



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)



**Martin Bohus, Ruben Vonderlin**

# **DBT-Skillstraining**

## **Das Trainer-Manual**

Unter Mitarbeit von Miriam Biermann, Jan Glasenapp und Julia Schmelz

Mit Grafiken von Jesse Finkelstein

**Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstraße 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: [produktsicherheit@klett-cotta.de](mailto:produktsicherheit@klett-cotta.de)

© 2025 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text

und Data Mining i.S.v. § 44b UrhG vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Illustration von Jesse Finkelstein

Gedruckt und gebunden von Druckerei C.H.Beck, Nördlingen

Lektorat: Karla Seedorf

Projektmanagement: Dr.Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40195-0

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20694-4

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

**Prof. Dr. med. Martin Bohus**

Prof.emeritus  
an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim  
J 5, 68159 Mannheim

**Dr. Ruben Vonderlin**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim  
J 5, 68159 Mannheim

**Dr. Miriam Biermann**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim  
J 5, 68159 Mannheim

**Julia Schmelz**

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Rotenwaldstraße 60  
70197 Stuttgart

**Dr. Jan Glasenapp**

Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University  
Clinical Mental Health Center  
264 Guangzhou Road  
Nanjing, 210029  
China

Dieses Trainer-Manual basiert im Wesentlichen  
auf den Entwicklungen von Marsha Linehan (2015).

Für die praktische Arbeit empfehlen wir den Band  
DBT-Skillstraining – Das Patienten-Manual.

# VORWORT ZUR DRITTEN AUFLAGE

von Martin Bohus

Die erste Auflage des Skillstraining-Manuals wurde von M. Linehan im Jahr 1993 zeitgleich mit ihrem Therapie-Handbuch zur Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) für Borderline-Störungen publiziert (Linehan 1993a, 1993b). Zum damaligen Zeitpunkt gab es eine einzige randomisierte kontrollierte Studie, die die Überlegenheit der DBT gegenüber unspezifischer Routinebehandlung bei chronisch suizidalen Patientinnen mit Borderline-Störungen (BPS) zeigte. M. Linehan hatte das Skillstraining ursprünglich nicht als eigenständiges Therapieprogramm konzeptualisiert, sondern als integralen Bestandteil des modularen Therapiekonzeptes der DBT. Grundsätzlich sollten damals immer Einzeltherapie, Skillsgruppe, Telefoncoaching und Konsultationsteam kombiniert werden. Seither hat sich vieles geändert und einiges ist doch gleich geblieben: Das Skillstraining wurde angepasst und evaluiert – für andere Diagnosegruppen, für nicht-klinische Populationen, für spezifische Altersgruppen und verschiedene Settings; zusammen mit Einzeltherapie oder als solitäre Programme, als Komplettangebot oder in einzelnen Modulen. Bei all diesen vielfältigen neuen Formaten und Modalitäten imponiert doch das hohe Maß an Kontinuität und inhaltlicher Konsistenz. So ist das Grundprinzip der Skills in den letzten dreißig Jahren unverändert: Skills bleiben hoch spezifische Selbstinstruktionen, die gezielt eingesetzt werden, um kurzfristig automatisiertes Erleben und Verhalten zu korrigieren und damit langfristig Veränderungen der inneren Einstellungen und Sichtweisen gegenüber sich selbst und der Welt zu kultivieren.

Korrigieren und kultivieren. Dies verweist auf die beiden Quellen der Skills: moderne Verhaltenstherapie und Zen. Zwei kulturell und philosophisch sehr unterschiedliche Systeme, die jedoch einige wesentliche Gemeinsamkeiten haben: beide »Schulen« kümmern sich um bewusste und gezielte Modifikation des Erlebens und Verhaltens. Während es in der Verhaltenstherapie darum geht, automatische dysfunktionale Reaktionsmuster durch zielführendes Verhalten zu ersetzen, geht es im Zen darum, Gelassenheit und Weisheit zu fördern. Die Methodik ist die gleiche: Man verfolgt eine Idee, setzt sich ein Ziel und versucht, dieses kleinteilig im kontinuierlichen Übungsprozess umzusetzen. Man beobachtet sich selbst bei diesem kontinuierlichen Prozess und versucht, konstruktiv mit seinen Unzulänglichkeiten umzugehen.

Aber nicht nur die Mechanik der Skills speist sich aus diesen beiden Schulen, es sind auch deren Inhalte. Wenn die DBT als übergeordnetes Therapieziel formuliert, den Patientinnen zu helfen, ein »sinnerfülltes Leben« (a live worth living) zu gestalten, geht sie damit dezidiert über die Modifikation von dysfunktionalen Verhaltensmustern hinaus, wie dies die traditionelle Verhaltenstherapie im Blick hat. Vielmehr greift die DBT unmittelbar in die Bewusstmachung von persönlichen Werten und deren Umsetzung im sozialen Kontext ein. Sie erweitert damit den therapeutischen Ansatz von der Krankheitsbewältigung zur Lebensgestaltung. Oder umgekehrt, im dialektischen Sinne: Die DBT nutzt Lebensgestaltung zur Krankheitsbewältigung, und sie richtet die Skills dahingehend aus. Dies erklärt, weshalb die Skills der DBT auf derart breites Interesse stoßen: Vom Kindergarten bis in die Seniorenheime, in Gefängnisse, Schulen und Therapieeinheiten, von schwer erkrankten chronisch suizidalen Borderline-Patientinnen bis zur Führungsebene im Management – DBT-Skills und -Lebensweisheiten scheinen sich rhizomartig zu verbreiten.

Dass die Ursachen für diesen breiten Erfolg weniger im traditionell-therapeutischen Kontext zu verorten sind als vielmehr in den Hinweisen und Übungen zur Lebensgestaltung, liegt auf der Hand. Indem aber die DBT das Feld der klinischen Psychologie in Richtung Positive Psychologie und Lebensgestaltung überschreitet, verliert sie auch die therapeutische Neutralität. Jetzt geht es nicht mehr nur darum, das psychische Leiden der Individuen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu lindern, vielmehr kommen ethische und moralische Aspekte ins Spiel. Wie sollte man sein Leben gestalten? Auf welche Ziele hin sollte man es ausrichten? Hier nimmt die DBT – sich auf buddhistische Psychologie beziehend – dezidiert Stellung und postuliert offensiv prosoziales Verhalten. Sie verweist auf die Verantwortung gegenüber anderen, auf die Relativierung der je eigenen Bedeutung, auf Perspektivenübernahme, auf echte Anteilnahme am Leben anderer und nachhaltige, sozialverträgliche Planung der eigenen Lebensentwürfe. All diese Aspekte sind in der DBT immer schon angelegt, in der 2015 publizierten zweiten Auflage von Linehans Skills-Manual erscheinen sie jedoch deutlich akzentuierter (Linehan 2015). Ich empfinde es als tiefes Geschenk, dass ich M. Linehan in den langen Jahren ihrer Arbeit an ihrem Manual persönlich begleiten durfte.

Weshalb war es notwendig, diese dritte Auflage des DBT-Skills-Manuals als eine vollständig überarbeitete Neuauflage herauszugeben? Erstens hatte M. Linehan mit der Neuauflage ihres Skills-Manuals 2015 neue Standards vorgegeben, die dringend aufgegriffen und berücksichtigt sein wollten. Zweitens sollten die DBT-Skills nun so formuliert und ausgeweitet werden, dass auch Patientinnen mit komplexer PTBS damit arbeiten können, wenn sie an einem DBT-PTBS-Behandlungsprogramm teilnehmen (Bohus & Vonderlin 2024).

Und drittens werden Sie in diesem Manual einige neue Handouts finden, die sich mit maladaptiven emotionalen Netzwerken beschäftigen, die mit Angst vor Verlassenwerden und sozialer Abwertung zu tun haben. Dies sind Arbeitsblätter, die sich im klinischen Alltag am ZI Mannheim ausgezeichnet bewährt haben und gegenwärtig in einer großen randomisierten Studie getestet werden (Vonderlin et al. 2025).

Ich gehe davon aus, dass sich die nosologischen Begrifflichkeiten hinsichtlich Borderline- und traumaassoziierten Störungen in den nächsten Jahren grundlegend ändern werden. Insbesondere europäische Wissenschaftler arbeiten daran, die traditionelle Fixierung des Traumabegriffs als Folge körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung zu erweitern und wiederholte soziale Traumatisierungen wie emotionalen Missbrauch, Vernachlässigung oder traumatische Invalidierung als Trauma-kriterium anzuerkennen (z.B. Neuner 2023). Damit würde es sich anbieten, die Borderline-Störung aus dem Sektor der Persönlichkeitsstörungen herauszunehmen und dem Spektrum der traumaassoziierten Störungen zuzuordnen, welches dann sowohl physische als auch soziale Traumata umfasst. Ein erweitertes Behandlungskonzept, die Trauma-Fokussierte DBT (TF-DBT) wird den Behandlungsschwerpunkt der Borderline-Störung auf die Verarbeitung traumatischer Erfahrung in Kindheit und Jugend legen. Das entsprechende Therapie-Manual wird 2026 publiziert und auf diese 3. Auflage des Skills-Manuals zurückgreifen.

### Was hat sich in der dritten Auflage des Skills-Manuals geändert?

Das **Modul Achtsamkeit** wurde vollständig überarbeitet. Die Ideen dazu stammen aus den langjährigen Zen-Retreats, die ich mit M. Linehan, Elke Max und Jan Glasenapp am Benediktushof bei Würzburg anbieten durfte. Der »Ring der Achtsamkeit« steht für ein neues Organisationsprinzip, das die bekannten Modalitäten (drei Was- und drei Wie-Fertigkeiten) beibehält. Das *Wise-Mind*-Konzept wurde völlig neu und erfahrungsbasierter überarbeitet und rückt damit ins Zentrum der gesamten DBT.

Im **Modul Stresstoleranz** wurde das Thema Krisenbewältigung neu organisiert und um umfangreiche Materialien zum Umgang mit Dissoziation ergänzt.

Deutliche Veränderungen erfuhr auch das Modul zum **Umgang mit Emotionen**. Zum einen wurde es an die Bedürfnisse traumatisierter Patientinnen angepasst und entsprechend erweitert, zum anderen wurde das Thema der multiplen Emotionen und emotionalen Netzwerke neu eingeführt und ausgearbeitet. Dies betont und stärkt die Bedeutung des meta-emotionalen Ansatzes auf Kosten der traditionellen kognitiven Bearbeitung von Emotionen.

Auch das Modul zu **zwischenmenschlichen Fertigkeiten** wurde erheblich erweitert. Die Schnittstellen zur Einzeltherapie wurden ergänzt. Didaktisch steht nun der erfahrungsbasierte Ansatz in Form von Rollenspielen und Gruppenarbeiten im Zentrum.

Um diese umfängliche Erweiterung auszubalancieren, wurden die beiden Module »Selbstwert« und »Umgang mit Sucht« nicht mehr in die dritte Auflage aufgenommen. Letzteres war möglich, weil mittlerweile ein eigenständiges DBT-Sucht-Manual vorliegt (Zimmermann et al. 2021). Das Modul zum Selbstwert hatte sich in der Praxis nicht bewährt. Der Ansatz war deutlich zu kognitiv. Die wesentlichen Skills zur Verbesserung des Selbstkonzeptes sind nun in den Übungen zu *Wise Mind* verankert.

Wenn man das gesamte neu konzipierte Training überblickt, so entwickelt sich der didaktische Schwerpunkt weg von psychoedukativer Wissensvermittlung hin zu geführter erfahrungsbasierter Kompetenzvermittlung. Methodisch reduziert sich dadurch die Zeit, die wir mit frontaler Lehre verbringen, zugunsten von erlebnisbasierten Rollenspielen. Letztere erfordern natürlich gruppentherapeutische Kompetenzen, die auch entsprechend geschult werden sollten.

Therapeutinnen, die bereits über eine Grundausbildung als Skillstrainerinnen verfügen und lediglich nach einem »Update« fragen, also nach einer kompakten Schulung der neuen Inhalte dieses Skills-Manuals, seien an die AWP-Freiburg verwiesen: <https://www.awp-freiburg.de/>.

Ich hoffe, es wird spürbar, wie sehr ich die Modifikationen dieser dritten Auflage des Deutschen Skills-Manuals als konsequente Fortsetzung von M. Linehans Arbeit sehe, und verbeuge mich vor ihrem Genie.

# Von Ruben Vonderlin

Die DBT steht an einem Punkt des Übergangs. Als 1993 das erste DBT-Manual erschien, war ich gerade zwei Jahre alt. Ich gehöre also zu jener Therapeutengeneration, die nicht mehr die Möglichkeit hatte, Marsha Linehan persönlich zu begegnen. Und trotzdem – mehr als drei Jahrzehnte später begeistert die DBT weiterhin eine neue Generation von Therapeutinnen und Therapeuten – nicht allein aufgrund ihrer gewachsenen wissenschaftlichen Evidenz, sondern vor allem durch die Haltung, die ihr zugrunde liegt.

Ohne Zweifel ist DBT eines der am besten empirisch untersuchten Psychotherapieverfahren. Und die solide Forschungslage erklärt, warum wir in unserer Ausbildung mit ihr in Kontakt kommen. Und doch könnte man sie – als ein Produkt der 1990er-Jahre – längst für überholt halten. Aber sie bleibt bemerkenswert lebendig. Was also macht ihre anhaltende Attraktivität aus, jenseits von Effektstärken und Publikationszahlen?

Oft wird die DBT mit den »Skills« identifiziert – jenen konkreten Fertigkeiten, die Patientinnen und Patienten helfen, Krisen zu bewältigen, Emotionen zu regulieren und den Alltag zu strukturieren. Diese Skills sind zweifellos zentral und ein wesentlicher Grund für die große Verbreitung der DBT. Sie wirken pragmatisch, unmittelbar und alltagstauglich – für Patientinnen ebenso wie für Therapeutinnen. Gleichzeitig birgt genau diese Zugänglichkeit die Gefahr, die DBT auf ihre Techniken zu reduzieren. Wie viele andere begann auch ich, Skills auswendig zu lernen, Diary Cards auszuteilen und Validierungsstrategien unters Kopfkissen zu legen –, um schließlich zu bemerken, dass eine Therapie stagnieren kann, wenn sie sich auf die reine Vermittlung von Techniken beschränkt. Denn das Ziel der DBT besteht nicht nur darin, Patientinnen und Patienten zu befähigen, ihren Alltag zu bewältigen, sondern ihnen auch zu helfen, ein sinnerfülltes Leben zu führen.

In diesem Sinn liegt die eigentliche Besonderheit der DBT in ihrer Haltung – jener dialektischen Grundhaltung, die die Skills erst mit Leben füllt: in der Weisheit, anzuerkennen, dass auch Skills ihre Grenzen haben; in der Einsicht, dass alles im Fluss ist und sich verändert; und in der Überzeugung, dass Akzeptanz selbst ein Motor für Veränderung sein kann, die von innen heraus entsteht. Achtsamkeit und Präsenz bilden das Fundament dieser Haltung. Sie prägen uns als Therapeutinnen und Therapeuten in einer Haltung von Mitgefühl, Gelassenheit und Weisheit. Genau das ist es, was Patientinnen und Patienten befähigt, die Folgen aversiver Beziehungserfahrungen zu überwinden und Verbundenheit mit sich selbst und der Welt zu entwickeln.

Oder, wie es eine Teilnehmerin in einer meiner Schulungen einmal formulierte: »Die DBT ist nicht ausschließlich Psychotherapie – mit der DBT leisten wir auch Friedensarbeit.« Vielleicht ist es gerade das, was die DBT auch nach mehr als drei Jahrzehnten – und gerade in unserer heutigen Zeit – unverändert aktuell macht.

Ich empfinde die DBT als ein großes Geschenk – ein Geschenk, das mich sowohl psychotherapeutisch als auch menschlich tief geprägt hat. Ich bin Martin Bohus dankbar für alles, was ich in den vergangenen Jahren lernen durfte. Es erfüllt mich mit Stolz und Dankbarkeit, Teil dieser Weiterentwicklung und Fortführung der DBT zu sein.

Die Borderline-Störung mag auf den ersten Blick komplex erscheinen. Betrachtet man sie jedoch aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive – als Ergebnis aversiver zwischenmenschlicher Lernerfahrungen in Verbindung mit individuellen Vulnerabilitäten –, werden die vielfältigen Symptomausprägungen wie Angst vor Verlassenwerden und sozialer Demütigung oder Selbsthass verständlich. Die intensiven Gefühle von Scham, Angst und Wut sowie eine ausgeprägte Sensitivität gegenüber Zurückweisung und sozialer Bedrohung sind nicht nur erklärbar, sondern auch zutiefst nachvollziehbar. Für die Psychotherapie ergibt sich daraus die zwingende Konsequenz, diese Lernerfahrungen – insbesondere im Hinblick auf Selbstkonzept und zwischenmenschliche Schwierigkeiten – nicht nur zu betrachten, sondern aktiv zu bearbeiten. Eine trauma-fokussierte Weiterentwicklung der DBT halte ich daher für notwendig und erlebe ihre Wirksamkeit immer wieder in meiner eigenen therapeutischen Arbeit.

Mit dem breiten Spektrum, das die DBT heute bietet – in der Dialektik zwischen Akzeptanz und Veränderung, Validierung und Forderung, mit Blick auf vergangene Lernerfahrungen und in die Zukunft, zwischen



Exposition und Skills und mit Wise Mind als Zentrum, das diese Gegensätze balanciert –, entfaltet sie ihre unverwechselbare Dynamik im therapeutischen Prozess.

Die DBT steht an einem Punkt des Übergangs und ich bin sehr dankbar, dass ich ihn mitgestalten kann.

Heidelberg, im Herbst 2025

Ruben Vonderlin

# INHALT

<b>1 Einführung in das DBT-Skillstraining</b>	<b>13</b>
1.1 Was versteht man unter Skills?	14
1.2 Die Module des Skilltrainings	15
1.2.1 Achtsamkeit (Mindfulness)	15
1.2.2 Stresstoleranz (Distress Tolerance Skills)	15
1.2.3 Umgang mit Gefühlen (Emotion Regulation Skills)	16
1.2.4 Zwischenmenschliche Fertigkeiten (Interpersonal Effectiveness Skills)	16
1.3 Zum Stand der Forschung: Wirksamkeit des Skilltrainings	16
1.3.1 Ist eine Skillsgruppe als Stand-alone-Treatment wirksam?	16
1.3.2 Wer kann von DBT-Skillsgruppen profitieren?	17
1.3.3 Wodurch wirkt die Skillsgruppe im Allgemeinen und worauf sollte man bei der Durchführung achten?	18
1.3.4 Wie gut wirkt das Modul Achtsamkeit?	19
1.3.5 Wie gut wirkt das Modul Stresstoleranz?	20
1.3.6 Wie gut wirkt das Modul Emotionsregulation?	20
1.3.7 Wie gut wirkt das Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten?	21
1.3.8 Neuere Entwicklungen und innovative Ideen für DBT-Skillsgruppen	22
1.4 DBT – Regeln und Prinzipien	22
1.4.1 Hierarchie der Behandlungsfoki in der Skillsgruppe	24
1.4.2 DBT-Grundannahmen	26
1.4.3 Dialektik	31
1.4.4 Akzeptanz	32
1.4.5 Veränderung	34
1.4.6 Flexibilität	35
1.5 Das Konsultationsteam	35
1.5.1 Grundlagen des Konsultationsteams	35
1.5.2 Konsultationsteam-Vereinbarung	38
1.5.3 Wie organisiert man ein Konsultationsteam?	42
1.5.4 Wie gestaltet man die Tagesordnung?	45
1.5.5 Umgang mit Videoaufzeichnungen	46
1.6 Settings, Struktur und Abläufe	46
1.6.1 Grundlagen der Skills-Vermittlung	46
1.6.2 Die ambulante Gruppentherapie	49
1.6.2.1 Patientinnen	49
1.6.2.2 Trainerinnen	51
1.6.2.3 Kooperation mit externen Behandlerinnen	52
1.6.2.4 Die Skillsgruppe im Stand-alone-Modus	53
1.6.2.5 Prinzipien und Regeln in der Gruppe	54
1.6.2.6 Abläufe	58
1.6.3 Skills in der ambulanten Einzeltherapie	66
1.6.3.1 Skills in DBT-PTBS	68
1.6.4 Skillstraining im (teil)stationären Setting	69
1.6.4.1 Skills in post-akuten stationären Behandlungsprogrammen	72
1.6.4.2 Skills in elektiven stationären/teilstationären DBT-Intensivprogrammen	73
1.6.5 Online-Therapie	76
1.6.5.1 Grundlegende Rahmenbedingungen	76
1.6.6 Skillstraining für Angehörige	78
1.7 Therapeutenblätter und Imaginationsübungen	81

<b>2 Info- und Arbeitsblätter</b>	<b>109</b>
2.1 Hintergrundwissen	109
2.1.1 Ziele des Hintergrundwissens	109
2.1.2 Hintergrundwissen: Info- und Arbeitsblätter	109
2.2 Einführung in das Skillstraining	111
2.2.1 Ziele der Einführung	111
2.2.2 Einführung in das Skillstraining: Info- und Arbeitsblätter	111
2.3 Modul Achtsamkeit	117
2.3.1 Ziele des Moduls Achtsamkeit	117
2.3.2 In aller Kürze: Was ist Achtsamkeit in der DBT?	117
2.3.3 Vertieftes Hintergrundwissen	119
2.3.4 Zen und Psychotherapie	121
2.3.5 Wie wirkt achtsamkeitsbasierte Psychotherapie?	122
2.3.6 Das Konzept <i>Wise Mind</i>	129
2.3.7 Wie vermitteln wir Achtsamkeit in der DBT?	133
2.3.8 Didaktik in der Praxis	136
2.3.9 Achtsamkeit: Info- und Arbeitsblätter	144
2.4 Modul Stresstoleranz und Dissoziation	172
2.4.1 Ziele des Moduls Stresstoleranz und Dissoziation	172
2.4.2 Hintergrundwissen	173
2.4.3 Stresstoleranz und Dissoziation: Info- und Arbeitsblätter	177
2.5 Modul Umgang mit Gefühlen	193
2.5.1 Ziele des Moduls Umgang mit Gefühlen	193
2.5.2 Hintergrundwissen	194
2.5.3 Didaktik in der Praxis	209
2.5.4 Umgang mit Gefühlen: Info- und Arbeitsblätter	213
2.6 Modul Zwischenmenschliche Fertigkeiten	234
2.6.1 Ziele des Moduls Zwischenmenschliche Fähigkeiten	234
2.6.2 Hintergrundwissen	234
2.6.3 Didaktik in der Praxis	237
2.6.4 Zwischenmenschliche Fertigkeiten: Info- und Arbeitsblätter	238
2.7 Allgemeine Materialien	262
2.7.1 Hintergrundwissen: Werte in der Psychotherapie	262
2.7.2 Allgemeine Materialien: Info- und Arbeitsblätter	265
 <b>3 Tabellarische Übersicht der Kursinhalte</b>	 <b>273</b>
3.1 Geschlossene ambulante Gruppe, in Ergänzung zu DBT-Einzeltherapie	273
3.2 Halb offene ambulante Gruppe, in Ergänzung zur DBT-Einzeltherapie	279
3.3 Geschlossene ambulante Gruppe ohne begleitende DBT-Einzeltherapie (Stand-alone-Modus)	284
3.4 Halb offene ambulante Gruppe ohne begleitende DBT-Einzeltherapie (Stand-alone-Modus)	290
3.5 Stationäre oder teilstationäre Krisenintervention	296
3.6 Stationäre oder teilstationäre Post-Krisen-Behandlung	298
3.7 Monomodulare Skillsgruppe Achtsamkeit (12 Wochen)	299
3.8 Monomodulare Skillsgruppe Emotionsregulation (12 Wochen)	301
3.9 Monomodulare Skillsgruppe Zwischenmenschliche Fertigkeiten (12 Wochen)	303
3.10 Monomodulare Skillsgruppe Zwischenmenschliche Fertigkeiten (24 Wochen)	305
3.11 Skillsgruppen im elektiven stationären DBT-Programm (12 Wochen)	308
3.12 Ausgewählte Skills(-gruppe) für DBT-PTBS	312

<b>4 Hintergrundwissen</b>	314
4.1 Diagnostik der Borderline-Störung und komplexen PTBS	314
4.1.1 Diagnostik der Borderline-Störung	314
4.1.2 Diagnostik der komplexen PTBS	315
4.2 Therapeutische Kompetenzen	315
4.3 Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	318
4.4 DBT für komplexe PTBS	323
4.5 Was ist die Trauma-Fokussierte Dialektisch-Behaviorale Therapie (TF-DBT)?	326
4.6 Psychohygiene	327
<b>5 Literatur</b>	333
<b>6 Register</b>	343

# 1 EINFÜHRUNG IN DAS DBT-SKILLSTRAINING



## 1.1 Was versteht man unter Skills?

M. Linehan (1993a) definierte Skills als »kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen«. Diese Reaktionen können bewusst eingesetzt werden oder auch automatisiert sein. Gemäß dieser Definition verwenden alle Menschen, auch Borderline-Patientinnen, täglich eine Vielzahl von Skills, ohne dass sie sich dessen bewusst werden.

Diese Sichtweise wurde von den meisten Vertretern der DBT übernommen und auch gelehrt. Sie birgt den Vorteil der Destigmatisierung, weil Skills als »normale« Verhaltensmuster beschrieben werden, die Patientinnen mit Borderline-Störung eben noch nachlernen müssen. M. Linehan hatte diese Definition bewusst gewählt, um darauf hinzuweisen, dass Borderline-Patientinnen mentale Fertigkeiten erlernen sollten, die auch Gesunde im alltäglichen Leben einsetzen, nur eben ohne sich dessen bewusst zu sein. Aber diese Sichtweise birgt auch einige Probleme. Streng genommen wäre gemäß dieser Definition auch Zähneputzen ein Skill, oder Nahrungsaufnahme und Fahrradfahren, also eigentlich jedwede mentale oder verhaltensrelevante Tätigkeit, die sich langfristig als nicht schädlich erweist für die Betroffenen und deren Umgebung. Es liegt auf der Hand, dass diese sehr weit gefasste Definition sowohl auf konzeptioneller Ebene als auch in der Praxis zu erheblichen Diskussionen und Missverständnissen führt. Dies betrifft alle vier Module des Skilltrainings.

Berücksichtigt man etwa die neueren Forschungsergebnisse zur Emotionsregulation bei Patientinnen mit Borderline-Störungen oder komplexer PTBS, so finden sich deutliche Hinweise auf mikrostrukturelle und neurofunktionelle Alterationen der fronto-limbischen Emotionsregulation (z.B. Perez-Rodriguez et al. 2018). Diese neuronalen Veränderungen manifestieren sich auf der klinisch-phänomenologischen Ebene im Sinne von emotionaler Instabilität, Hypersensitivität und Hyperintensität.

Man sollte also davon ausgehen, dass diese neurobiologisch bedingten intensiven und lang anhaltenden Emotionen eben **zusätzlicher** bewusster Steuerungsmechanismen bedürfen, über die Gesunde nicht nur nicht verfügen, sondern diese eben auch nicht oder nur sehr selten benötigen. Die Vorstellung, dass Gesunde fortwährend präkognitive

inhibitorische Top-down-Prozesse (also unbewusste Skills) einsetzen, um Emotionen zu regulieren, deckt sich kaum mit der derzeit akzeptierten wissenschaftlichen Sichtweise, die eher die Bedeutung **autoregulativer** Prozesse im Mittelhirnbereich betont (z.B. Shackman & Wager 2019), die sicherlich nicht in Form von Skills extrahiert werden können. Bewusstseinsnahe Steuerungsprozesse, wie sie bei Skills eingesetzt werden, kommen bei gesunden Menschen eher selten zum Einsatz, sind sie doch deutlich langsamer und verbrauchen deutlich mehr Energie.

Diese Überlegungen lassen sich auch auf das Gebiet der Achtsamkeit übertragen: Nur sehr wenige Menschen sind in der Lage, sich unter Alltagsbedingungen non-bewusst auf den Strom der gegenwärtigen Informationen zu fokussieren, in annehmender Haltung, ohne zu bewerten, und daraus nachhaltig sinnvolle und sozialverträgliche Handlungen abzuleiten. Schade eigentlich, es wäre besser bestellt um diese Welt. Nicht umsonst definiert etwa Jon Kabat-Zinn die Praxis der Achtsamkeit als eine bewusste, gezielte mentale Übung, die über die Alltagserfahrung **hinausweist** (Kabat-Zinn 2001).

Auch wenn es um die gezielte Unterbrechung von Krisen oder von dissoziativen Zuständen geht, dürfen wir davon ausgehen, dass dazu **spezifische Fertigkeiten** benötigt werden, die nicht im automatisierten Repertoire von Gesunden zu finden sind.

Und wie verhält es sich in zwischenmenschlichen Situationen, dem vierten Modul des Skilltrainings? Zieht man die bahnbrechenden Arbeiten von Kahneman zu den Mechanismen von automatisierter und kontrollierter Urteilsbildung heran (Tversky & Kahneman 1981), so wird deutlich, dass sich auch im zwischenmenschlichen Bereich automatisiertes, von Kahneman als »schnell« bezeichnetes Denken in wesentlichen Aspekten von kontrolliertem (»langsamem«) Denken unterscheidet. Während Ersteres auf der Verarbeitung von wenigen selektierten Informationen beruht, daher rasch, hoch ergonomisch und scheinbar mühelos um den Preis einer gewissen Fehleranfälligkeit operiert, verarbeitet das kontrollierte Denken (und darunter subsumieren wir die Skills) eine weit größere Anzahl von Kontextvariablen. Diese geringere Fehlerquote erfordert allerdings ein höheres Maß an Energie und motivationalem Aufwand.

**In anderen Worten: Skills sind weit mehr als bewusst gemachte automatisierte Prozesse von Sekunden. Sie sind eine eigene Kategorie.**

Wie im Vorwort schon ausgeführt, würden wir daher eine enger gefasste Definition bevorzugen. Wir können DBT-Skills hinsichtlich ihrer Funktion in zwei Gruppen unterteilen: zum einen in die **kurzfristig wirksamen Selbstinstruktionen**, die bewusst eingesetzt werden, um automatisiertes Erleben und Verhalten gezielt zu korrigieren. Zum anderen in Übungen und Verhaltensweisen, die darauf angelegt sind, **langfristig Veränderungen** der inneren Einstellungen gegenüber sich selbst und der Welt zu kultivieren. Dazu gehören etwa präventiv wirksame Skills, die auf eine Verbesserung der emotionalen Vulnerabilität zielen, oder auch die Imaginationsübungen zu *Wise Mind*.

Aber auch kurzfristig wirksame Skills werden sich nach längerer Übung automatisieren, das heißt, von der bewussten Steuerung in non-bewusstes Erleben und Verhalten übergehen. Dann verhält man sich »skillful«, also angemessen, aber man benötigt nicht mehr die dezidierten Steuerungsprozesse, und damit setzt man keine Skills mehr ein, sondern prozessiert diese automatisch.

Wie aber fördert man diesen Prozess der Automatisierung, ohne die sich der Alltag doch sehr anstrengend oder holprig anfühlen würde? Viele Betroffene stellen diese Frage gar nicht, weil sie die Antwort bereits erraten: durch üben, üben, üben. Wir begrüßen die neuen Teilnehmerinnen einer Skillsgruppe beim Vorgespräch mit der Frage, ob sie jemals gelernt haben, ein Instrument zu spielen. Und falls sie auf diesem Gebiet keine Erfahrung machen konnten, so haben die meisten Patientinnen Bekanntschaft mit anderen komplexen Prozessen gemacht, die anfangs sehr langsam und **anstrengend** verliefen, bis sie sich schließlich automatisierten: Tanzen, Basketball, Skifahren, Fremdsprachen lernen, die Liste lässt sich beliebig erweitern. Immer geht es darum, bewusste, linear gesteuerte Prozesse durch permanente Wiederholung in Automatismen zu verwandeln. Erst mit den Automatismen kommen Leichtigkeit und Geschmeidigkeit ins Spiel und damit schließlich auch der Spaß und bisweilen berauschende Momente.

## 1.2 Die Module des Skilltrainings

M. Linehan gliederte das Skillstraining in **vier Module**, die wir in diesem Manual beibehalten. Ausführliche Erläuterungen finden Sie im Kapitel 2 dieses Bandes, hier wollen wir nur einen kurzen Überblick zur Orientierung geben.

### 1.2.1 Achtsamkeit (Mindfulness)

Das Achtsamkeitsmodul bildet das grundlegende Fundament des gesamten Skilltrainings. Es wird sowohl am Anfang des Trainings eingeführt als auch in regelmäßigen Abständen wiederholt. **Achtsamkeit in der DBT verfolgt zwei Ziele:** Erstens geht es darum, die **meta-emotionalen Fähigkeiten** zu verbessern, um das heißt gezielt **Kompetenzen** zu verbessern, die eigenen Emotionen, Gedanken und Handlungsimpulse zu beobachten und zu beschreiben, ohne den jeweiligen Handlungsimpulsen zu folgen. Zweitens geht es darum, eine nicht-wertende, wohlwollende und akzeptierende **Haltung** gegenüber sich selbst und anderen zu entwickeln. Die von M. Linehan konzeptualisierten »Was-Fertigkeiten« (wahrnehmen, beschreiben, teilwerden) und »Wie-Fertigkeiten« (offen annehmen, im Augenblick sein und umsichtig handeln) lassen sich in Form eines Ringes darstellen, in dessen Mitte *Wise Mind* platziert ist.

Das Prinzip des **Wise Mind** bezeichnet in der DBT den inneren Zustand, in dem **emotionale** und **rationale Anteile** des Denkens in Balance sind, also einen mentalen Modus, in dem Menschen auf eine **kohärente, intuitive und situationsangemessene Weise** handeln können – weder rein impulsiv-emotional noch rein intellektuell-distanziert. Um der fundamentalen Bedeutung von *Wise Mind* in der DBT Rechnung zu tragen, haben wir das Wise-Mind-Konzept in dieser Auflage des Skills-Manuals deutlich erweitert und vertieft. Die Details finden Sie im Kapitel 2.3.

### 1.2.2 Stresstoleranz (Distress Tolerance Skills)

Auch das Modul der Stresstoleranz verfolgt **zwei Ziele:** Einerseits geht es darum, den Umgang mit **akuten Krisen- und Belastungssituationen** zu verbessern (intensive Spannungszustände, Dissoziation und Krisenmodi), andererseits geht es darum,

langfristig die Toleranz für aversive Emotionen, Kränkungen, schlechte Laune und Ungerechtigkeit zu erhöhen. Also darum, eine **annehmende Haltung** zu entwickeln, um auf dieser Basis handlungsfähig zu bleiben. Detailliertere Ausführungen finden Sie in Kapitel 2.4.

### 1.2.3 Umgang mit Gefühlen (Emotion Regulation Skills)

Das Modul zur Emotionsregulation vermittelt den Patientinnen einerseits **Verständnis** für die Entstehung, Funktion und Steuerung von Emotionen, andererseits **grundlegende Kompetenzen**, aversive Emotionen zu regulieren, multiple Emotionen zu erkennen und zu handhaben, und schließlich lernen sie Verhaltensmuster, um ihre emotionale Vulnerabilität zu reduzieren. Eine Neuerung in dieser Auflage des Skills-Manuals besteht in der Entwicklung von sog. »Schlüssel-Emotionen-Netzwerke« (SEN) wie Furcht vor Verlassenwerden und Furcht vor sozialer Demütigung. Auch hierzu finden sie alle Details in Kapitel 2.5.

### 1.2.4 Zwischenmenschliche Fertigkeiten (Interpersonal Effectiveness Skills)

Das vierte Modul fokussiert auf den Aufbau und Erhalt **stabiler, erfüllender sozialer Beziehungen** sowie auf die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse durchzusetzen, Grenzen zu setzen und dabei die Beziehung und Selbstachtung zu wahren. Gerade Patientinnen mit Borderline-Symptomatik erleben in diesem Bereich häufig intensive Konflikte, instabile Beziehungen oder Schwierigkeiten, Autonomie und Bindung in Balance zu halten. Details finden Sie in Kapitel 2.6.

## 1.3 Zum Stand der Forschung: Wirksamkeit des Skilltrainings

Die Struktur des Skilltrainings lädt zum Experimentieren ein. Die Module können einzeln oder in Kombination angeboten werden, auch innerhalb eines Moduls lassen sich die Skills variieren. Im Rahmen der Einzeltherapie können Skills auch einzeln angeboten werden. Diese Flexibilität ist vorteilhaft und hat sicherlich zur weiten Verbreitung der Skills im psychiatrisch-psychotherapeutischen

Kontext beigetragen. Andererseits ist es naturgemäß schwierig, wissenschaftlich fundierte Aussagen zur Wirksamkeit der jeweiligen Kombinationen zu machen.

Wenn man nach den Kriterien für die jeweilige Auswahl der Module und Skills fragt, stehen klinische Überlegungen und Praktikabilität meist im Vordergrund. Das ist auch gut so. Dennoch ist es sicherlich hilfreich, den aktuellen Stand der Wirksamkeitsforschung zu berücksichtigen und in die jeweiligen Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen, soweit eben verfügbar. Das folgende Kapitel bietet einen kurzen und selektiven Überblick über die aktuellen Erkenntnisse der Therapieforschung zur Anwendung und Wirkung von DBT-Skillsgruppen und leitet daraus einige konkrete Implikationen für das therapeutische Handeln ab.

Zunächst werden wir die verschiedenen Kontexte und Zielgruppen darstellen, in denen Skillsgruppen häufig angeboten werden, mit besonderem Fokus auf Skillsgruppen als Stand-alone-Intervention. Anschließend werden Studien zu Wirkmechanismen und Untersuchungen einzelner Module und Komponenten betrachtet (sogenannte Dismantling-Studien).

Um die Relevanz und Implikationen der dargestellten Befunde für die therapeutische Arbeit nicht aus dem Auge zu verlieren, orientieren wir uns in diesem Kapitel an häufig gestellten klinischen Fragen, denen wir immer wieder begegnen. Eine Google-Scholar-Suche im Mai 2024 ergab 42 200 Treffer für die Suchanfrage »DBT skills group«. Dies deutet auf eine sehr breite, aber auch sehr heterogene Evidenzlage hin. Dieses Kapitel stellt daher lediglich die zentralen Befunde und deren Implikationen für die therapeutische Arbeit zusammen, erhebt dabei jedoch keinen Anspruch auf wissenschaftliche Vollständigkeit.

### 1.3.1 Ist eine Skillsgruppe als Stand-alone-Treatment wirksam?

Aufgrund der einfachen Anwendbarkeit und Kosteneffizienz von Gruppentherapie werden DBT-Skillsgruppen häufig als alleinige Behandlung, also als Stand-alone-Treatment ohne begleitende Einzeltherapie, angeboten. Wirksamkeits-Studien mit Borderline-Patientinnen können diese Praxis untermauern, sie zeigen eine generelle Wirksamkeit von Skillsgruppen als eigenständige Behandlung (siehe Valentine et al. 2015; Valentine et al. 2020).

Die Studienlage im Vergleich zwischen alleiniger Skillsgruppe und kombinierter DBT-Behand-



lung (Einzeltherapie plus Skillstraining) ist jedoch deutlich schlechter. Lyng et al. (2020) verglichen in einer naturalistischen, nicht-randomisierten Studie die Effektivität von DBT-Skillsgruppen als Stand-alone-Treatment mit kombinierter DBT für Borderline-Patientinnen. Dabei fanden sie keine Unterschiede der Wirksamkeit im klinischen Outcome, jedoch eine 2,4-fach erhöhte Drop-out-Rate in der alleinigen Gruppenbehandlung (38 % vs. 16 %). Die wohl bekannteste Studie zur Effektivität der einzelnen DBT-Komponenten stammt von Marsha Linehan selbst (Linehan et al. 2015). In dieser Studie wurden Patientinnen mit Borderline-Störungen zu einer alleinigen Gruppenbehandlung plus individuellem Case-Management, DBT-Einzeltherapie plus Aktivitätsgruppe oder kombinierter DBT (Einzel- und Gruppentherapie) randomisiert. Dabei wurden vor allem Suizidalitäts-Maße als Outcomes erfasst. Entgegen der ursprünglichen Hypothese führten alle drei Bedingungen zu einer signifikanten Verringerung der Suizidversuche, Suizidgedanken, der medizinischen Schwere der beabsichtigten Selbstverletzung und der Inanspruchnahme von Krisendiensten aufgrund von Suizidalität. Die Reduktion von Anzahl und Schwere der Selbstverletzungen zeigte sich jedoch in den Bedingungen als wirksamer, die eine Gruppentherapie einschlossen. Dies deutet darauf hin, dass der Erwerb von DBT-Fertigkeiten in der Gruppe eine wichtige Komponente sein könnte, um optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen. Die Drop-out-Raten waren am geringsten in der Kombinationsbehandlung (24 %) und erhöhten sich bei der alleinigen Einzeltherapie (48 %) und der alleinigen Gruppentherapie (39 %). Vor diesem Hintergrund wäre allerdings auf die große randomisierte Studie zur Wirksamkeit von DBT-PTBS hinzuweisen (Bohus et al. 2020). Hier wurden die Skills ausschließlich im Rahmen der Einzeltherapie angeboten, die Drop-out-Raten lagen bei 25 %.

Eine weitere klinische Anmerkung sei hier erlaubt: Unter Forschungsbedingungen sind alle Teilnehmerinnen angewiesen, die jeweiligen Therapieangebote auch tatsächlich wahrzunehmen. Viermaliges Versäumen einer Sitzung in Folge, sei dies nun Einzeltherapie oder Skillsgruppe, führt automatisch zum Ausschluss aus der Studie. Wir müssen mittlerweile davon ausgehen, dass ca. 15 % der Studienabbrecher angeben, dass sie mit den Skillsgruppen nicht zurechtkommen – sei dies terminlich, inhaltlich oder sozial bedingt. Wir würden daher raten, sich unter klinischen Bedingungen nicht zu rigide an die Forschungsvorgaben zu halten, sondern im Einzelfall (nach Diskussion im Kon-

sultationsteam) individuell zu entscheiden (siehe auch Kapitel 1.6.2.5).

**Fazit:** Der Stand der Forschung legt die Empfehlung nahe, Patientinnen mit Borderline-Störungen DBT-Skillsgruppen anzubieten. Falls irgend möglich, sollten diese mit Einzeltherapie kombiniert werden. Dies ist jedoch nicht zwingend notwendig, sofern kein freier Behandlungsplatz im Einzelsetting zur Verfügung steht.

### 1.3.2 Wer kann von DBT-Skillsgruppen profitieren?

In einem systematischen Review stellen Delaquis et al. (2022) die Evidenzlage von DBT-Skillsgruppen als **transdiagnostische Behandlung**, also für Patientinnen mit unterschiedlichen psychischen Störungen **ohne Persönlichkeitspathologie** dar. Über zwölf randomisierte kontrollierte Studien hinweg zeigen die Ergebnisse moderate bis hohe Effektstärken von DBT-Gruppen im Vergleich zu Wartelisten und aktiven Kontrollgruppen (between-group):  $g = 0.50$  für depressive Symptomatik,  $g = 0.83$  für Essstörungssymptomatik,  $g = 0.45$  für Angstsymptomatik und  $g = 0.48$  für die Emotionsregulation in diesen Störungsgruppen. Dies weist darauf hin, dass DBT-Skillsgruppen **auch außerhalb** der Borderline-Störung effektiv eingesetzt werden können.

Ein besonderer Kontext für DBT-Skillsgruppen ist der **Straf- oder Maßregelvollzug**. Eine aktuelle Übersichtsarbeit von Cunha et al. (2024) identifizierte insgesamt 28 Studien zu DBT mit straffälligen Personen. Diese Studien berichten über eine Reduktion von Schwierigkeiten der Emotionsregulation und Impulsivität, Aggression und impulsivem Verhalten, Feindseligkeit, Externalisierung von Schuld, Symptome von Angst, Depression und/oder geringem Selbstwertgefühl, selbstverletzendes und dysfunktionales Verhalten, PTBS-Symptome sowie Drogen- und Alkoholabstinenz. Es wurde auch über eine Verringerung der Inhaftierung, des Rückfallrisikos, des Regelverstoßes und geringere Rückfallquoten bei Nachuntersuchungen berichtet.

Auch im **Präventionskontext** haben sich DBT-Gruppeninterventionen als effektiv erwiesen, insbesondere bei der Früherkennung und Frühbehandlung von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten, z.B. bei Studierenden (Pistorello et al. 2012). Auch die groß angelegte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit des DBT-basierten Programmes »Lebe Balance«, die über 3500 Teilnehmer analysierte, zeigte gute Wirksamkeit hinsichtlich Reduktion allgemeiner psychischer Belastung ( $g = 0.40$ )