer (Soz.päd.,KP,Ergoth.)</p> <p>Schwerpunkte:</p> <p>Durchführen der Skillgruppe Hausaufgaben geben</p>
---	--	---

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

WOCHENPLAN - Psychiatrische Tagesklinik Friedrichshafen ab 01.01.2007

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30 - 9.00 Uhr Frühstück u. -vorbereitung in der Kleingruppe	8.30 - 9.00 Frühstück und -vorbereitung in der Kleingruppe	8.30 - 9.00 Uhr Frühstück u. -vorbereitung in der Kleingruppe	8.30 - 9.00 Uhr Frühstück u. -vorbereitung in der Kleingruppe	8.30 - 9.00 Uhr Frühstück und -vorbereitung in der Kleingruppe
9.30-10.00 Ankommen	9.30 - 9.45 Uhr Plenum		9.15 - 9.30 Uhr Qi Gong	9.15 - 9.30 Uhr Qi Gong
10.00-11.30 Werk- techniken im Atelier	10.00 - 10.15 Uhr Qi Gong	10.00-11.30 Musik- therapie*	10.00-11.45 Lebensschule	10.00-11.30 Gesundheits- pflege
10.00-11.30 Körper- therapie	10.15-11.30 Kleingruppen- runde	10.15-11.45 Nordic Walking	9.45-11.45 Fertigkeiten- Gruppe*	10.00-11.30 Ausdrucks- malen
Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.30-15.30 Frischluff- Gruppe	Kleingruppenzeit	14.00-15.30 Experimente mit Farben	13.00-14.00 Hausaufgabengruppe	13.30-14.30 Musik
14.00-15.00 Entspannung		14.00-15.00 Achtsam- keitsgruppe	14.00-15.30 Offenes Atelier	13.30-14.30 Tischtennis Patienten- organisiert
15.45 - 16.15 Uhr Abschlussrunde Kleingruppe		15.45 - 16.15 Uhr Abschlussrunde Kleingruppe	14.00-15.30 Selbstwert*	ab 14.00 Uhr Vorbereitungen Kaffeerunde Patientenorganisiert Kaffeerunde
			Spielen/Backen Selbstorganisiert/ mit Bezugstherapeut abgesprochen	15.00 - 15.30 Uhr Abschlussrunde Kleingruppe
			15.45 - 16.15 Uhr Abschlussrunde Kleingruppe	

● Sprechstunde für Fragen bezüglich Arbeit, Reha, Rente → nach Anmeldung bei Frau Magino ● Kognitives Training nach Absprache

¹⁾Jeder Patient/jede Patientin sollte sich Zeit für den Tagesklinik-Wochenrückblick reservieren. Die entsprechenden Vordrucke teilen die Bezugstherapeuten aus dem Workshop im Rahmen der DAI-PP-Jahrestagung in Bergisch-Gladbach am 6. und 7. 3.2008

Einige methodische Elemente ...

Ausgefüllte Diary Card

bitte bringen Sie Ihre ausgefüllte Diary Card zum Einzelgespräch mit Ihrem Arzt/Psychologen mit; dieser händigt Ihnen für die kommende Woche eine neue aus.

Ausgabedatum: _____
Name: _____

	Suizidale Ideen (0-5)	Selbstschädigung		Not/Elend (0-5)	Spezielles Problemverhalten > bitte spez.						Entscheidung für einen neuen Weg (0-5)	Schlaf (0-5)	Positive Aktivitäten			Freude (0-5)
		Drang (0-5)	Handl. (j/n)		EssenDrang (0-5)	Handl. (j/n)	Drang (0-5)	Handl. (j/n)	Drang (0-5)	Handl. (j/n)			Skills (0-7)	positive(s) Ereignis(SE)	körperl. Aktivität (0-7)	
MO	5	4	ja	4	4	n	---	---	---	---	4	4	4	Ausflug	5	2
DI	4	4	n	4	4	ja	---	---	---	---	4	4	6	---	1	
MI	4	4	ja	4	3	n	---	---	---	---	4	4	4	Spaziergang	0	
DO	4	4	n	3	4	ja	---	---	---	---	4	4	4	Telefonat	1	0
FR	4	4	n	4	4	ja	---	---	---	---	4	4	1	---	0	0
SA	5	4	ja	4	4	n	---	---	---	---	4	4	6	einkaufen	4	1
SO	4	4	n	4	4	ja	---	---	---	---	4	4	4	Konzert	6	1

suizidale Vorstellungen

0 = keine
1 = kaum
2 = mäßig
3 = drängend
4 = sehr drängend
5 = das Denken ist komplett auf suizidale Ideen eingeeengt

Selbstverletzungsdrang

0 = keine
1 = kaum
2 = mäßig
3 = starker Drang
4 = sehr starker Drang
5 = nicht kontrollierbar

Not/Elend Entscheidung für einen neuen Weg

0 = kein
1 = kaum
2 = etwas
3 = mittelmäßig
4 = groß
5 = sehr groß

Schlaf

0 = gar nicht
1 = sehr schlecht
2 = schlecht
3 = mittelmäßig
4 = gut
5 = sehr gut

Skills/körperl. Aktivitäten

0 = nicht daran gedacht oder nicht angewandt
1 = daran gedacht, aber nicht angewandt, wollte nicht
2 = daran gedacht, nicht angewandt, hätte aber gewollt
3 = habe es versucht, konnte sie aber nicht anwenden
4 = versucht, konnte sie anwenden, aber sie halfen nicht
5 = automatisch angewendet, aber sie halfen nicht
6 = versucht, konnte sie anwenden und sie halfen
7 = automatisch angewendet und sie haben geholfen

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

Hierarchie der Behandlungsziele

Das Höher-Rangige muss in den Fokus kommen, sobald es Hinweise gibt, dass es „Thema“ ist:

Suizidalität

„... weil es schwierig ist, therapeutisch weiter zu kommen, wenn Sie nicht mehr leben“

Therapieschädigendes Verhalten

„... weil es schwierig ist, therapeutisch weiter zu kommen, wenn Sie nicht „im Boot sind““

Selbstschädigendes Verhalten

„... weil es schwierig ist, therapeutisch weiterzukommen i. S. von „Neues“ lernen, wenn Sie auf alte Lösungsversuche zu schnell zurückgreifen“

Verhaltensweisen, die die Lebensqualität einschränken

„... weil Sie möglichst schnell spüren sollen, dass Sie von der Therapie profitieren können“

Bearbeitung der Core Emotional Problems (CEP), der emotionalen Schlüsselprobleme (bspw. Angst, Bedrohung, Scham, Ohnmacht,..) und eventueller Traumata

„... Weil man an die ran muss, damit „dazulernen“ nachhaltig gelingen kann, anstatt im Vermeidungskreislauf zu bleiben“

Die Bedeutung des „Kontingenzmanagements“

... als Team darauf achten, ...

- ... dass man **den neuen Weg fördert** (Beachtung, Zuwendung ...),
- ... **den „alten“** (selbstverletzendes Verhalten, therapieschädigendes Verhalten, dysfunktionale Muster ...) zwar als „...Sie sahen zu diesem Zeitpunkt keine andere Möglichkeit, sich zu verhalten“ anerkennt, aber **eben nicht durch Zuwendung etc. „unabsichtlich“ verstärkt.**

Dazu spezieller Bereich..

- ... der **Umgang mit therapie- und selbstschädigendem Verhalten**

Leitlinien im Umgang mit therapie- und selbstschädigendem Verhalten - Grundlagen

Grundlagen

Bereits in der DBT Einführung **plausibel und transparent machen**, dass der „Verzicht“ bzw die **Überwindung der selbstschädigenden „Bewältigungsversuche“ notwendig** ist, um neues Verhalten möglich zu machen.

Ankündigen, dass **wir als Team Partei für den neuen Weg** ergreifen und entsprechend im Sinne des **kontingenten Verhaltens** reagieren wollen (Erläutern lerntheoretischer Grundlagen)

Leitlinien im Umgang mit therapie- und selbstschädigendem Verhalten - Handling

Kommt es zu selbstschädigendem Verhalten hat das Thematisieren desselben Vorrang. Das sieht folgende Schritte vor:

- die **PatientIn meldet bei einem therapeutischen Mitarbeiter** das selbstschädigende Verhalten; **tut sie es nicht** und es wird erst später über andere Quellen dem therapeutischen Team zugetragen, wird das als **therapieschädigendes Verhalten** aufgefasst und entsprechend damit weiterverfahren;
- **die therapeutischen Aktivitäten ruhen** (oder werden unterbrochen) bis die PatientIn eine Verhaltensanalyse verfasst hat;
- kam es im Rahmen des selbstschädigenden Verhaltens zu **Verletzungen und Verwundungen**, sind diese (möglichst unmittelbar nach Bekanntwerden) von einem **pflegerischen oder ärztlichen Mitarbeiter anzuschauen** und ggf. zu versorgen. **Im Sinne des Kontingenzmanagements ist zu beachten, dass diese „Zuwendung“ möglichst geringen positiven Verstärkungscharakter erhält** (ohne die PatientIn abzuwerten): neutrale, sachliche Betrachtung der medizinischen Situation
- im Rahmen der Besprechung der **Verhaltensanalyse** ist mit der PatientIn i. S. einer **Commitmentüberprüfung** zu erörtern, wie zukünftig ihr Anteil, der den neuen Weg gehen will (Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten) gestärkt, dagegen der, „der zum Alten zurückgreift“ geschwächt werden kann. Zu letzterem gehört die Erstellung von Kontingenzplänen, deren letzte Stufen in der Therapiepause bzw. der Therapiebeendigung bestehen.

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

Verhaltensanalyse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie zeigten ein Verhalten, das sie gerne ablegen möchten - offensichtlich sahen Sie zu diesem Zeitpunkt keine „besseren Lösungen“. Um daraus zu lernen und um diese „besseren Lösungen“ zu bahnen, bitten wir Sie, anhand der hier aufgeführten Fragen eine Verhaltensanalyse zu erstellen, um sie mit Ihrem Therapeuten durchzusprechen.

1. Problemverhalten

Beschreiben Sie bitte Ihr Problemverhalten im Detail.

Was genau taten Sie? Wo? Wer außer Ihnen war involviert? Was geschah mit Gegenständen, die Sie zur Tat verwendeten?

Beschreiben Sie Ihr Problemverhalten so genau, dass eine Schauspieler:in in einem Theaterstück oder Film es nachspielen könnte.

2. Vorausgehende Bedingungen

Welches Ereignis ging dem Beginn des Problemverhaltens voraus?

Was taten, dachten, fühlten oder stellten Sie sich vor, bevor das Problemverhalten begann?

Welche Körperempfindungen nahmen Sie wahr?

Wann begann das Problemverhalten?

Was von dem Vorhergegangenen war Ihrer Meinung nach das Wichtigste?

3. Anfälligkeitsfaktoren

Welche Faktoren machten Sie anfällig für das Problemverhalten?

Berücksichtigen Sie folgende Aspekte: Gestörtes Essen oder Schlafen, Verletzungen, körperliche Erkrankung, Gebrauch von Alkohol oder Drogen,

Missbrauch von Medikamenten, stressreiche Ereignisse in Ihrer Umgebung,

intensive Gefühle,

eigenes, vorausgehendes Verhalten, das Sie belastend fanden.

4. Innere Disposition

Auf welche „inneren Dispositionen“ trafen diese Auslöser und welche Überzeugungen, „Glaubenssätze“, Annahmen über sich selbst und „die Welt“ wurden damit zum Schwingen gebracht (z. B. „ich muss von allen gemocht werden“, „ich darf nicht schwach sein“, „ich habe Anspruch darauf, verstanden zu werden“, „ohne die Liebe von ... bin ich und ist mein Leben nichts wert“, etc. ...)?

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. und 7. 3.2008

Verhaltensanalyse - Fortsetzung

5. Konsequenzen

Identifizieren Sie alles, was als Konsequenz aus Ihrem Problemverhalten folgte. Dies beinhaltet Ihre eigenen Gefühle, Gedanken, Körpersymptome und Ihr Verhalten.

Wie war dies direkt nach dem Problemverhalten und wie später?

Wie haben andere Personen unmittelbar und mit Verzögerung reagiert?

Welche Wirkung hatte Ihr Verhalten auf Ihre Umgebung?

Welche Folgen hatte Ihr Verhalten für Sie selbst und für andere Personen?

6. Lösungsanalyse

Gehen Sie noch einmal Ihre Verhaltensanalyse durch. **Identifizieren Sie Punkte, wo Sie, falls Sie anders gehandelt hätten, das Problemverhalten hätten umgehen können. Welche Fertigkeiten oder welches Bewältigungsverhalten hätten Sie anwenden können oder könnten Sie nächstes Mal brauchen?**

Was hat dieses Mal den Gebrauch der Fertigkeiten verhindert?

Welche Art von Konsequenzen auf das Problemverhalten würde Ihnen helfen, das Verhalten zukünftig unter Kontrolle zu bringen?

7. Präventionsstrategien

Wie hätten Sie Ihre **Anfälligkeit für das Problemverhalten verringern** können?

Was könnten Sie in Zukunft berücksichtigen, um Ihre Anfälligkeit verringern?

8. Wiedergutmachung

Welche **Möglichkeiten der Wiedergutmachung** haben Sie?

Sie haben sich selber geschadet - deshalb gleichen Sie es aus, indem Sie sich etwas Gutes tun.

Wie kommen Sie wieder in einen Zustand, von dem aus es gut weitergehen kann, statt an Schuld- oder Schamgefühlen festzuhalten?

Das „Gefühlsprotokoll“ als zu erlernende Methode ...

... um aus einem „undifferenzierten Gefühlschaos“, von dem man sich überflutet fühlt, ein **Gefühl zu machen** ...

... das einen **Namen** hat,

... das „**Sinn**“ ergibt

... das einen **Anlass** hat

... dessen „**Trigger**“ man kennt und

... das man dahingehend prüfen kann, ob es zu den „**Lieblingsgefühlen**“ gehört, in die man bevorzugt zu kippen geneigt ist, was einen ein bisschen eben davor schützt (sich gekränkt und entwertet fühlen, sich beschämt fühlen ...)

Gefühlsprotokoll

Teil I: Das „Gefühl verstehen“

V: Emotionale Verwundbarkeit (Welche Stressfaktoren liegen vor, was macht mich anfällig, dünnhäutig und verwundbar?)

E: Auslösendes Ereignis (Wer? Was? Wann? Wo?)

I: Interpretationen (Wie bewerte und erkläre ich das Ereignis?)

N: Emotionales Netzwerk (GKHA) - Das jeweilige „Gefühl“ kann als komplexer „Trance“-Zustand aufgefasst werden, der alle Seins-Aspekte umfasst: Das Zusammenspiel von Gedanken, Körperreaktionen, Handlungsimpulsen und Aufmerksamkeitsfokussierung ergibt jeweils ein Ganzes, das (meistens) mit einem Namen versehen werden kann (Trauer, Scham, Freude, ...).

Gefühlsprotokoll – Teil I Fortsetzung

Gehen Sie diese Aspekte einzeln durch:

1. **Gedanken** (Welche Erinnerungen, Einschätzungen, Bewertungen, inneren Bilder, Stimmungen, Atmosphären gehen mir durch den Kopf?)
2. **Körperreaktion** (Welche Körperhaltung nehme ich ein? Wie atme ich? Wie reagiere ich mimisch? Wie stelle ich mich hin? Welcher Muskeltonus stellt sich ein ...?)
3. **Handlungsimpulse** (Was würde ich am liebsten tun? Wonach ist mir? Welche Reaktionshierarchie (1., 2., ...) liegt vor?)
4. **Aufmerksamkeitsfokussierung** (Welchen Elementen meiner Umgebung schenke ich meine Aufmerksamkeit? Was „hypnotisiert“ mich und zieht mich in seinen Bann?)

Kann ich diesem „emotionalen Netzwerk“ (Gefühlstrance) einen Namen geben?

Wenn ja, _____

Teil II: Mit dem Gefühl umgehen

Ist diese emotionale Reaktion in Bezug auf das auslösende Ereignis tatsächlich angemessen und sinnvoll?

(Würden die meisten Menschen oder meine beste Freundin/Freund genauso reagieren?)

Falls Ja:

Handeln! Wie kann ich die Handlungsimpulse sinnvoll umsetzen?

Falls Nein

Abschwächen! Welche Komponenten des emotionalen Netzwerks kann ich verändern? GKHA!

1. **Gedanken** (Kognitive Skills: Alternatives Denken)
2. **Körpersprache** (Körperskills: Alternative Haltung)
3. **Körperwahrnehmung** (Achtsamkeitsskills: Beachte deinen Atem)
4. **Handlungsimpuls** (Handlungsskills: Entgegengesetzt Handeln)
5. **Aufmerksamkeit** (5 Sinne-Skills)

Validierung

- das „Ernst-Nehmen“ der PatientIn
- „Ich glaube Ihnen, dass es so ist“ bzw. „dass es für Sie so ist“

d. h., der Therapeut bestätigt die Stimmigkeit/Echtheit der subjektiven Schemata (auf der Ebene der Kognitionen, Emotionen und Handlungen) der PatientIn, ohne deren Funktionalität in der Realität zu bestätigen.

Bezogen auf das Therapeuten-Verhalten kann man von 6 Aspekten sprechen:

- V 1: Aufmerksamkeit
- V 2: Genaue Reflexion
- V 3: Aussprechen von nicht Verbalisiertem (mind reading)
- V 4: Validierung im Sinne vergangener Lebenserfahrung oder biologischer Dysfunktionen
- V 5: Validierung im Sinne des gegenwärtigen Schemas
- V 6: Radikale Echtheit

Die „Fertigkeitengruppe“ ...

... ein wichtiger Baustein in der TK–FN
Sowohl als teilstationäres als auch als
ambulantes Angebot

Fertigkeitengruppe

Dort sollen **Grundhaltungen, Strategien und Techniken gelernt** werden, mit denen man (als Mensch, besonders aber als Borderliner) besser durch's Leben kommt.

Die Teilnahme an der Gruppe ist für die Borderline-PatientInnen verpflichtend; sie findet wöchentlich statt und hat bewusst **eher „Lern“- und weniger „Therapie“-Charakter**. Sie wird von zwei Team-Mitgliedern geleitet.

Es geht um vier **„Module“**, die i. S. eines Curriculums bearbeitet werden

- **Achtsamkeit**
- **Interpersonelle Fähigkeiten**
- **Affektregulation - Umgang mit Gefühlen**
- **Stresstoleranz**

Fertigkeitengruppe - Fortsetzung

Achtsamkeit

- ... lernen, im „Hier und Jetzt“ zu sein;
- ... „Leben“ spüren über das „achtsame Schauen“, was in diesem Moment gerade ist;
- ... sich als „Teil von etwas Größerem“ und dadurch eingebunden erleben;

Interpersonelle Fähigkeiten

- ... soziale Kompetenzen entwickeln;
- ... sich mit seinen Interessen und Anliegen zeigen und diese so vertreten, dass man langfristig „sozial erfolgreich“ bleibt;
- ... wirkungsvoll handeln;

Affektregulation - Umgang mit Gefühlen

- ... Gefühle differenziert wahrnehmen können;
- ... aus „Arousal“ soll Emotion werden;
- ... „Einladungen“ erkennen, in (maligne) Muster einzusteigen und diesen widerstehen bzw. differenzierter auf sie reagieren;

Stresstoleranz

- ... die (schwer aushaltbare) Zeit überstehen (Ablenkungen, ...);
- ... sich weniger stressanfällig machen (Stärkung und Immunisierung durch „gut mit sich selber umgehen“)

DBT – „au ja!“ oder:

Was ist das Charmante an DBT?

man ist weniger vorwurfsvoll gegenüber der PatientIn

in der Wahrnehmung mutiert sie vom „agierenden, teamsprengenden Zombie“ zur „Kooperationspartnerin“, die man coacht, um mit sich und ihrer Anfälligkeit für borderliniges Verhalten besser klar zu kommen

man hat weniger oder weniger häufig Insuffizienzgefühle

ein „Instrumentarium“, das ausreichend schlicht ist, um angewendet zu werden, wenn es drauf ankommt (VA's, Gefühlsprotokolle, Commitment ...) und das ausreichend komplex und flexibel ist, dass sich der Patient als „individuell gesehen“ erlebt.

im Team entsteht mehr Sicherheit

jetzt eher: „Der nächste Borderline-Patient darf ruhig kommen“, früher: „Hoffentlich geht der Kelch an uns und speziell mir vorüber“

unter den Patienten entsteht mehr Solidarität

das gemeinsame Besuchen der z.T. fordernden und anspruchsvollen Gruppen lässt die „Dauer-Gruppentrance“ einer Schulklasse entstehen, deren Schüler sich gegenseitig helfen, das „Klassenziel zu erreichen“

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT-„oh je“ oder: Was ist das eher uncharmante an DBT?

man muss es halt machen

das Programm lebt davon, dass man es umsetzt und ernst nimmt und nicht bei jedem Anlass „mal eine Ausnahme macht“

es zwingt den Therapeuten, erst die vielleicht etwas trockeneren „Pflichtübungen“ zu machen und erst dann die vermeintlich spannenderen und kreativeren „Kürübungen“; das Achten auf die Einhaltung der Form und des Therapierahmens hat gegenüber den Inhalten höhere Priorität

d. h. zum Beispiel: erst die Diary Card durchschauen, nach den Erfahrungen, Übungen und Hausaufgaben, die Skills betreffend, fragen; erstmal mit den „Standard-Interventionen“ arbeiten und erst dann auf die psychotherapeutischen Anliegen im engeren Sinne eingehen und bearbeiten

es kann die PatientInnen zum Annehmen einer zu wenig auf „Lösung“ ausgerichteten „Patienten-Identität“ verführen

von Beruf „Borderliner“, mit der Weigerung, sich zu was anderem umschulen zu lassen

Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

**Frage an das Team am 15.1.2007: „Wie zufrieden seid Ihr mit der Einführung der DBT als Behandlungsmethode für Borderline-PatientInnen in der TK-FN ?“
(0=gar nicht 10=sehr)**

..das Ergebnis (N=9)

- Mittelwert: 8,45
- Range von 7 bis 10

(zur Publikation bei den „Archives of General Psychiatry“ vorgesehen)

Sammeln von inhaltlichen Statements aus dem Team zur DBT im Feb 08

.. Das sagen Kollegen auf folgende Fragen:

Was erlebe ich als die Haupt-Wirkfaktoren an der DBT ?

- Für die PatientInnen:
 - Erhöhung der Selbstwirksamkeit („self-efficacy“- „ich kann Einfluss nehmen“), der Selbstannahme, des „freundlicheren Blicks“ auf sich selbst;
 - Achtsamkeit als Grundausrichtung im Leben (bei den PatientInnen, die da einen Zugang haben)
- Für das Team:
 - Weniger kollegialer und Therapeut-Klient- Stress durch klares Prozedere in kritischen Situationen und durch festgelegte Behandlungsdauer
 - Am gemeinsamen Strang ziehen

Hat mir DBT Anregungen für eigene Lebensbewältigung gegeben ? wenn ja , wo und wie ?

- Hinführung über „Achtsamkeitskonzept“
 - zu mehr Gelassenheit und ein bisschen „Mindfulness und Spiritualität“; „die Dinge im Leben, auf die es ankommt, sind kostenfrei und jederzeit verfügbar“
- „Validieren“
 - und Skills aus dem Bereich „zwischenmenschliche Fertigkeiten“ machten den Umgang mit pubertierendem, grenzenattackierenden Sohn einfacher
- Konkrete Achtsamkeitsübungen
 - entstressen den Tag (und man könnte glatt noch mehr arbeiten- witzwitz) .

Was vermisse ich an der DBT, wo ist sie mir fremd geblieben ?

- „**Nur**“ mit **DBT** arbeiten erscheint zu **einseitig und etwas langweilig**
- Manchmal zu **technisch**,
 - zu sehr in der Logik eines „Werkzeugkastens“
- Kommt manchmal zu **prahlerisch**
 - rüber und verspricht mehr als sie halten kann
- Manchmal suggeriert sie, dass das Leben von einer **Dauertherapie** begleitet werden muss;
 - Das fördert ein Selbstverständnis des Klienten als Dauerkranker (was konstruktiv aufgefasst hilfreich ist, destruktiv aber zu einer Opfer- und „ich bin so gestört und brauch ein Leben lang ganz viel....“ – Mentalität führen kann)

Inwieweit ergeben sich Verbindungen der DBT mit der „ursprünglichen“ therapeutischen Ausrichtung ?

- Systemische Methodenkiste (Fragetechniken, reflecting team Elemente, Abschlußintervention, Hausaufgaben...) gut in DBT Prozedere integrierbar
- VT: hat mit DBT gemein
 - zahlreiche lerntheoretische Elemente: Kontingenzmanagement, Verhaltensanalyse, Üben von Verhalten;
 - transparente und auf Kooperation abzielende Beziehung zwischen Therapeut und Klient
- Hypnotherapie: hat mit DBT gemein,
 - dass es nicht in erster Linie gilt, die Welt und auch nicht vordringlich das Verhalten zu verändern, sondern das Erleben
 - „Gefühlsprotokoll“ als Methode, den „selbsthypnotischen Zuständen“ auf die Schliche zu kommen und sich zu „enthypnotisieren“
- Pflegerisches Arbeiten: mit DBT gemein,
 - dass es ganz konkret im Alltag gilt, besser klarzukommen: Priorität hat die Alltags- inkl. Krisenbewältigung, nicht so sehr das „Verstehen“

Womit tun wir uns schwer ?

**Eine Einladung zur Suche nach
Lösungen in Subgruppen**

Gibt es Erfahrungen/Lösungsversuche zu folgenden „Problembereichen“ ?

Heterogenität der Patientengruppe :

schwierige **Dynamiken zwischen „Borderlinern“ und anderen Patienten**
(höheres destruktives Potential, kommen sich als was besonderes vor,
zusammenglücken, ...)

Keine „Übungs- und Skill Kultur“ :

es gelingt schwer, eine DBT Kultur in der Klinik aufzubauen, wie in
„**Spezialstationen**“, in denen „**Skills**“ und „**Üben**“ **ständig Thema sind**
(sich schleppende Hausaufgabengruppe)

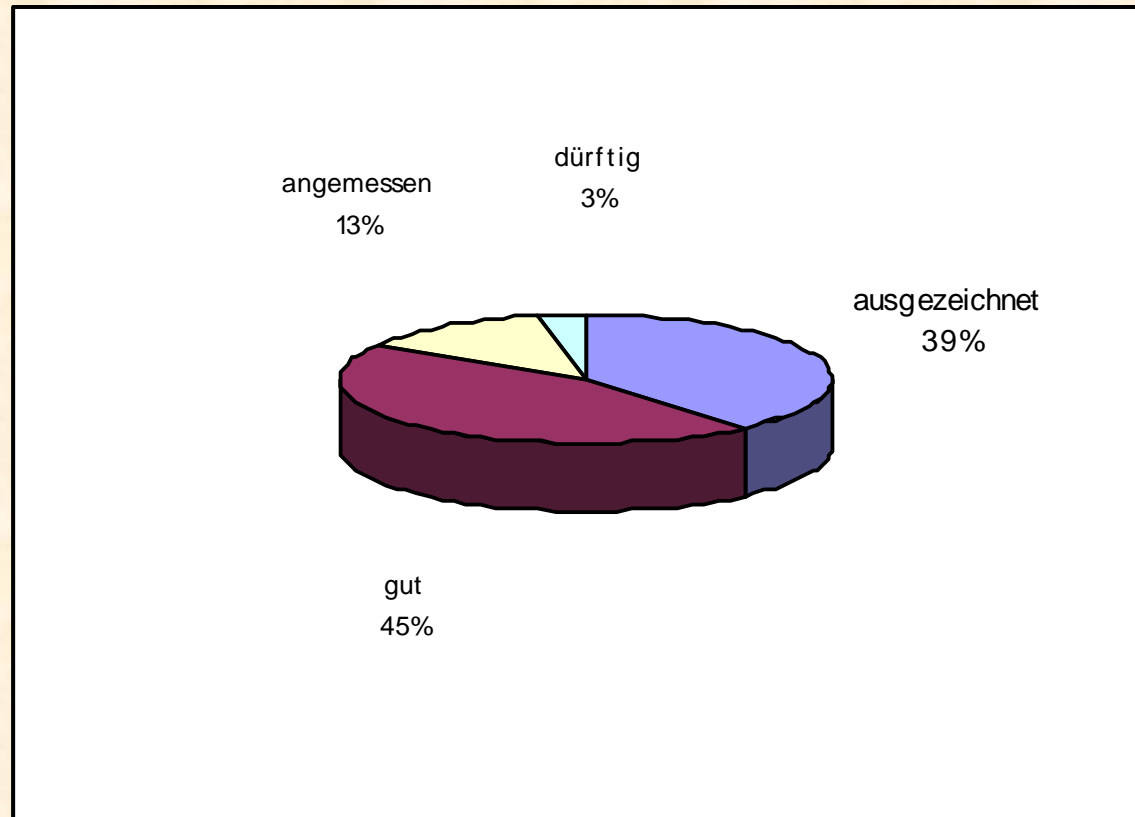
Ambivalente und unterschiedlich umfassend qualifizierte
Mitarbeiter

unterschiedlich hohe „**Allegianz**“ unter den Mitarbeitern und
unterschiedlich hoher **Qualifizierungsgrad in DBT** (wie sehr „muss jeder
dahinterstehen“ ?)

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Behandlungszufriedenheit 2007

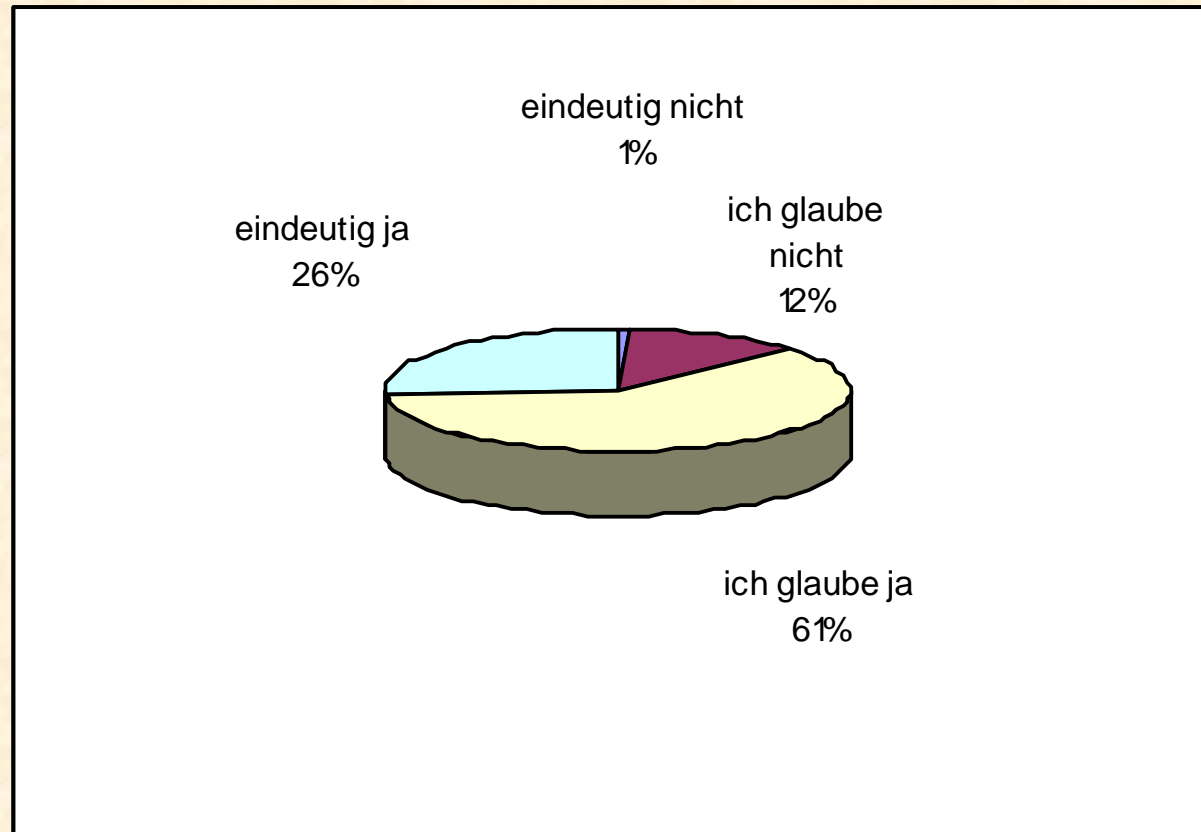
- Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie hier erhalten haben, beurteilen?



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

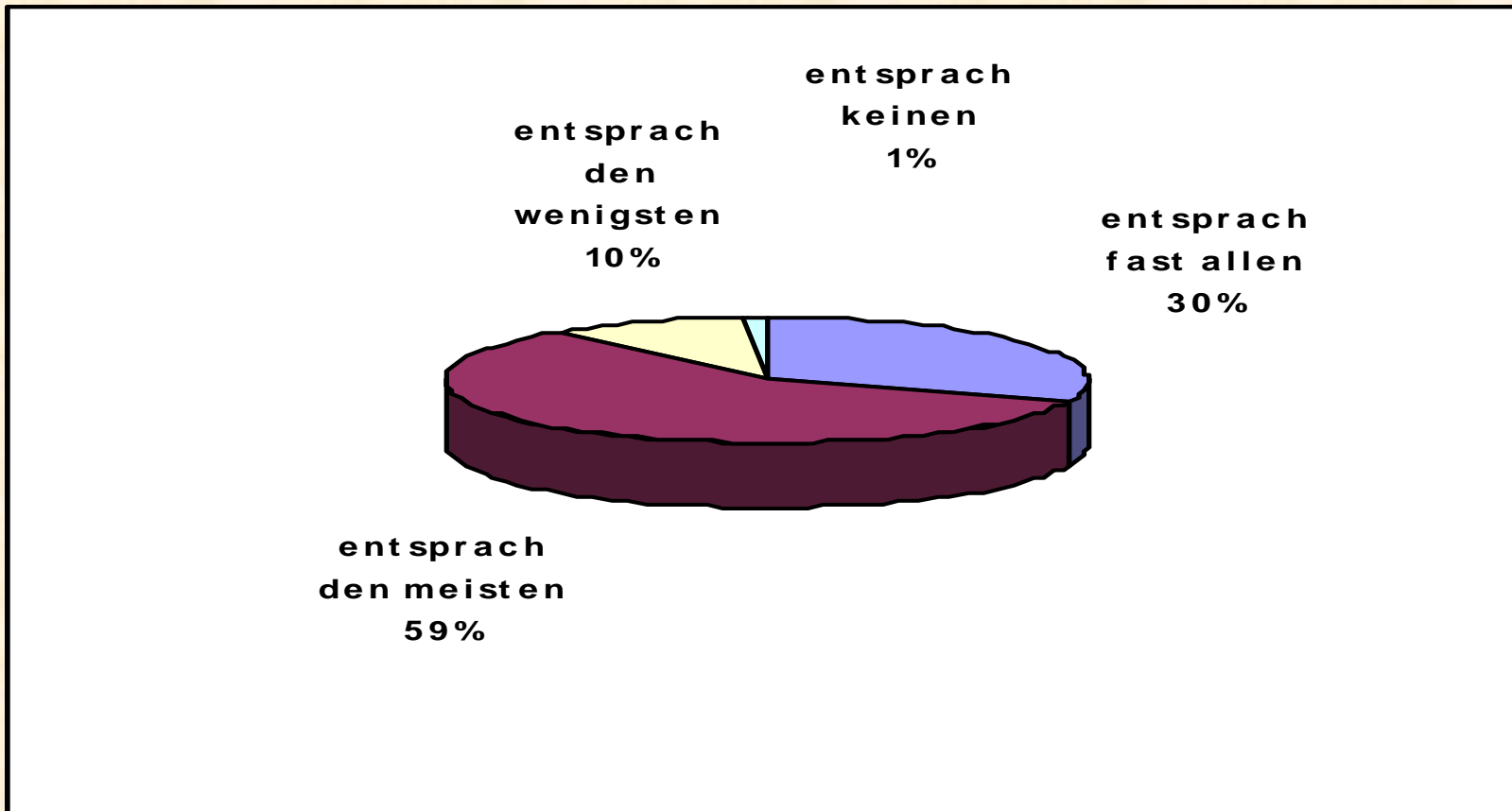
Behandlungszufriedenheit 2007
– Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

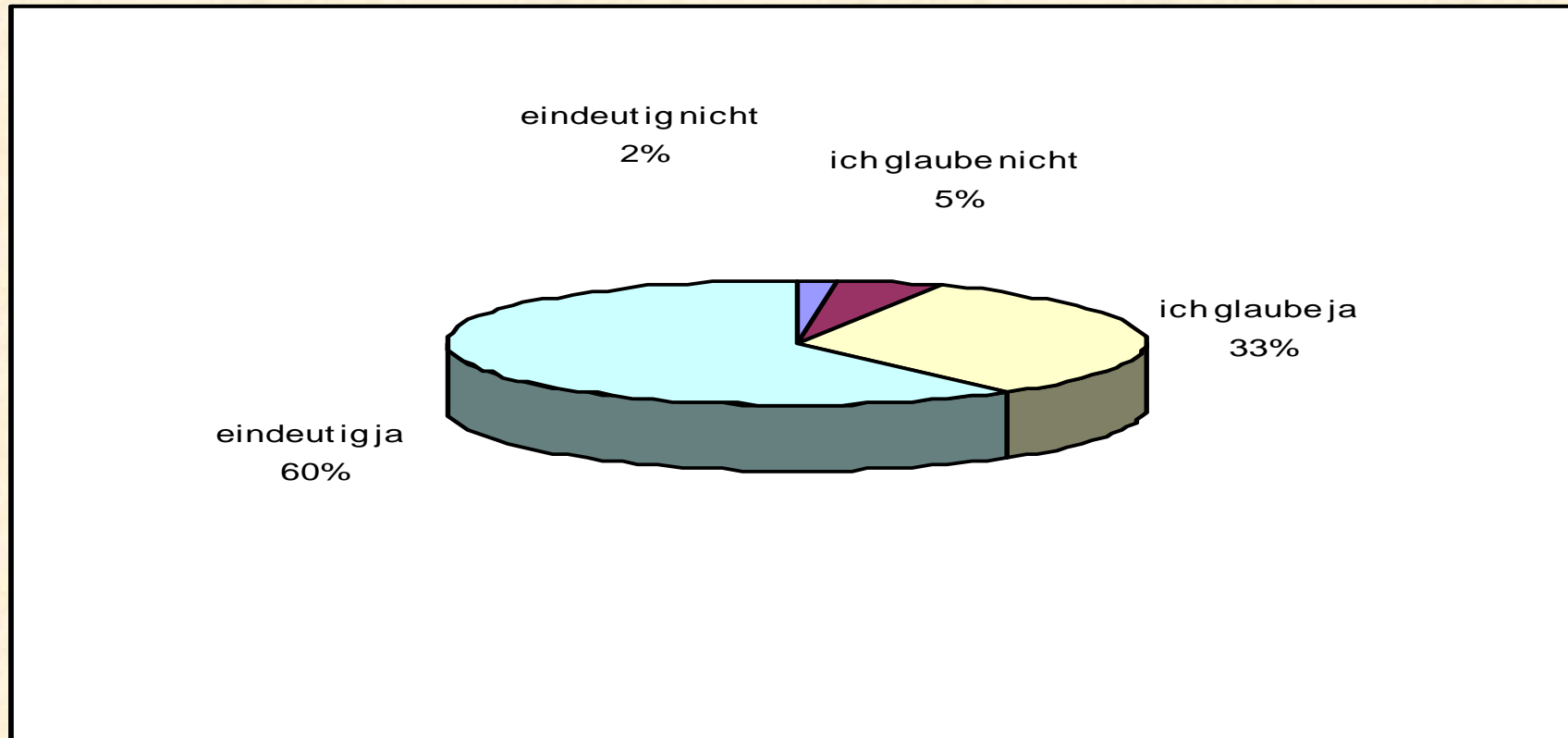
Behandlungszufriedenheit 2007
– In welchem Maße hat unsere Klinik den Bedürfnissen entsprochen?



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

Behandlungszufriedenheit 2007

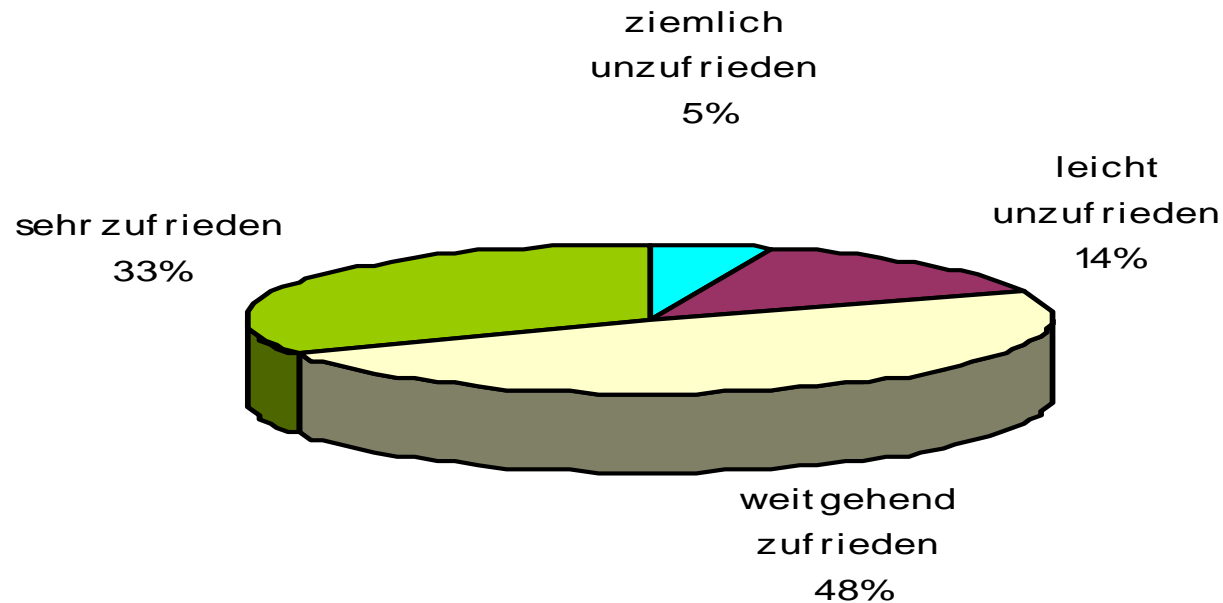
– Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Behandlungszufriedenheit 2007
– Wie zufrieden sind Sie über das Ausmaß der Hilfe, welches Sie hier erhalten haben?

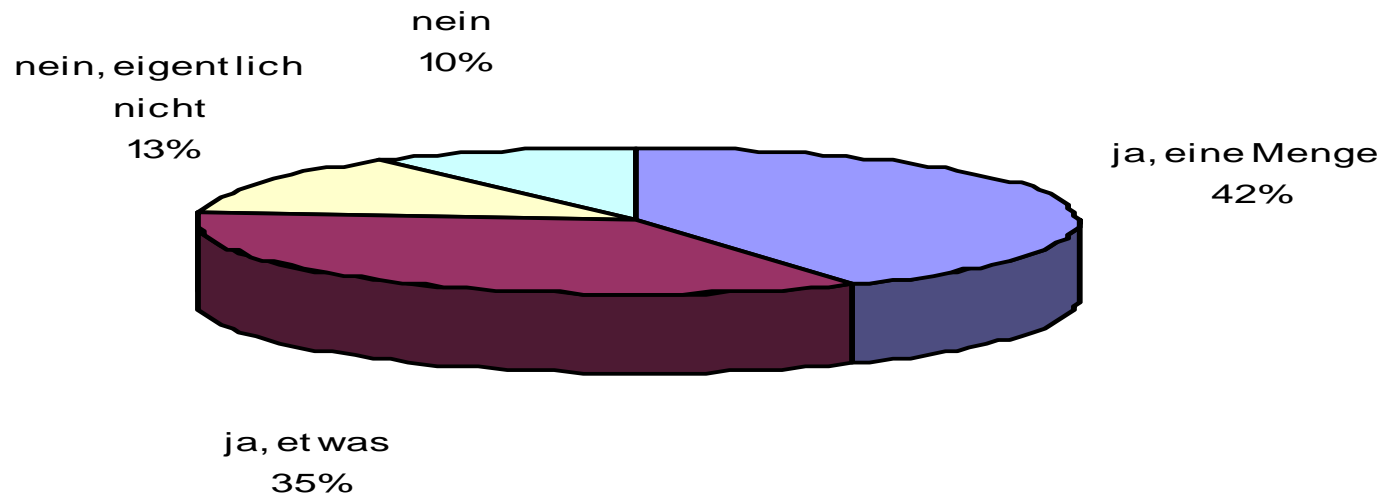


Workshop im Rahmen der DAVFP-Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Behandlungszufriedenheit 2007

– Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen geholfen, angemessener mit ihren Problemen umzugehen?

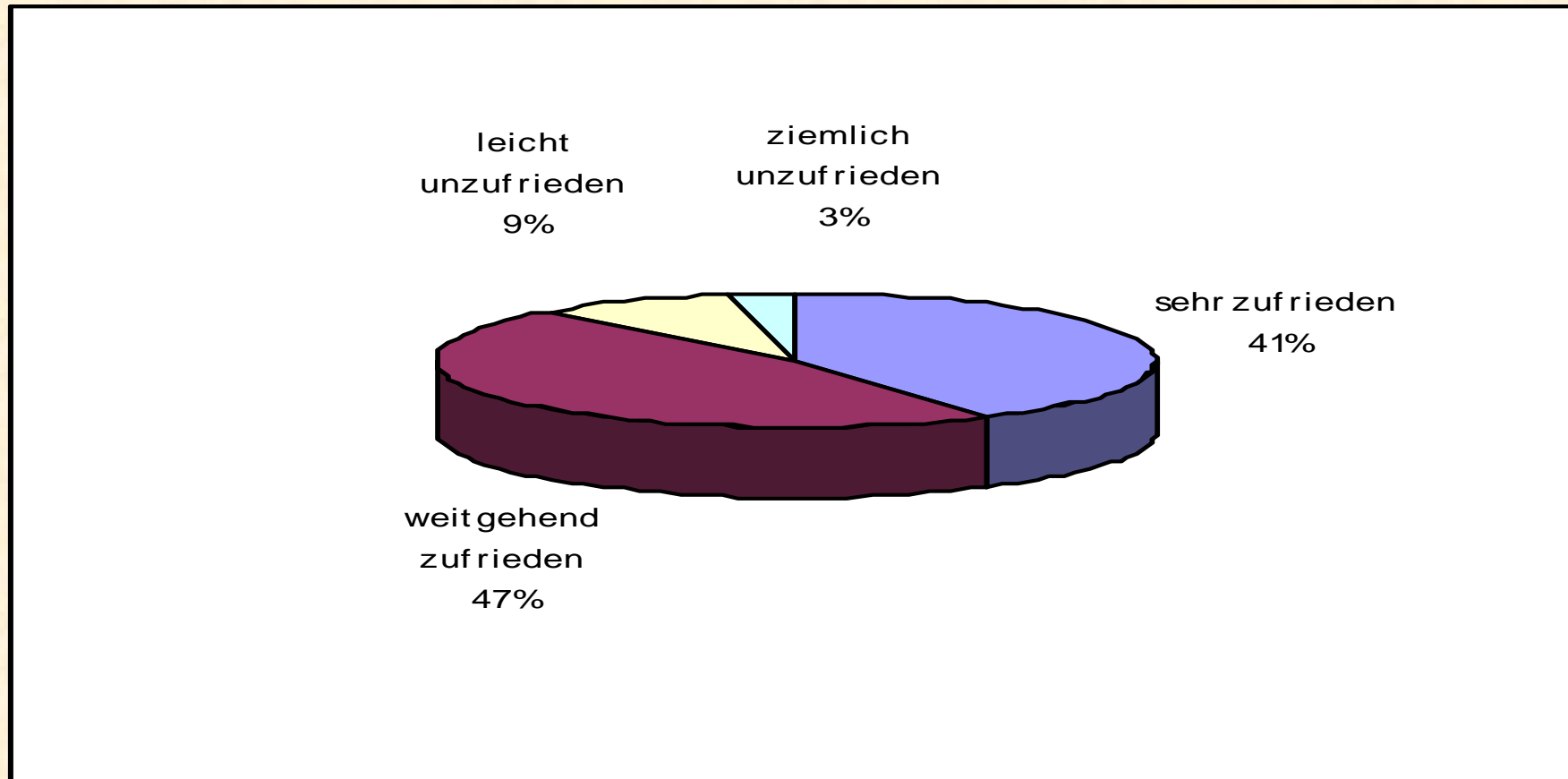


Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Behandlungszufriedenheit 2007

– Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?

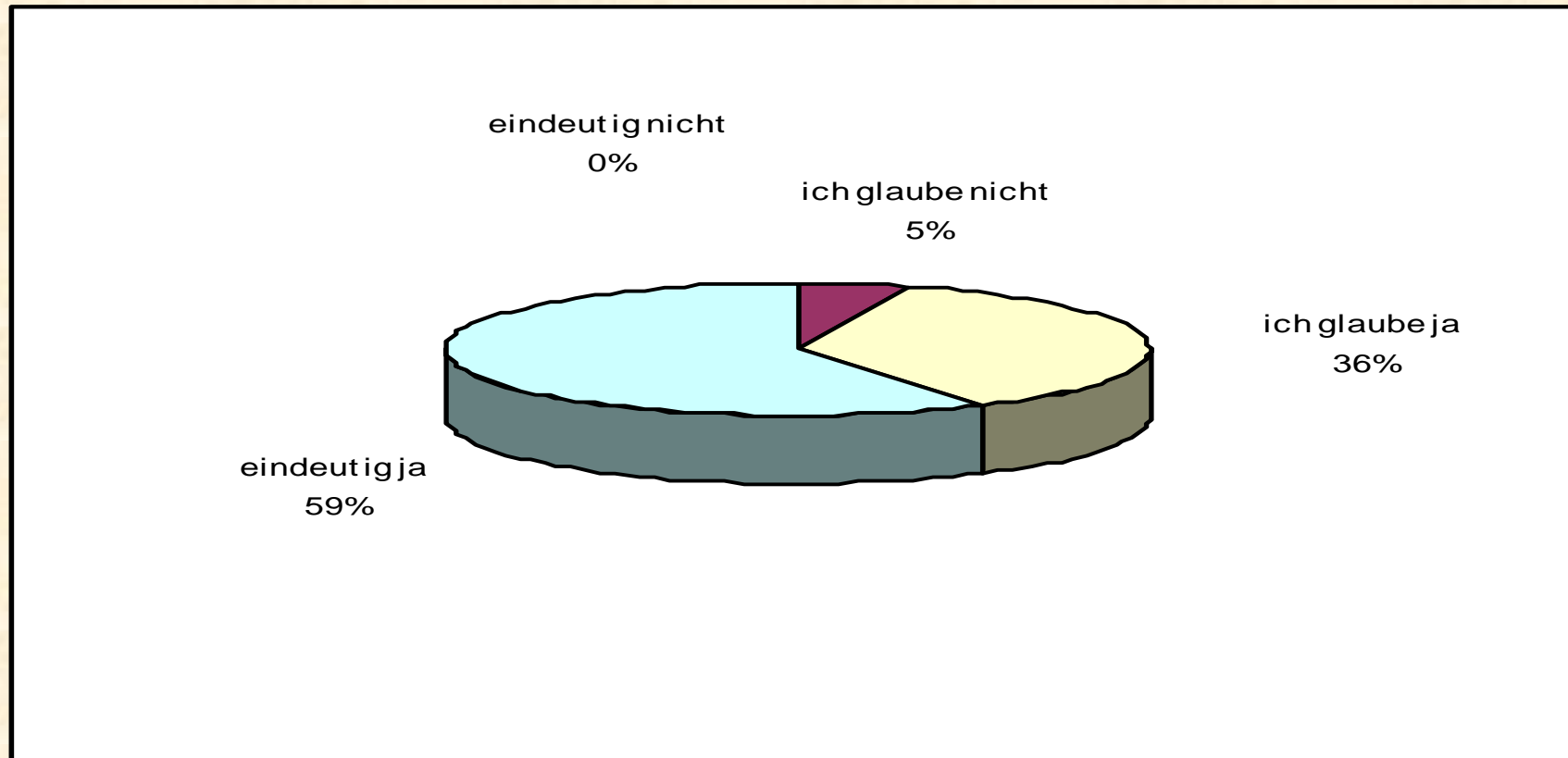


Workshop im Rahmen der DAVFP-Jahrestagung in Bergisch-Gladbach am 6. und 7. 3. 2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Behandlungszufriedenheit 2007

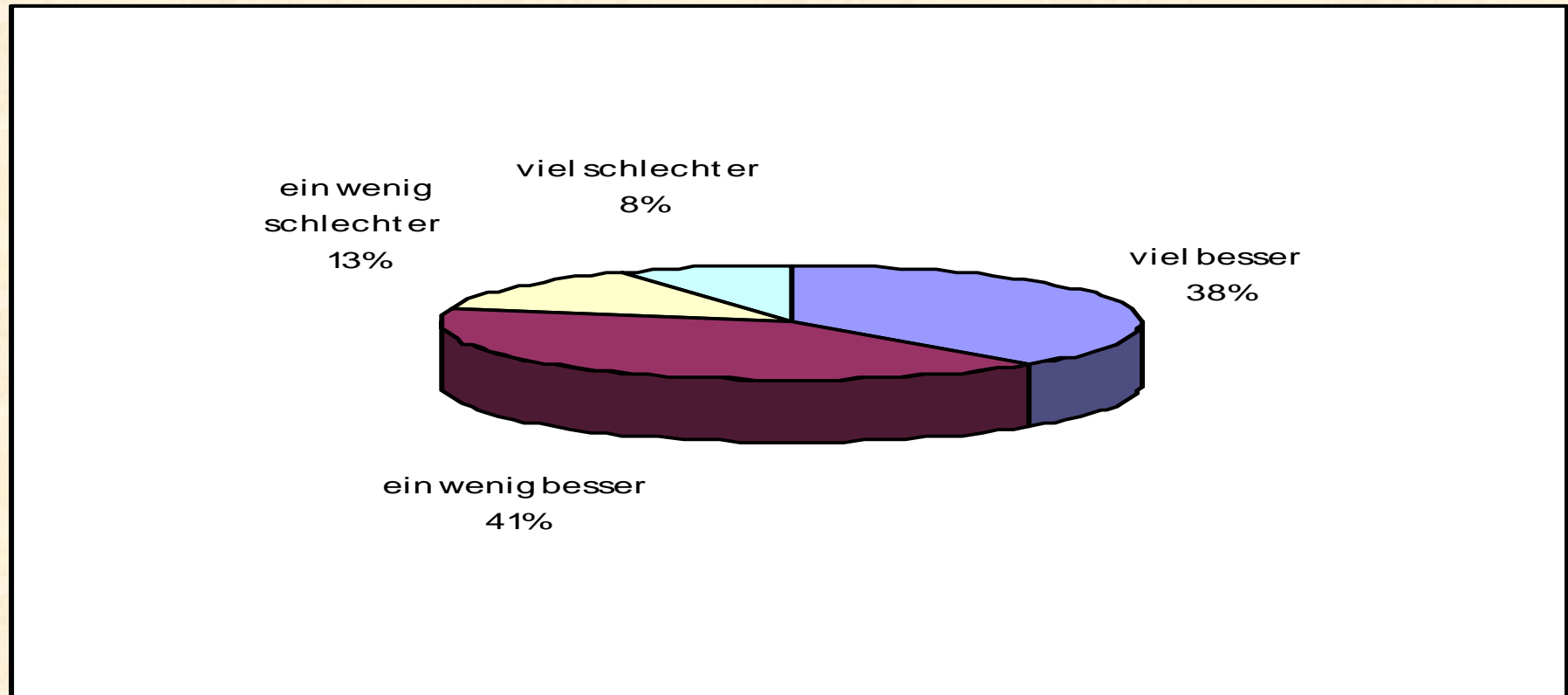
– Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie wieder Hilfe bräuchten?



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008

DBT und Tagesklinik- passt das ?

Behandlungszufriedenheit 2007
– Wie geht es Ihnen jetzt (im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme)?



Workshop im Rahmen der DATPPP Jahrestagung in
Bergisch-Gladbach am 6. Und 7. 3.2008