

Konsultationsteam und Psychohygiene in DBT

und DBT-PTBS

Das Konsultationsteam

Grundlegendes

DBT-PTBS versteht sich im Sinne der klassischen DBT als ein umfassendes Behandlungskonzept (comprehensive treatment): neben Einzeltherapie (incl. Skills-Vermittlung) und Telefoncoaching, ist auch das Konsultationsteam eine obligatorische Komponente der Behandlung. Andererseits orientiert sich DBT-PTBS an Prinzipien (principle-driven), und nicht primär an formalen Gegebenheiten. Das heißt, der Art und Weise, wie diese Komponenten jeweils umgesetzt werden, ist ein gewisser Spielraum eingeräumt. Wer sich umfassend zum Thema Konsultationsteam in der DBT informieren möchte, dem sei neben dem Kapitel im Handbuch von M. Linehan (1993) das ausführliche Handbuch von J. Sayrs (2019) empfohlen.

Warum ist das Konsultationsteam so wichtig?

In der Standard DBT geht es im Wesentlichen um zwei Aspekte: Das Konsultationsteam wendet die Prinzipien der DBT auf die Therapeutinnen an, um deren Motivation zu verbessern und ihnen zu helfen, sich am Manual zu orientieren. Wenn wir das Konsultationsteam als aktive, wirksame Komponente auch in der DBT-PTBS einsetzen, rückt noch ein dritter Aspekt in den Vordergrund: die sog. Psychohygiene oder Burnout-Prophylaxe. Gerade die Bearbeitung von frühen Missbrauchserfahrungen ist nicht nur für unsere Patientinnen, sondern auch für Therapeutinnen oft sehr belastend und macht es manchmal auch schwierig, sich am Behandlungsplan zu orientieren.

Letzteres liegt auch daran, dass die Patientinnen, die ja häufig große Angst oder Scham davor haben, Trauma-bezogene Themen anzugehen, ihre Therapeutinnen für deren unbeabsichtigte Meidungsstrategien verstärken, oder auf adäquate therapeutische Interventionen negativ reagieren. Und da auch Therapeutinnen auf freundliche Zuwendung und Kooperation ihrer Patientinnen positiv reagieren, kann es leicht passieren, dass eine dyadische Einheit sich in therapeutisch seichtes Gewässer manövriert, sich dabei zunehmend wohlfühlt, aber wenig an der Veränderung von Erleben und Verhalten arbeitet. Oder, um es mit einem Satz von M. Linehan zu formulieren:

Leitsatz: Patientinnen belohnen manchmal ihre Therapeutinnen für schlechte Therapie.

Ein Team ist hier von unschätzbarem Vorteil: Man kann sich gegenseitig unterstützen, man kann seine Unsicherheiten, Ängste und auch Enttäuschungen teilen. Das Team wird Ratschläge erteilen, Fehler korrigieren und auch Verantwortung übernehmen. Im stationären Setting gehören alle an der Behandlung Beteiligten, also neben Therapeuten, Co-Therapeuten und Pflegekräften auch die Patientinnen zum Team. Man trifft sich einmal pro Woche zu einer gemeinsamen Besprechung (Teamvisite).

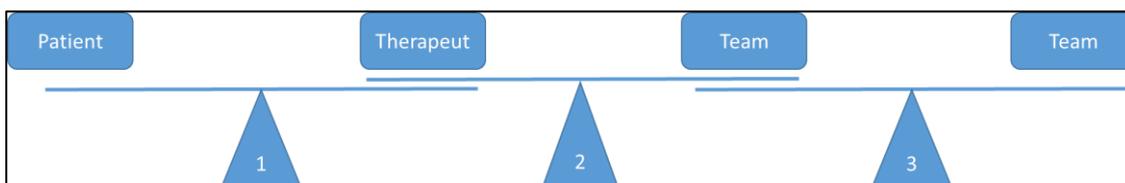
Auch unter ambulanten Bedingungen sollten Sie sich mit einer Gruppe von anderen Therapeuten und Therapeutinnen zusammenschließen. In Zeiten der digitalen Vernetzung ist es nicht allzu schwierig, zumindest ein oder zwei Kolleginnen zu finden, mit der/denen Sie sich einmal pro Woche gezielt und nach den Regeln der DBT-PTBS, austauschen können. Zu bestimmten Zeitpunkten im Verlauf der Therapie werden Sie auch die Patientinnen zu diesen Treffen einladen. Stehen externe erfahrene DBT-PTBS Supervisoren zur Verfügung, so sollten sich diese darauf konzentrieren, das Team zu unterstützen, auch eigenständig gute Arbeit zu machen.

Das Supervisionskonzept der DBT-PTBS unterscheidet sich in einigen wesentlichen Punkten von der herkömmlichen psychotherapeutischen Supervision: Letztere folgt im weitesten Sinn einem Beratungskonzept (das heißt, der Supervisor berät die Einzeltherapeutin hinsichtlich ihrer Wünsche und Erwartungen). In der DBT-PTBS übernimmt das Behandler-Team nicht nur die Beratung, sondern auch die Steuerung und letztendlich die Verantwortung für den Erfolg der Behandlung (*die Patientin „gehört“ dem Team, nicht der Einzeltherapeutin*). Steht in der traditionellen psychologischen Supervision also das Anliegen der Therapeutin im Vordergrund, so steht in der DBT-PTBS die *Verantwortung für den Therapieerfolg* im Vordergrund. Auch auf der sprachlichen Ebene zeigt sich dieses DBT-Grundverständnis: Wir sprechen von „*unseren Patientinnen*“, und wenn etwas schief läuft, dann haben *wir* ein Problem, und nicht nur die jeweils behandelnde Einzeltherapeutin.

Dabei ist wichtig, dass das Konsultationsteam nicht direkt in die Behandlung der Patientin eingreift, sondern die Therapeutin „behandelt“: Indem das Team die Prinzipien und Regeln der DBT anwendet, motiviert und korrigiert das Team die Therapeutin, optimale Therapie zu machen. Gleichzeitig sorgen wir im Team für eine spezifische Atmosphäre oder Kultur, manche sagen auch „Spirit“, indem wir die Regeln und Prinzipien der DBT auf das Team selbst anwenden.

Abb. 9.1 skizziert diese Zusammenhänge: Das Team hilft der Therapeutin, deren Beziehung zu ihrer Patientin (1) zu balancieren (2). Gleichzeitig wendet das Team die Prinzipien der DBT auf sich selber an (3).

Abbildung 9.1 Gesamtstruktur DBT: Das Team balanciert den Therapeuten und sich selbst (modifiziert nach M.M. Linehan, 1993 pp.424)



Im Rahmen der Konsultationsgruppe fokussiert das Team also das Erleben und die Verhaltensmuster der Einzeltherapeutin (do therapy to the therapist). Die Therapeutin setzt ihr eigenes Erleben und Verhalten auf die Agenda und nicht das der Patientin. Das Team wendet dann DBT-Strategien an, um die Therapeutin entsprechend zu motivieren und ihr zu helfen, DBT-PTBS erfolgreich umzusetzen. Der Fokus liegt also nicht primär auf der Veränderung des Verhaltens bei der Patientin. Um dies mit einem Beispiel zu verdeutlichen: Die Therapeutin berichtet, dass ihre Patientin trotz anhaltender Exposition in sensu keine Abnahme der Intrusionen zeigt. Das

Konsultationsteam sieht sich gemeinsam mit der Therapeutin ein Video der entsprechenden Sitzung an und hilft der Therapeutin, deren Techniken zu verbessern. Das Team hilft ihr aber auch, mit ihrer eigenen Ungeduld umzugehen und mit ihrer Frustration, dass die Dinge sich nicht so entwickeln, wie sie sich das wünscht.

Atmosphäre und Kultur des Konsultationsteams

Das DBT-PTBS-Team lebt die Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung (acceptance and change). Dies erfordert eine gewisse Offenheit, Bereitschaft, seine eigenen Schwächen zu zeigen, Bereitschaft, zu korrigieren und damit auch ein gewisses Maß an Vertrauen. Die Therapeutinnen zeigen in den Videos auch ihre Probleme, sie sprechen offen über ihre Fehler und über ihre Ängste. Die anderen Mitglieder des Teams bieten Unterstützung, und eben auch Anregungen und Verbesserungsvorschläge. Wie in jeder Therapie ist eine gute Arbeitsbeziehung zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Erfolg. Es geht also nicht nur darum, sich als Therapeutin aufgehoben und unterstützt zu fühlen, die Therapeutin will auch korrigiert werden und möglichst viele konkrete Tipps bekommen, was sie besser machen kann. Diese „wohlwollende Unterstützung“ (compassionate support) hilft natürlich auch bei der Verarbeitung von eigenen emotionalen Reaktionen auf das, was wir von den Patientinnen mitgeteilt bekommen. Grundsätzlich versuchen wir, die stilistischen Strategien der Einzeltherapie auch auf das Konsultationsteam anzuwenden: Um eine wohlwollende Fehlerkultur zu entwickeln, erhält der sog. „Hüter der Dialektik“ hier eine besondere Funktion (siehe unten).

Im Sinne der dialektischen Gestaltung versucht das Team, den therapeutischen Prozess nicht nur zu optimieren, sondern auch auszubalancieren: Wann immer die Therapeutin sich frustriert, hilflos oder ärgerlich fühlt, weil die Patientin ihrer Ansicht nach wenig Fortschritte macht, so legt das Team das Augenmerk auf die kleinen Therapieerfolge, validiert auch die kleinen Schritte, um Druck und Ansprüche zu reduzieren. Wann immer sich die Therapeutin beruhigt zurücklehnt und keine Schwierigkeiten vermeldet, so wird das Team auf eine Verschärfung des Tempos und der Ansprüche drängen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es unabdingbar, möglichst ungefilterte Informationen über den Therapieverlauf zu erhalten. Die gemeinsame Analyse von *Videoaufzeichnungen* ist also eine Grundvoraussetzung. Der Dachverband DBT bietet eine günstige digitale online-Supervisionsplattform an, auf die Therapie-Videos sicher hochgeladen, asynchron bearbeitet, kommentiert, und in der Gruppe diskutiert werden können (<https://ddbt-supervision.de/>).

Die wichtigsten dialektischen Prozesse im Konsultationsteam

Wir gehen also davon aus, dass es ausgesprochen schwierig ist, ohne Unterstützung und Beratung durch das Team wirkungsvolle Behandlungen im Sinne der DBT-PTBS durchzuführen. Dafür gibt es zahlreiche gute Gründe: Die typischen Verhaltensmuster der PTBS wie Intrusionen, Flashbacks und dissoziative Amnesien erzeugen bei vielen Therapeutinnen starkes Mitgefühl und den dringenden Wunsch, rasch zu helfen. Leider braucht auch die DBT-PTBS ihre Zeit, und manchmal ist die eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit als Therapeutin schwer auszuhalten. Manche Therapeutinnen tendieren dann dazu, ihre Patientinnen sehr schonend zu behandeln, und andere werden sehr fordernd. Dann gibt es natürlich die vielen dysfunktionalen Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten, aggressive Durchbrüche und suizidale Kommunikation, die für Therapeutinnen manchmal sehr

beängstigend und belastend sind. Einige Therapeutinnen neigen dann dazu, sehr hart durchzugreifen und andere schließen vor diesen Problemen am liebsten die Augen. Manchmal ist es auch schwierig, bei der Vielzahl von alltäglichen Problemen der Patientin, das Manual im Auge zu behalten, und manchmal ist es schwierig, rechtzeitig vom Manual abzuweichen, um den persönlichen Problemen der Patientinnen genügend Raum zu geben.

1.) Balance zwischen Unterstützung und Veränderung (support and change)

Die DBT-PTBS Therapeutin erfährt im Team ein Gleichgewicht zwischen emotionaler Unterstützung und Hilfestellung, ihr Verhalten zu verändern bzw. zu korrigieren. Es gelten dabei dieselben Regeln wie in der Behandlung der Patientinnen: Je intensiver an der Veränderung gearbeitet wird, umso intensiver sollte die emotionale Unterstützung ausfallen. Sicherlich kann die Therapeutin diese Balance steuern. Angenommen, eine Therapeutin kommt mit der Ansage in die Stunde „Ich bin absolut am Anschlag, ich weiß schon, was zu tun ist, aber diese Geschichte, die ich da hören muss, die ist für mich nur ganz schwer zu ertragen“. In diesem Fall wird sich das Team sicherlich wenig um die Interventionen kümmern, sondern der Therapeutin helfen, diese Erfahrungen besser zu ertragen (etwa: „Würde es Dir helfen, daran zu denken, dass die Patientin das auch alles ertragen hat? - und ihr ist das ja wirklich passiert“. „Oder daran zu denken, was der Patientin geholfen hat, zu überleben?“ „Kannst Du mal darüber meditieren, welche Bedeutung Leid in der Welt für Dich hat?“ „Kannst Du mal darüber meditieren, dass Du mit Deiner Betroffenheit der Patientin etwas Last abnimmst?“ „Wenn Du Deine Betroffenheit aus der Sicht Deines wohlwollenden Selbst betrachtest, wie geht's Dir dabei?“) Wenn die Therapeutin allerdings anmerkt, sie fühle sich ok, braucht aber einige Tipps, wie sie mit dem schwierigen Partner der Patientin umgehen soll, der dringend Geschlechtsverkehr während der Expositionsphase einfordert, dann versucht das Team natürlich in erster Linie, eine Lösung für dieses Problem zu finden.

2.) Balance zwischen Fokus auf eigene Grenzen und Erweiterung der eigenen Grenzen.

Wie in Kapitel 3.1 erwähnt, ist jede Therapeutin dafür verantwortlich, ihre eigenen Grenzen der Belastbarkeit wahrzunehmen und auch anzuerkennen. Die Belastbarkeit ist manchmal schwankend, hängt natürlich von vielen Variablen, unter anderem auch dem Gesundheitszustand ab. Im Sinne der Burnout-Prophylaxe ist es also unumgänglich, auf sich zu achten. Andererseits ist es bisweilen nötig, seine eigenen Grenzen auch zu erweitern, wenn zum Beispiel eine Patientin in eine akute Krise gerät und dringend telefonische Beratung braucht, oder wenn man eigentlich grundsätzlich nicht bereit ist, mit gewalttätigen Partnern zu arbeiten, die Patientin nun aber leider in solch eine Partnerschaft verwickelt ist. Die Aufgabe des Konsultationsteams ist, der Therapeutin zu helfen, diese Extreme auszubalancieren: „Was würde Dir denn helfen, etwas mehr auf Deine Grenzen zu achten und Deine Telefonkontakte am Wochenende einzustellen?“ oder: „Unter welchen Umständen wärest Du bereit, Dich mit diesem Partner auseinanderzusetzen?“

Diese Balance betrifft nicht nur das Verhalten der Therapeutin gegenüber ihrer Patientin, sondern auch gegenüber den anderen Mitgliedern der Konsultations-Gruppe. Therapeutinnen, die nicht bereit sind, Ratschläge anzunehmen, Videos zu zeigen oder den Kolleginnen Ratschläge zu geben, sollten darauf hingewiesen

werden, dass es vielleicht angemessen wäre, ihre Grenzen etwas zu erweitern und umgekehrt. Man tut sich sicherlich leichter, wenn die Team-Vereinbarungen (0.0 TB2) bereits besprochen wurden, bevor die Therapeutin sich der Konsultationsgruppe anschließt.

3.) Balance zwischen Manualtreue und Flexibilität

Anders als Standard DBT, die sich vollständig an den jeweiligen in der Tagebuchkarte notierten Ereignissen orientiert (event-based program) sind die Behandlungsfolgen in DBT-PTBS linear organisiert. Im besten aller Fälle könnte man also ganz einfach das Programm Schritt für Schritt „durcharbeiten“. In aller Regel aber kollidiert diese Idee mit den Alltagsproblemen der Patientinnen, die immer wieder gesonderte Aufmerksamkeit erfordern. Wie vorne, in Kapitel 3.1 erläutert, versucht die Therapeutin, möglichst beiden Anforderungen gerecht zu werden. Das Konsultationsteam wird sie dabei unterstützen. Es macht durchaus Sinn, für jede Patientin einen eigenen Zeitplan zu führen (0.0 TB3), um den Überblick zu behalten und rechtzeitig auf Verzögerungen aufmerksam zu machen.

4.) Balance zwischen Behüten und Fordern

Das Konsultationsteam unterstützt die Therapeutin darin, eine dynamische Balance zwischen warmer emotionaler Unterstützung und drängender Forderung zu finden. Häufig zeigen sich die Feinheiten der therapeutischen Interaktion erst im Video, da viele Therapeuten ihren persönlichen Stil selten reflektieren oder gar zur Disposition stellen. Therapeutinnen, die dazu tendieren, eher zu sorgenvoll und behütend zu interagieren, benötigen bisweilen Ermunterung, auch mal „Klartext“ zu reden, oder zu provozieren, während es anderen, die stets „pushen“, guttut, ermahnt zu werden, auch mal mehr Ruhe und Geborgenheit herzustellen. Und natürlich unterstützt das Konsultationsteam die Therapeutin darin, nicht unbeabsichtigt dysfunktionales oder meidendes Verhalten ihrer Patientinnen durch Zuwendung zu verstärken.

Konsultationsteam-Vereinbarung

Diese „Core DBT Team Agreements“ wurden ursprünglich von M. Linehan ausgearbeitet (M. Linehan, 1993; pp 117-119). Die meisten DBT-Teams verständigen sich, entsprechend dieser Grundlage zu arbeiten. Wir haben diese Vereinbarungen etwas adaptiert und auf dem Therapeutenblatt 0.0 TB2 zusammengefasst.

1. Widersprüche sind immanent. (Dialectical Agreement)

Wir bemühen uns, in allen Belangen dialektisch zu denken. Es gibt keine absolute Wahrheit. Wenn Widersprüche auftreten, geht es nicht primär darum, über richtig oder falsch zu entscheiden, sondern nach einer Synthese zu suchen. Wenn keine Widersprüche auftauchen, sollten wir skeptisch werden.

Diese Vereinbarung beschreibt die zentrale Sichtweise der DBT (siehe auch Kapitel 3.1). Im Rahmen der Konsultationsgruppe geht es um zwei Aspekte: Zunächst geht es darum, mögliche Teamspaltungen verhindern, indem wir die Teilnehmer ermuntern, klare Positionen zu vertreten, aber gleichzeitig gegenteilige Ansichten zu validieren und im Sinne einer Synthesebildung auch als Denkanstoß zu berücksichtigen. *„Ich bin völlig davon überzeugt, dass die Patientin so rasch als möglich die Exposition angehen sollte. Andererseits höre ich Deine Bedenken, dass sie noch nicht über genügend Skills verfügt. Vielleicht sollten wir beide Sichtweisen ernst nehmen und die Patientin*

fragen, welche Skills sie noch braucht, um so rasch als möglich mit der Expo zu beginnen?“ Der zweite Aspekt geht noch ein Stück weiter: Es kann ja durchaus sein, dass das gesamte Team geschlossen einer Meinung ist. Dann sollte der Hüter der Dialektik aufmerksam werden und aktiv nach alternativen Optionen fragen, die eventuell übersehen werden könnten. „Erlaubt mir mal kurz eine Bemerkung in meiner Rolle als Hüter der Dialektik: Wir alle sind der Meinung, dass die Patientin hoch motiviert ist und die Exposition so rasch als möglich angehen sollte. Ich höre keine Gegenstimmen. Könnte es sein, dass wir etwas übersehen? Könnte jemand mal kurz möglich Bedenken formulieren?“

2. Wir sind nicht das Sprachrohr der Patientinnen (Consultation-to-the-Patient-Agreement)

Das Konsultationsteam dient nicht dazu, anderen Teammitgliedern zu erklären, wie sie mit unseren jeweiligen Patientinnen umgehen sollen. Aber wir versuchen, möglichst viele Informationen über unsere Patientinnen zu sammeln und zu teilen.

3. Akzeptanz von Diskrepanz (Consistency Agreement)

Es ist nicht unsere Aufgabe, für unsere Patientinnen eine stressfreie, perfekte Umgebung zu schaffen. Abweichungen von Regeln und Vereinbarungen sind manchmal unvermeidlich.

Diese beiden Vereinbarungen sind primär für stationäre Behandler-Teams geschrieben. Vereinbarung 2 zielt darauf, dass die Einzeltherapeutin ihrer Patientin dabei hilft, mit den jeweiligen Eigenarten der anderen Teammitglieder umzugehen, statt zu versuchen, das Verhalten der Teammitglieder zu korrigieren. Beispiel: Eine Patientin beschwert sich in der Einzeltherapie über eine Pflegekraft, Frau Müller, dass diese bisweilen etwas mürrisch und kurz angebunden reagiert. Die Therapeutin antwortet: *„Nun, wenn das so ist, kann ich nachvollziehen, dass Sie sich über das Verhalten von Frau Müller ärgern. Was können Sie denn tun, um damit umzugehen? Es gibt ja mehrere Möglichkeiten: Sie versuchen, das Verhalten von Frau Müller zu ändern, oder – wenn Sie meinen, dass das aussichtslos ist, dann nehmen Sie das Verhalten von Frau Müller als gute Möglichkeit, radikale Akzeptanz zu üben. Klingt hart, aber was meinen Sie?“*

Es geht also darum, auch unangenehme Bedingungen im Team zu nutzen, um die Patientin für die Bewältigung von unangenehmen Situationen im Alltag zu trainieren. Und weil Sie als Therapeutin wahrscheinlich nicht in der Lage sind, das Verhalten der nächsten mürrischen Sachbearbeiterin im Sozialamt zu steuern, sollten Sie Frau Müller dankbar sein, dass sie so exzellente Trainingsmöglichkeiten für die Patientin kreiert (Limonade aus Zitronen).

Vereinbarung 3 greift ein immanentes Problem von stationär und teilstationär arbeitenden Teams auf: Auch, wenn wir noch so gute Absprachen treffen - es ist schlicht unmöglich, dass sich alle Beteiligten immer an die vereinbarten Regeln und Abläufe halten. Natürlich ist dies ein erstrebenswerter Zustand, aber irgendetwas läuft immer schief, was viele unserer Patientinnen als ungerecht empfinden und sie entsprechend empört. Auch hier sollten wir den Patientinnen vermitteln, dass dies zwar unangenehm ist, aber eben normal, wenn unterschiedliche Menschen mit unterschiedlichen Charakteren zusammenarbeiten. Wir können nicht alles korrigieren

und kontrollieren. Vielmehr geht es darum, den Patientinnen zu helfen, DBT-Skills anzuwenden, um damit sinnvoll umzugehen: *„Ich verstehe, dass Sie es als ungerecht empfinden, dass die Wochenendurlaube nicht richtig eingetragen wurden, und Sie deshalb nicht, wie vereinbart, nach Hause konnten. Ich wäre an Ihrer Stelle auch sehr verärgert, das tut mir auch leid, dass das passiert ist. Blöderweise passieren solche Dinge überall. Nicht nur auf unserer Station, sondern wirklich überall. Die Welt ist nicht so wie sie sein sollte. Was könnten Sie denn tun, um mit diesen Gemeinheiten des Alltags besser umzugehen – wie wäre es mit dem Skill „Innere Bereitschaft“? (Willingness).“*

4. Wir beachten unsere Grenzen. (Observing-Limits Agreement)

Wir beachten unsere eigenen Grenzen und erweitern unsere Grenzen, falls nötig. Wir entwickeln eine annehmende Haltung gegenüber den Grenzen der anderen, auch wenn diese nicht den eigenen Grenzen entsprechen.

Bei dieser Vereinbarung geht es in erster Linie darum, eine annehmende, aber auch balancierend fordernde Haltung gegenüber den eigenen Grenzen und den Grenzen anderer einzunehmen: Wir beachten und akzeptieren die Grenzen anderer, auch wenn diese uns zu eng erscheinen – wenn nötig ermuntern wir aber auch die anderen Teammitglieder, deren Grenzen zu erweitern. Wenn andere uns vorschlagen, unsere eigenen Grenzen zu erweitern, dann nehmen wir diese Anregung an und überlegen, was wir tun können, um dies umzusetzen. Andererseits unterstützen wir uns gegenseitig im Team, unseren Patientinnen zu helfen, mit unseren Grenzen umzugehen.

5. Wir beschreiben das Verhalten (Phenomenological Empathy Agreement)

Wir beschreiben das beobachtbare Verhalten der Patientinnen in würdigender, nicht-herabsetzender Sprache. Jedes Gespräch über eine Patientin wird geführt, als ob die Patientin im Raum wäre. Interpretationen sind Interpretationen und werden als solche benannt.

Diese Vereinbarung weist auf den grundlegenden verhaltenstherapeutischen Ansatz hin, pathologische Prozesse der Patientinnen nicht als „Symptome“ zu beschreiben, und damit explizit oder implizit intrapsychische kausale Intentionen zu vermuten. Vielmehr beschreiben wir die Prozesse der Patientinnen auf der phänomenologischen Ebene, das heißt, wir gehen zunächst davon aus, dass die Dinge so sind wie sie sind, und wenn sie anders sein könnten, wären sie anders. Die Frage nach dem „warum“ kann – und sollte natürlich gestellt werden, aber sie muss dann als Hypothese oder Vermutung deklariert werden, die der Überprüfung bedarf. Beispiel: Eine Therapeutin berichtet darüber, dass sie am Wochenende vor der ersten Expositionssitzung eine E-Mail ihrer Patientin bekommen hat, in welcher diese mitteilt, dass sie schwer suizidal sei und sich eigentlich sofort in stationäre Behandlung begeben werde. Sie wäre jetzt nur noch bereit, in der nächsten Therapie-Stunde über die Einweisungsmodalitäten zu verhandeln. Die Therapeutin berichtet weiter, dass sie sich über diese E-Mail ihrer Patientin massiv geärgert hätte, weil sie davon ausgeht, dass das ein Vermeidungsmanöver sei, so kurz vor der Exposition. Die anderen Teammitglieder validieren zunächst den Ärger und die Enttäuschung der Therapeutin: *„Ich kann mir vorstellen, dass du dich da ärgerst, gerade weil du so engagiert bist, und so hart gearbeitet hast, dass ihr vorankommt.“ „...und weil du eigentlich dachtest, die Patientin*

wäre schon bereit für die Expo“. Im zweiten Schritt validieren sie das Verhalten der Patientin: *„Nun, offensichtlich kommuniziert sie Suizidgedanken – warum auch immer – sie scheint gerade keinen besseren Weg zu finden, um mit Dir zu kommunizieren.“* Im dritten Schritt sucht das Team, das Problem zu verstehen: *„Es könnte sein, dass Du recht hast, und sie Angst vor der Exposition hat; es könnten aber auch andere Beweggründe vorliegen, die wir gerade nicht verstehen; sie könnte genauso gut Angst haben, zu versagen; sie könnte sich schämen, oder ihr Freund hat mal wieder Ärger gemacht... Was könntest Du denn tun, um das Problem der Patientin genauer zu verstehen?“* Die Therapeutin antwortet: *„Ok, verstanden, danke! Ich werde zunächst mal validieren, dass sie irgendein schwerwiegendes Problem hat, sonst hätte sie ja keine Suizidgedanken. Dann werde ich versuchen, das Problem zu verstehen, und ich werde ihr auch meine Vermutung sagen, dass diese Suizidgedanken eventuell mit der bevorstehenden Expo zusammenhängen. Und wenn das so ist, werde ich fragen, ob wir gemeinsam noch einmal ihre Bedenken besprechen sollen, ohne dabei zu sehr vom Zeitplan abzuweichen.“*

6. Wir brauchen Fehler (Fallibility Agreement)

Wir stimmen überein, dass wir alle Fehler machen und diese Fehler teilen, weil wir uns nur so verbessern können.

Wir gehen ja grundsätzlich davon aus, dass alle Menschen Fehler machen, und alle Therapeuten sowieso. Wenn wir uns auf diesen Standpunkt stellen, dann brauchen wir uns auch nicht zu verteidigen, wenn wir beschuldigt werden, einen Fehler gemacht zu haben. Fehler sind unbedingt nötig, um das Verhalten zu verbessern. Also wenden wir die Prinzipien der DBT auf uns selbst an: Zunächst validieren: Der Therapeut hat genau so gehandelt, wie er dachte, es wäre in dieser Situation am besten, sonst hätte er anders gehandelt. Dann eine kurze Verhaltensanalyse, um die Problemkette zu verstehen, und schließlich sollten die entsprechenden Skills helfen, in Zukunft anders zu handeln. Das Team sollte nicht vergessen, etwaige Verhaltensänderungen zu verstärken (shaping the teams behavior).

Zusätzlich zu diesen von M. Linehan konzipierten Standard-DBT-Team-Vereinbarungen, haben sich noch einige Erweiterungen als sinnvoll erwiesen:

7. Die Patientin gehört zum Team

Wir arbeiten als eine Gemeinschaft von Therapeuten und Therapeutinnen für und mit einer Gruppe von Patientinnen. Wenn eine Therapeutin ein Problem hat, dann hat das Team ein Problem, wenn eine Patientin keine Fortschritte macht, dann sind wir alle gefordert.

Diese Vereinbarung verpflichtet uns, als Team Verantwortung zu übernehmen. Strenggenommen gehören auch die Patientinnen zum Team. Sie werden nicht nur zu den definierten Zeitpunkten eingeladen (siehe unten), sondern auch ermuntert, sich an das Team zu wenden, wenn sie Schwierigkeiten mit ihrer Therapeutin haben, und diese Probleme nicht in der Einzeltherapie lösen können. Das Team hilft den Therapeutinnen im Umgang mit ihren Patientinnen, und den Patientinnen im Umgang mit ihren Therapeutinnen.

8. DBT gilt auch für das Team

Nach dem Motto „therapy for the therapists“ nehmen wir eine annehmende, wohlwollende und fordernde Haltung gegenüber uns selbst ein und intervenieren bei Problemen mit Hilfe von DBT-Strategien.

Wie bei allen Menschen unterliegt das Verhalten von Therapeutinnen den Lerngesetzen. Und da DBT auf diesen Lerngesetzen basiert, lassen sich die Interventionen der DBT auch auf Therapeutinnen anwenden, wenn wir uns etwa zum Ziel setzen, dass diese ihre Therapie verbessern, indem sie sich besser am Manual orientieren und dieses umsetzen. Zu den klassischen DBT-Strategien gehören natürlich motivationale Strategien (*„unter welchen Umständen wärst du denn bereit, deine Verhaltensmuster zu ändern?“*); Problem- und Bedingungsanalysen (*„ok, ich habe verstanden, ich mach mal eine VA zu der Frage, weshalb ich immer vergesse, meine Patientinnen nach der Diary-Card zu fragen“*); Lösungsvorschläge (*„also ich glaube, ich werde meine Patientinnen darauf hinweisen, dass sie mir helfen müssen, daran zu denken“*); und Kontingenzmanagement (*„ok, wenn du die nächsten drei Patientinnen dreimal hintereinander gefragt hast, dann darfst du eine Mindfulness-Übung zur Wahrnehmung von berechtigtem Stolz anleiten.“*)

9. DBT-PTBS fokussiert auf die PTBS

Die Behandlung der PTBS steht im Zentrum der Therapie. Wann immer kein suizidales oder therapiestörendes Verhalten auftritt, arbeiten wir an der PTBS. Andere Probleme können später bearbeitet werden.

Anders als in der Standard-DBT, in der der Problemfokus relativ variabel in Abstimmung mit der Patientin frei definiert werden kann und auch relativ oft wechselt, konzentriert sich DBT-PTBS primär an der Bearbeitung Trauma-assoziiierter Probleme. Das erfordert eine gewisse Balance, weil viele Patientinnen regelhaft wichtige Probleme aus anderen Lebensbereichen berichten und diese auch gerne bearbeitet hätten. Es gilt die Regel: Nur, was eine effektive Trauma-Behandlung verhindert, hat Vorrang. Wenn eine Patientin sich zum Beispiel mit Abbruchgedanken trägt, weil sie das Gefühl hat, dass ihre „wirklichen Probleme“ nicht gesehen werden, weil die Therapeutin das Manual durchpeitschen möchte, so hat dieses Problem Vorrang. *„Was brauchst Du von uns, um Deiner Patientin das Gefühl zu vermitteln, dass Du ihre täglichen Probleme siehst und Du trotzdem das Manual durchbringst?“* Wenn eine Patientin über eine hohe Schuldenlast berichtet, die ihr große Sorgen macht, so sollte dieses Problem an eine Schuldnerberatung „ausgelagert“ werden. Wir gehen einerseits davon aus, dass sich viele Probleme bessern, wenn sich die Symptomatik der PTBS bessert, und andererseits ist es ja durchaus erwünscht und in Deutschland auch möglich, nach Abschluss der DBT-PTBS weitere psychotherapeutische Unterstützung zu erhalten.

10. Wir vertrauen auf das Manual

Wenn wir vom Manual abweichen, so werden wir dies gegenüber dem Team begründen.

Natürlich ist das Manual nicht der Weisheit letzter Schluss, und natürlich hat es zahlreiche Schwachstellen, die dringend verbessert werden sollten. Andererseits basieren die beiden Studien auf diesem Manual und damit erhält es zumindest eine gewisse Legitimation für wissenschaftliche Evidenz. Hinzu kommt, dass in diesem

Manual die Erfahrung von ungefähr 1.000 abgeschlossenen Behandlungen steckt, und das könnte man ja mal als Argument für klinische Ausgereiftheit anführen. Aber machen wir uns nichts vor: Alle Manual-basierten Therapieprogramme kämpfen mit dem Problem, dass die Therapeuten bei der Bearbeitung ihrer Fälle häufig vermuten, dass die Problematik dieses einen Falles jetzt leider nicht nach den Prinzipien und Interventionen des Manuals behandelt werden kann, sondern einiger spezifischer Erweiterungen oder Verbesserungen bedarf. Das kann natürlich zutreffen, meistens aber sind auch diese Probleme mit Hilfe des Manuals lösbar. Wunderbarerweise hat die DBT auch für dieses Dilemma einen Sinnspruch: Jede Regel ist dazu da, um Ausnahmen zu begründen. Als Einzeltherapeutin sollten sich also so lange an das Manual halten, bis Sie das Konsultationsteam davon überzeugt haben, dass eine andere, nicht im Manual vorgesehene Intervention sinnvoller ist. - Und dann vergessen Sie bitte nicht, uns zu informieren, damit wir das Manual entsprechend verbessern!

Wie organisiert man ein Konsultationsteam?

Vorbereitung

Therapeutinnen, die sich zu einer Konsultationsgruppe zusammenschließen, oder Therapeutinnen, die sich einer bestehenden Gruppe anschließen, sollten im Vorfeld die entsprechenden Vereinbarungen (0.0 TB2) lesen und sich gründlich darüber austauschen. Insbesondere die Bereitschaft, sich gegenüber der Gruppe zu öffnen, auch Schwächen und Fehler zu zeigen und Kritik anzunehmen, sollte man in Ruhe prüfen, bevor man im späteren Verlauf unnötig Energie mit Grundsatzdiskussionen vergeudet.

Die Patientin wird bereits in der Probatorik-Phase darüber aufgeklärt, dass das Konsultations-Team ein integraler Bestandteil der Behandlung ist, dass die jeweiligen Mitglieder über den Verlauf der Behandlung informiert werden, dass sie sich Videos ansehen, dass sie die Therapeutin beraten und ihr helfen, möglichst gute Therapie zu machen. Sie unterschreibt im Behandlungsvertrag (1.1 AB1), dass sie damit einverstanden ist. Manchmal ist es hilfreich, die Mitglieder des Konsultationsteams auf einer Web-basierten Kommunikationsplattform vorzustellen, auch wenn die Mitglieder des Teams wechseln, sollte dies mitgeteilt werden. Ebenfalls im Vorfeld sollte die Patientin erfahren, dass sie zusammen mit ihrer Therapeutin spätestens nach 10 Wochen die Behandlungsplanung im Konsultationsteam vorstellen und um Erlaubnis bitten wird, mit der Vorbereitung zur Exposition beginnen zu dürfen.

Es gibt inzwischen mehrere Internet-Plattformen, die einen datensicheren Austausch von Video-Aufnahmen anbieten, auf denen die Mitglieder sich entweder live oder posthoc auch außerhalb der Team-Konsultation gegenseitig beraten können.

Welche Rollen gibt es zu verteilen?

Unterschiedliche Bedingungen erfordern unterschiedliche Lösungen. Deshalb gibt es erhebliche Varianz hinsichtlich Größe der Gruppe, des Settings und der Frequenz der Sitzungen. Trotzdem gibt es einige Komponenten, die in keiner DBT-PTBS Konsultationsgruppe fehlen sollten:

- Team-Leitung
- Sitzungsleitung
- Hüterin der Dialektik

Die besten Erfahrungen haben wir damit gemacht, wenn einzelnen Personen diese Funktionen zugewiesen werden, wobei bis auf die Team-Leitung alle Rollen rotieren können.

Die Team-Leitung: Die meisten DBT-PTBS Teams verständigen sich auf eine Person, der sie die Team-Leitung übertragen. Der Team-Leiter (oder die Team-Leiterin), übernimmt die längerfristige Gesamtleitung des Projektes: Er trägt die Vision eines funktionierenden DBT-Teams und versucht, eine entsprechend wohlwollende Arbeitsatmosphäre zu schaffen, um das Team fortwährend zu verbessern und zu unterstützen. Es geht hier nicht primär um Management-Aufgaben, sondern um „Leadership“ im besten Sinne: Enthusiasmus und Engagement, Sorge um Patientinnen und Therapeutinnen, Arbeit an der Team-Kohäsion, Kümern um die entsprechende Logistik, Interaktion mit der Administration, Rekrutierung von neuen Mitgliedern und manchmal ist es auch nötig, dass man sich von Mitgliedern trennt. Eine wichtige Aufgabe ist, die Therapieverläufe der einzelnen Patientinnen zu kontrollieren und bei Problemen die Therapeutinnen darauf anzusprechen. All dies erfordert natürlich einige inhaltliche und persönliche Kompetenzen.

J. Sayrs beschreibt diese in ihrem Handbuch (pp 46-47):

- Es ist natürlich hilfreich, wenn man nicht nur das Manual und die grundlegenden Prinzipien der DBT kennt, sondern schon einige Patientinnen behandelt hat.
- Ein Team-Leiter sollte die Fähigkeit haben, einen dialektischen Standpunkt einzunehmen, widersprüchliche Aspekte zu einer Gesamtsicht zusammenzuführen. Er sollte zwischen Akzeptanz und Änderung balancieren und helfen, die Bedürfnisse des Teams, der Therapeutinnen und damit auch der Patientinnen zu erkennen und anzusprechen.
- Auch Expertise in Achtsamkeit hilft dem Team-Leiter, um seine volle Aufmerksamkeit auf das Team zu richten, das Team als Ganzes zu sehen, in annehmender Haltung auch auf schwierige Situationen einzugehen, die einzelnen Entwicklungsstadien der Therapeutinnen zu berücksichtigen und dennoch den Therapieerfolg im Blick zu behalten.
- Skills zu Stress-Toleranz und Emotionsregulation helfen dabei, mit Beschwerden und Enttäuschungen oder auch mit Druck umzugehen. Team-Leiter sollten einerseits in der Lage sein, ihre eigenen Emotionen zu regulieren und andererseits die Team-Mitglieder darin anleiten.
- Und schließlich sollten zwischenmenschliche Fertigkeiten dabei helfen, das Verhalten von Teammitgliedern zu verändern, ohne dabei die Beziehung zu gefährden oder die Motivation der Teammitglieder zu schmälern.

Die Rolle der Team-Leitung ist manchmal höchst erfüllend und bereichernd, bisweilen aber auch sehr belastend. Teams, die ausgeprägte zwischenmenschliche Konflikte haben, die Schwierigkeiten haben, das Manual umzusetzen oder auch knapp am Burnout sind, kosten viel Energie. Aber ein Team-Leiter in Schwierigkeiten setzt das gesamte Team in Schwierigkeiten und damit letztendlich auch die Behandlungserfolge. Also braucht auch ein Team-Leiter Unterstützung. Man könnte nun argumentieren, dass sich Team-Leiter wiederum untereinander organisieren sollten, um sich gegenseitig auszutauschen, zu stützen und zu beraten. Das klingt zwar ganz vernünftig, ist aber meistens etwas umständlich. Diese Verbindungen

sollten eher die „Backup-Lösung“ darstellen. Wenn man den DBT-Regeln „do DBT to the team“ folgt - wie lautet dann die Antwort auf Frage, wer den Team-Leiter unterstützt? Natürlich ist es die Aufgabe des Teams, den Team-Leiter zu unterstützen, zu validieren und positiv für seine Arbeit zu verstärken. Das Problem ist allerdings, dass die meisten Teams nicht wissen, dass auch deren Leiter Unterstützung brauchen. Streng nach dem DBT-Motto „der Team-Leiter ist dafür verantwortlich, dass sein Team ihn gut behandelt“, ist es also durchaus sinnvoll, sein Team ab und zu darauf hinzuweisen, dass man auch als Team-Leiter den normalen Gesetzen der Verhaltenssteuerung unterliegt und ab und zu positive Unterstützung benötigt. *„Hi, ich wollte nur mal anmerken, dass es für mich zurzeit wirklich sehr anstrengend ist, mich darum zu kümmern, dass wir die Gelder von der Verwaltung bekommen, ich brauche jetzt mal ein dickes Lob!“*

Die Sitzungsleitung: Im Gegensatz zur Teamleitung kann die Sitzungsleitung rotieren und ist primär verantwortlich für die Tagesordnung, den Ablauf und das Zeitmanagement der jeweiligen Sitzung sowie für das Protokoll:

- Sie beginnt mit einer fünfminütigen Achtsamkeitsübung.
- Sie liest dann jeweils eine oder zwei Items der Team-Vereinbarung vor, mit der Bitte, dass jede Anwesende kurz berichtet, was dieses Item spezifisch für sie heute bedeutet.
- Im Anschluss bespricht sie kurz das Protokoll der letzten Sitzung und klärt, ob noch Punkte offen sind, die in dieser Sitzung geklärt werden müssen.
- Sie entwickelt die Tagesordnung (siehe unten).
- Sie leitet die Sitzung und achtet auf das Zeitmanagement.
- Sie beendet die Sitzung entweder mit einer kurzen Achtsamkeitsübung, der Klangschale, oder auch mit einer kurzen Frage nach einer erfreulichen Neuigkeit: *„Hat noch jemand etwas Positives aus einer Therapie mitzuteilen?“*

Die Hüterin der Dialektik: Die Hüterin der Dialektik ist mit einer kleinen Klangschale ausgestattet und achtet darauf, dass das Team die Vereinbarungen einhält. In erster Linie geht es darum, darauf zu achten, dass die Balance stimmt und dass wir eine freundliche und unterstützende Fehlerkultur praktizieren. J. Sayrs listet in ihrem Handbuch eine Reihe von Punkten auf (observer reminders; J. Sayrs, 2019 pp 26-35), die besonders beachtet werden sollten:

- Ein Teammitglied schweigt anhaltend

Es ist schwierig, ein offenes und vertrauensvolles Klima zu schaffen, wenn eine Teilnehmerin nichts beiträgt und stattdessen schweigt. Ihr Verhalten hat natürlich Auswirkungen auf das gesamte Team. Das anhaltende Schweigen eines Teammitgliedes kann viele Gründe haben: Die Teilnehmerin kann schlicht nicht bei der Sache sein, sie kann aber auch frustriert und verärgert sein oder zu schüchtern, weil sie denkt, dass sie zu unerfahren sei und nichts Wesentliches beizutragen hat. Sie kann aber auch erschöpft sein oder ein bisschen zu langsam und den Einstieg in den Gesprächsverlauf nicht finden.

Die Hüterin der Dialektik kann dann kurz die Glocke schlagen und anmerken: „Du bist so schweigsam heute, darf ich dich ermuntern, etwas beizutragen? Oder gibt es einen wichtigen Grund dafür, und wir sollten darüber sprechen?“

- Ein Team-Mitglied ist mental nicht präsent (nicht achtsam im Augenblick)

Zu einer wohlwollend-unterstützenden Team-Kultur gehört auch, dass alle Anwesenden tatsächlich bei der Sache sind. E-Mails beantworten, sich mit dem Handy beschäftigen oder Nebengespräche zu führen, ist nicht nur störend, sondern auch ein Zeichen von Geringschätzung der anderen. Die Hüterin der Dialektik sollte darauf mit einem sanften Ton auf der Klangschale reagieren: „Kann es sein, dass jemand gerade versucht, zwei Dinge gleichzeitig zu erledigen?“

- Ein Team-Mitglied kommt zu spät, ist nicht vorbereitet, oder hält den Therapieverlaufsplan seiner Patientin nicht ein

Zuspätkommen ist im Jargon der DBT „therapieschädigendes Verhalten“, weil die Arbeit der anderen Therapeutinnen davon beeinflusst wird. Die Hüterin der Dialektik bittet hier nicht um lange Entschuldigungen oder Verhaltensanalysen, denn jeder hat immer gut Gründe, zu spät zu kommen. Sie erinnert vielmehr an den DBT-Skill „Correction Over-Correction“ und ermahnt die Säumige freundlich, daran zu denken, in der nächsten Sitzung zur Wiedergutmachung jedem Teammitglied ein kleines persönliches Geschenk mitzubringen.

Der Therapieplan der Patientin (siehe Therapeutenblatt 0.0 TB3) beinhaltet einige Meilensteine:

- ca. 10. Sitzung: Teamvorstellung
- ca. 20. Sitzung: Besprechung der geplanten Exposition
- ca. 35. Sitzung: Besprechung der Expositionsergebnisse und Planung konkreter Ziele und Schritte bzgl. Modul 6

Natürlich liegt es im Aufgabenbereich der Therapeutin, das Team an diese Termine zu erinnern und diese auch einzuhalten. Falls diesbezüglich Probleme auftauchen, sollte einerseits die Teamleitung darauf aufmerksam werden, andererseits die Hüterin der Dialektik helfen, die jeweiligen Probleme der Therapeutin zu verstehen und zu fokussieren: „*Wie können wir Dir dabei helfen, den Therapieplan einzuhalten*“. Dies betrifft aber auch alle anderen Aspekte der Therapie, wie Vergessen von wichtigen Aufgaben, Versprechungen, Terminen oder Vereinbarungen.

- Ein Teammitglied macht abwertende Bewertungen

Natürlich geschieht es immer mal wieder, dass sich jemand abwertend über eine Patientin äußert, oder, was viel häufiger geschieht, über deren Partner, Eltern oder vorbehandelnde Ärzte und Therapeuten, oder, und das ist schon fast die Regel, über die eigene Administration. Die Kultur der DBT zielt auf Inclusion: Es gibt kein Richtig und kein Falsch, und alle Dinge haben ihre zwei Seiten. Da wir die Zusammenhänge nie vollständig verstehen, sollten wir zumindest eine annehmende Haltung entwickeln - streng genommen für alles. Im Rahmen des Konsultationsteams machen wir kein großes Aufheben um diesbezügliche Fehler. Die Hüterin der Dialektik schlägt einen sanften Ton an der Klangschale an und die Therapeutin korrigiert sich kurz. Klingt

nachvollziehbar? – Nun ja, manche Teams, insbesondere im stationären Bereich, stellt diese einfache Regel vor echte Herausforderungen: „Wo und wie soll ich denn bitte dann meine Emotionen rauslassen und erzählen, wie es mir mit dieser Patientin geht?“ – Eine gute Gelegenheit, um noch einmal auf die Grundlagen der DBT zu verweisen: Selbstverständlich dürfen und sollen wir unsere emotionalen Reaktionen äußern. Aber sehen Sie den Unterschied zwischen den beiden Aussagen? *„Diese Patientin ist nervig und hochnäsiger“* oder: *„Wenn die Patientin alle 15 Minuten an der Stationstüre klopft und fragt, was sie gegen die Intrusionen tun kann, dann fühle ich mich hilflos und überfordert, und ich glaube das macht sie absichtlich, um mich zu ärgern.“* Der erste Satz beschreibt die Person, der zweite Satz beschreibt zunächst das Verhalten der Patientin, dann die eigene emotionale und kognitive Reaktion darauf. Letzteres ist völlig in Ordnung. Das Verhalten ist stimmig beschrieben, und die eigenen Reaktionen sind so wie sie sind. Das Team kann dieser Person nun helfen, mit ihrer Hilflosigkeit und ihren Interpretationen anders umzugehen: *„Ok, du fühlst dich hilflos und überfordert, das kann ich gut nachvollziehen, wollen wir mal versuchen, das konkrete Problem der Patientin zu verstehen?“*

- Ein Teammitglied ist nicht bereit, sich zu öffnen, Fehler zu kommunizieren oder sein Verhalten zu ändern

Natürlich ist es anfangs manchmal schwierig, eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre herzustellen nicht jeder ist bereit, seine Schwierigkeiten, Sorgen und Fehler mit den anderen zu teilen. Hier hat es sich als hilfreich erwiesen, wenn die Team-Leiterin oder eine andere erfahrene Therapeutin damit beginnt, Video-Sequenzen zu zeigen, die eben nicht den DBT-PTBS Kriterien entsprechen, um so als Modell für den konstruktiven Umgang mit Fehlern das Eis zu brechen. Im Sinne von „do DBT to the team“, geht es ja primär um den Umgang mit Scham- und hier sind „social sharing“ und Normalisierung die beste Intervention. Dann gibt es natürlich in vielen Teams auch Mitglieder, die etwas ruppig oder unwirsch auf Kritik reagieren und damit die anderen einschüchtern. Manchmal hilft es, wenn der Team-Leiter die Betroffenen außerhalb des Teams anspricht, manchmal ist dies aber auch eine Aufgabe der Hüterin der Dialektik nach einem kurzen Schlag auf die Klangschale: „Oh, ich merke, dass du dich verteidigst. Kann es sein, dass es dir lieber wäre, keine Fehler zu machen? Vielleicht hast du ja recht, aber ich kann nur sagen, wir alle lieben Fehler. Wir brauchen dringend Fehler, um Dinge besser zu machen“. Oder: „Was würde Dir denn helfen, nur probeweise die Perspektive zu wechseln?“

- Ein Teammitglied äußert sich abwertend über Patienten, deren Partner oder Angehörige, oder andere Beteiligte im Gesundheitssystem (Betreuer, Sozialpädagogen etc.)

Auch wenn manche Verhaltensweisen unserer Mitbürger gerade im Umgang mit unseren Patientinnen manchmal äußerst seltsam anmuten, so sollten wir doch die DBT-Kommunikationsregeln beibehalten: Keine abwertenden Bemerkungen und „Jedes Gespräch über einen anderen wird so geführt, als ob der andere im Raum wäre“. Dies gilt auch für Gespräche über Täter oder gewaltbereite Partner: „Th.: Dieser Vollidiot verlangt von meiner Patientin, dass sie mit ihm Sex hat, obwohl wir gerade Expo machen. Und zwar reichlich perversen Sex...“ – Gong – die Hüterin der Dialektik (HD):“ Oh, hier ist jede Menge Empörung und Ärger im Raum. Können wir das nochmal

so formulieren, als ob er im Raum wäre?“ Th.: „ungern“. – Gong - Th.: „Also gut: Der Partner meiner Patientin sagt zu ihr, er bräuchte Sex, sonst würde er es nicht aushalten, und meine Patientin willigt dann ein, obwohl sie weiß, dass sie dann wieder dissoziiert.“ HD: „Und das macht dich wütend...“ Th.: „Genau“. HD: „Hat jemand eine Idee, wie wir Dir helfen können, das zum einen zu ertragen, und zum anderen deine Patientin etwas zu stärken?“

- Das Team schwelgt in Problemlösen ohne Problemanalyse

In fast jedem Team gibt es meist einen oder zwei Schnellschieser. Vielleicht denken sie tatsächlich schneller, in aller Regel aber denken sie weniger komplex sondern verlassen sich auf einige wenige Indizien, um Entscheidungen zu fällen. Das ist manchmal von Vorteil, wenn man beispielsweise wenig Zeit hat, um bei einer Skiabfahrt die Richtung zu wählen, in der Psychotherapie haben wir es jedoch regelhaft mit komplexen, oft verdeckten dynamischen Prozessen zu tun. Hier führen allzu rasche, und damit notgedrungen stereotype Entscheidungen doch häufig in die Irre, insbesondere, wenn sie mit hoher Überzeugung und der entsprechenden Vehemenz vorgetragen werden: “ Das ist doch klar, das kenn ich, das ist hier genauso wie bei Frau M., ich weiß nicht, weshalb wir hier so lange überlegen müssen“. Hier könnte die Hüterin der Dialektik intervenieren, indem sie sich an die Therapeutin wendet: „Hi, ich habe das Gefühl, wir überbieten uns hier in Lösungen. Hast du das Gefühl, dass wir das Problem vollständig verstanden haben?“

- Das Team vertritt eine sehr einseitige Sichtweise der Dinge

Die meisten Teams haben die Tendenz, homogene Meinungen zu bilden. Dies stärkt das Kohärenzgefühl, und damit die Wertigkeit der Gruppe für den Einzelnen. Leider korreliert eine homogene Meinung nicht unbedingt mit der Richtigkeit oder Sinnhaftigkeit der Annahmen. Die Geschichte ist voll von traurigen Beispielen. Seien wir also skeptisch: Wann immer ein Team sich rasch einig ist in der Urteilsbildung, sollte die Hüterin der Dialektik aufmerksam werden: „Hi, ich habe den Eindruck, dass alle im Team der Meinung sind, dass Ursula mit ihrer Patientin so rasch als möglich in die Expo-Phase gehen sollte, weil sie eh schon zu viel Zeit mit Beziehungsarbeit verloren hat. Kann es sein, dass wir hier etwas übersehen? Könnte jemand mal die Gegenposition einnehmen?“

Sie haben es bemerkt? Die Hüterin der Dialektik übernimmt eine wesentliche Rolle in der Gestaltung der Teamkultur. Wenn sie sich an diese Regeln hält, sollte dies gelingen. Aber übertreiben Sie es nicht, wenn alle fünf Minuten ein Gongschlag ertönt, kann das auch erheblich nerven.

Wie gestaltet man die Tagesordnung?

Die Team-Leiterin verteilt zunächst die Rollen: Sitzungsleitung und Hüterin der Dialektik.

Die Hüterin der Dialektik leitet eine kurze Achtsamkeitsübung an, liest dann einen Punkt der Team-Vereinbarung vor (0.0 TB2) und fragt die Teilnehmerinnen nach ihren Gedanken zu diesem Text. Man kann daraus auch eine hübsche Achtsamkeitsübung gestalten: „Ich lese Euch jetzt eine Passage der Team-Vereinbarung vor. Achtet bitte

darauf, welche Gedanken Euch dabei durch den Kopf gehen. Lasst alle Gedanken zu und beschränkt Euch ausschließlich darauf, die Gedanken zu beobachten.“

Nun kümmert sich die Leiterin der Sitzung um die Tagesordnung. Sie kann dazu das Therapeutenblatt 0.0 TB4 (Konsultations-Team-Agenda) verwenden. Zunächst muss natürlich geklärt werden, ob eine Patientin oder ein Patient zu dieser Sitzung eingeladen wurde. Falls dem so ist, so hat dies Vorrang, weil es unhöflich ist, der Betroffenen Wartezeiten zuzumuten. In aller Regel stellen wir jeder Patientin 20 Minuten Zeit zur Verfügung (siehe unten). Nach der Patientenvorstellung, oder wenn keine ansteht, geht die Sitzungsleiterin zunächst das Protokoll der letzten Sitzung durch und klärt, ob entsprechende Punkte offen sind, die in dieser Sitzung besprochen werden müssten. Anschließend orientiert sie sich an den allgemeinen Hierarchien der DBT:

- 1) Hat jemand Probleme mit akuter Suizidalität oder schwerwiegendem krisenerzeugendem Verhalten?
- 2) Hat jemand Probleme mit Therapie-zerstörendem Verhalten?
- 3) Hat jemand Probleme mit Verhaltensmustern, die den Fortschritt der Therapie erheblich beeinträchtigen?
- 4) Führt jemand lange oder häufig Telefongespräche zur Krisenintervention?
- 5) Hat jemand Probleme mit den Meilensteinen?

Falls Probleme in diesen Bereichen vorliegen, werden diese als erstes auf die Tagesordnung gesetzt.

- 6) Wer hat ein allgemeines Anliegen zur Therapie?

Jetzt werden die einzelnen Anliegen der Therapeuten gesammelt: Jede Therapeutin meldet reihum ihre Bedürfnisse an: Geht es nur um einen kurzen Bericht, braucht sie in erster Linie validierende Unterstützung, ist ihr unklar, welche Interventionen sie anwenden soll, oder ob die jeweiligen Interventionen kompetent angewendet wurden, braucht sie Unterstützung in der Therapieplanung, hat sie eine Video-Sequenz vorbereitet? Und schließlich schätzt sie selbst ein, wie viele Minuten sie benötigen wird.

Die Leiterin der Sitzung macht sich auf dem Therapeutenblatt 0.0 TB4 Notizen. Schließlich wird gemeinsam, unter Berücksichtigung aller hierarchischen Aspekte die Agenda festgelegt. Erfahrene Teams benötigen für diesen Prozess etwa 2 Minuten, junge Teams brauchen etwas länger.

Umsetzung der Tagesordnung

Wie schon erwähnt, unterscheiden sich DBT-PTBS Teams von herkömmlichen Supervisionsteams, indem sie sich auf die Team-Mitglieder konzentrieren, in erster Linie DBT für die Teammitglieder, statt über Patientinnen zu diskutieren. Deshalb haben sich die Therapeutinnen selbst mit ihren jeweiligen Anliegen auf die Agenda gesetzt, und nicht die entsprechenden Patientinnen. Und je nach Anliegen wendet das Team nun unter Berücksichtigung der jeweiligen Balancen und der stilistischen Strategien entweder akzeptanz-basierte oder veränderungsorientierte Strategien an. Immer aber steht die Motivation der Therapeutin, und damit die entsprechenden Validierungsstrategien, ganz oben (siehe dazu Kapitel 3.2). Wenn es um veränderungsorientierte Strategien geht (siehe Kapitel 7), sollten Sie grundsätzlich

versuchen, zunächst eine fundierte Problemanalyse durchzuführen, bevor Sie nach entsprechenden Lösungen suchen. Hier kommt den Videoaufzeichnungen der Therapiestunde natürlich eine herausragende Rolle zu.

Umgang mit Video-Aufzeichnungen

Wir haben es in Kapitel 3.1 bereits erwähnt: Jede Stunde wird mit Video aufgezeichnet und die Patientin unterschreibt in den Therapievereinbarungen ihr Einverständnis, dass die Video-Aufnahmen von der Konsultationsgruppe eingesehen werden können. Natürlich hat die Patientin jederzeit das Recht, dieses Einverständnis zu widerrufen, das gilt auch für einzelne Sitzungen. Meistens steht nicht genügend Zeit zur Verfügung, um sich die Aufzeichnung einer kompletten Therapiestunde anzusehen, das ist auch nicht nötig. Wenn die Therapeutin die Sequenzen vorbereitet, die sie zeigen möchte, kommt man meistens damit aus, 3-5 Minuten-Sequenzen anzusehen, aber das sollte man tatsächlich auch tun. Es gibt de facto keine andere Möglichkeit zu klären, wo z.B. die Probleme in der Expositionsbehandlung liegen, wenn man keine Video-Aufzeichnungen zur Hand hat. Die Therapeutin kann nur berichten, was sie selbst schon bemerkt, und dies ist eben meist nicht ausreichend. Auch wenn die Therapeutin über interaktionelle Probleme berichtet, eröffnet die Video-Analyse meist neue Perspektiven.

Leitsatz: In jeder Konsultationsgruppe sollte zumindest eine Video-Sequenz gesehen werden

Versuchen Sie, diesen Leitsatz ernst zu nehmen. Als Gruppe und auch in Ihrer Rolle als Sitzungs- oder Teamleitung. Alle Gruppen haben die Tendenz, die Videos zu vermeiden und stattdessen kluge Gedanken auszutauschen. Das liegt schlicht an der immanenten Tendenz, die eigene Scham zu vermeiden, die natürlich immer eine Rolle spielt, wenn man die eigene Arbeit offenlegt. Da es immer wieder mal vorkommt, dass man ad-hoc auf eine Video-Sequenz zurückgreifen möchte, hat sich die Praxis bewährt, dass grundsätzlich jede Therapeutin eine Speicherkarte mitbringt, auf welcher die letzten vier, fünf Stunden aufgezeichnet sind. Es gibt mittlerweile auch einige datensichere Plattformen, die genutzt werden können, um Videos hochzuladen und offline anzusehen und zu kommentieren. So kann man sich auf die Konsultationsgruppe zeitsparend vorbereiten.

Psychohygiene

Es ist ein besonderes Privileg, und auch ein sehr berührendes Geschenk, wenn sich schwer traumatisierte Menschen öffnen und uns erlauben, ihre Verletzungen, ihre Demütigungen und ihr gebrochenes Vertrauen zu spüren, zu tragen und zu bearbeiten. Dafür sind wir dankbar. Wir lassen uns auf unsere Patientinnen ein, auf ihre Lebensgeschichte und ihre Gefühle. Wir begegnen ihnen als authentisches Gegenüber. Wir lassen uns berühren und anrühren. Manchmal kann diese Arbeit auch für uns belastend sein.

Viele unserer Patientinnen haben grauenvolle Erfahrungen erleiden müssen. Wir werden entsprechend mit schweren Schicksalen und Leid konfrontiert. Hinzu kommen bisweilen unrealistische Wünsche und Bedürfnisse, die an uns herangetragen werden.

Manchmal können die schwierigen interaktionellen Verhaltensmuster unserer Patientinnen uns fordern und an unseren Kräften zehren.

Für unsere Patientinnen ist es meist hilfreich, Erlebnisse und Gefühle zu teilen. Wir hören zu. Doch die erschütternden Details, die Konfrontation mit menschlicher Grausamkeit und das Erleben von eigener Ohnmacht können auch für uns belastend sein. Besonders dann, wenn die Erfahrung der Patientin sich mit eigenen Lebensthemen überschneidet (z.B. eigene Schwangerschaft, während die Patientin unter einer traumatischen Erfahrung während einer Geburt leidet; der Todesfall eines Kindes, dessen Alter dem eines eigenen Kindes ähnlich ist etc.). Die eigene Regeneration kann leiden, wenn belastende emotionale Themen mit „nach Hause“ genommen werden. Wie auch in anderen Berufsfeldern können negative Arbeitsbedingungen sich zusätzlich negativ auf die Gesundheit und das Wohlergehen des Behandlers auswirken.

Die intensive Arbeit mit traumatisierten Patientinnen kann entsprechend zu einer Belastung der eigenen Psyche führen. Es ist auch Aufgabe des Konsultationsteams, den Therapeutinnen zu helfen, die eigene psychische Gesundheit während der Behandlung von Patientinnen mit schwerer PTBS zu fördern.

Hintergrund

Verschiedene Forschergruppen haben sich mit den Folgen psychischer Belastung von Menschen beschäftigt, die im sozialen Bereich tätig sind. In der Literatur werden zur Beschreibung der Folgen unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet.

Mit dem Begriff des *stellvertretenden Traumas* (Vicarious Trauma) werden mögliche kognitive und affektive Veränderungen sowie Änderungen der Beziehungen bei Therapeuten beschrieben (McCann & Pearlman, 1990). Der Therapeut werde durch das traumatische Material quasi „infiziert“. Durch die Konfrontation mit den Erfahrungen der Patientinnen bestehe die Gefahr, dass sich die Überzeugungen der Therapeutinnen in Bezug auf Sicherheit, Macht, Unabhängigkeit, Selbstwert, Intimität usw. mit der Zeit verändern. Dieses Phänomen begegnet uns immer wieder im Konsultationsteam: Berichtet eine Patientin über einen nächtlichen Überfall in einem bestimmten Stadtgebiet, so wird der nächste nächtliche Spaziergang in dieser Gegend möglicherweise ein mulmiges Gefühl wachrufen. Berichte von Missbrauch während eines Übernachtungsbesuchs bei einer Freundin werden vielleicht sensibler reagieren lassen, wenn die eigene Tochter bei Bekannten übernachten möchte. Diese Effekte, so McCann und Pearlman (1990), kumulierten mit der Zeit.

Mitgefühlerserschöpfung (Compassion Fatigue) beschreibt ein Syndrom, welches daraus resultieren könne, das Therapeuten sich sehr intensiv und lange in das Leid anderer Menschen versetzen. Therapeutinnen hätten dann mit der Zeit eine geringere Fähigkeit oder weniger Interesse, empathisch zu sein und das Leid der Patientinnen zu tragen. Die Symptome können ein Gefühl der Isolation, mentale und körperliche Erschöpfung aber auch körperliche Beschwerden umfassen.

Burnout (Maslach, 1982) wird als ein Zustand emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und verringerter Leistungsfähigkeit beschrieben. Burnout ist mit genereller Arbeitsbelastung, übermäßiger Verantwortung, fehlendem Kontrollgefühl und interpersonellen Problemen am Arbeitsplatz verbunden. Obwohl dieses Konzept nicht spezifisch für die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen entwickelt worden ist,

beschrieb Pross (2006) folgende Symptome eines Burnout bei der Arbeit mit schwer traumatisierten Folteropfern: Schlafstörungen, Alpträume, Gefühl der Entfremdung, Rückzug, Isolation, sich nicht mehr von anderen verstanden fühlen sowie die Entwicklung einer negativen Weltsicht.

Die mit dem Begriff *sekundäre Traumatisierung* (Figley, 1995) beschriebenen Folgen ähneln den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Symptomatik ist insbesondere geprägt von kognitiven Veränderungen und Veränderungen in der Beziehung zu anderen Menschen. Erstmals im DSM-5 (APA, 2013) wurde die wiederholte Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen im beruflichen Rahmen als potentiell traumatisierendes Ereignis, d.h. als ein sogenanntes A-Kriterium der Posttraumatischen Belastungsstörung aufgenommen, so dass nun bei Vorliegen der Symptomatik auch eine Posttraumatische Belastungsstörung als Folge der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen diagnostiziert werden darf.

Unabhängig davon, wie in den einzelnen Konzepten die Folgen benannt werden, letztendlich zeigen die Betroffenen Symptome von Erschöpfung und Überforderung, einen Rückzug aus ihrer Umgebung, eine Veränderung von Kognitionen sowie Zweifel an der eigenen Person und ihren Fähigkeiten. Je nach Konzept werden posttraumatische Symptome inkludiert.

Möchten Sie Ihre eigene Belastung mit Hilfe eines standardisierten Instruments überprüfen, so empfehlen wir Ihnen den Fragebogen Professional Quality of Life (ProQol.org, 2020). Den Fragebogen und Auswertungsrichtlinien finden Sie unter: https://www.proqol.org/ProQol_Test.html.

Was können Sie außerhalb des Konsultationsteams für sich tun?

Vernetzen Sie sich!

Vernetzen Sie sich mit anderen Behandlern, die ein spezielles Interesse an der Psychotherapie der komplexen Traumafolgestörungen haben, um sich hier eine sehr gezielte, soziale Unterstützung zu sichern. Schmieden Sie bewusst Allianzen. Suchen Sie Menschen, die Sie im Arbeitsalltag auch einmal kurz in der Pause zwischen Sitzungen anrufen können, um sich selbst zu entlasten und das Grauen, mit welchem Sie gerade konfrontiert waren, weiterzugeben. Das hilft sehr. Manches kann einfach nicht bis zum nächsten Konsultationsteam warten.

Suchen Sie sich also eine Person, die Sie mögen, der Sie vertrauen, mit der Sie vereinbaren, sich gegenseitig beruflich gezielt zu unterstützen mit Rat, Weitergabe von Informationen, dem Teilen von Arbeit. Im stationären Behandlungssetting gibt es die Möglichkeit, sich zwischenzeitlich einmal kurz zu entlasten, meist auf vielfältige Weise: ein kurzes Gespräch mit der Pflegekraft, dem Kollegen, dem Oberarzt. Ambulant müssen Sie gezielt Aufwand betreiben, um eine solche Situation zu schaffen. Vielleicht haben Sie Kolleginnen und Kollegen aus Studium oder Psychotherapieausbildung, die bereit sind, mit Ihnen eine solche berufliche Allianz zu schmieden? Vielleicht lernen Sie in spezifischen Fortbildungen jemanden kennen? Das tolle an unseren Berufen ist: Diese psychotherapeutisch tätigen Kollegen sind in der Regel kluge und empathische Menschen und gut ausgebildete und wertvolle Ratgeber. Die Person muss nicht in der gleichen Region leben wie Sie – wichtiger ist Sympathie und das gemeinsame Interesse an der Arbeit mit Menschen mit schwerer PTBS. Wir haben mit dieser Art

der informellen und zügig zugänglichen professionellen Unterstützung (und seien es nur die 5 Minuten in der Pause zwischen zwei Sitzungen) sehr gute Erfahrungen gemacht. Hilfreich sind regelmäßige gemeinsame Reisen, bei denen ein Teil der gemeinsamen Zeit durchaus auch für das Besprechen schwieriger Patientenverläufe genutzt werden kann. In neuer Umgebung, unter Entspannung, beim Laufen, beim Wandern sind uns oft die besten Lösungen für schwierige Patientinnen eingefallen.... Wenn Sie in der Sitzung in eine kritische und schwierige Situation kommen, hilft es Ihnen, allein schon zu denken „Gleich / nachher rufe ich Rita an und bespreche das mit ihr, mal sehen, was sie meint wie ich vorgehen kann...“ oder „Was diese Patientin erlebt hat, ist über die Maßen grausam. Ich kann mich gleich entlasten, indem ich kurz mit Linda darüber spreche, was sie mir erzählt hat...“). Natürlich müssen Sie auch hier Ihre Schweigepflicht einhalten und dürfen keine Informationen geben, die auf die Identität Ihrer Patientin schließen lassen würden.

Gezielte Stärkung von Ressourcen für körperliche und seelische Gesundheit

Nutzen Sie die Skills von ABC-GESUND (3.3 IB7)

Praktizieren Sie regelmäßig Achtsamkeitsübungen

Die größte Kraftquelle für die Psychotherapie mit PTBS-Patientinnen ist es aber, die Wirkung der Behandlung mitzuerleben. Zu erfahren, wie das Leid der Patientin gelindert werden kann, von Woche zu Woche mitzuerleben, wie die Patienten sich auch äußerlich verändern – gesünder aussehen, das erste Mal wieder etwas Farbiges tragen. Genießen Sie diese Erntephasen, die meist das Ergebnis harter gemeinsamer Arbeit sind, bewusst. Klopfen Sie sich auf die Schulter, loben Sie sich selbst. Gleichzeitig bedeutet dies aber, dass die Arbeit besonders belastend ist, wenn Sie viele Patientinnen für Diagnostik und Anamnesen sehen und sie dann für die längerfristige Behandlung weiterverweisen. Dies ist z.B. bei der Tätigkeit in Ambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz der Fall. Durch die limitierte Stundenzahl erleben die Kollegen hier selten die Wirksamkeit der Behandlung.

Literatur:

M. Linehan (1993) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* pp 104. Guilford University Press

J. Sayrs & Linehan M. (2019) *DBT Teams: Development and Practice*; Guilford Publications

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy, 55*(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>

Brunner/Mazel psychosocial stress series, No. 21. Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation. Brunner/Mazel.

Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. Fiona Cocker^{1,*} and Nerida Joss² *Int J Environ Res Public Health.* 2016 Jun; 13(6): 618.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.