

Stiglmayr • Knolle-Veentjer • Palafox • Leihener

THERAPIE-TOOLS

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

E-Book inside auf psychotherapie.tools

BELTZ

Stiglmayr • Knolle-Veentjer • Palafox • Leihener

Therapie-Tools

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)



PD Dr. Christian Stiglmayr ist Psychologischer Psychotherapeut (VT) in freier Praxis in Berlin, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Supervisor für DBT (DDBT) sowie Leiter der AWP Berlin (Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie, Fortbildungsinstitut) und Privat-Dozent an der Humboldt Universität zu Berlin.



Dr. Silja Knolle-Veentjer ist Psychologische Psychotherapeutin, DBT-Trainerin, DBT-Supervisorin und stellvertretende Direktorin des Ambulanzzentrums beim Zentrum für Integrative Psychiatrie, UKSH Kiel.



Dipl.-Psych. Carla Palafox ist Psychologische Psychotherapeutin, DBT-Trainerin und DBT-Supervisorin mit selbstständiger Tätigkeit in Spanien und Deutschland.



Dipl.-Psych. Florian Leihener (1967–2023) war Psychologischer Psychotherapeut (VT), DBT-Trainer / -Supervisor und Leiter der AWP Zürich (Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie).

Christian Stiglmayr • Silja Knolle-Veentjer • Carla Palafox
Florian Leihener

Therapie-Tools Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

PD Dr. Christian Stiglmayr
AWP Berlin
Tempelhofer Damm 227
12099 Berlin

Dipl.-Psych. Carla Palafox
AWP Berlin
Tempelhofer Damm 227
12099 Berlin

Dr. Silja Knolle-Veentjer
Zentrum für Integrative Psychiatrie
Niemannsweg 147
24105 Kiel

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.
Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28812-5 Print
ISBN 978-3-621-28813-2 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Daniela Waßmer, Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina-Marie Oberdorfer
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter 6
Vorwort 10

1 Einführung 11

2 Haltung in der DBT 20

2.1 Dialektik 20
2.2 Wise Mind 21
2.3 Therapeutische Grundhaltungen 22
2.4 Therapeutische Beziehung (dialektische Beziehungsgestaltung) 23
2.5 Authentizität 24

3 Therapiestruktur in der DBT 81

3.1 Die vier Therapiephasen (Stages) in der DBT 81
3.2 Dynamische Hierarchisierung 82
3.3 Fallkonzeption und Zieldefinition 83
3.4 Therapiebedingungen, Vereinbarungen und Verträge 83

4 Therapiebausteine 123

4.1 Einzeltherapie 123
4.2 Skillstraining 123
4.3 Telefoncoaching und Telefonregeln 124
4.4 Konsultationsteam 124

5 DBT-Adhärenzkriterien 151

6 Strategien zur Emotionsarbeit 156

7 Dialektische Strategien 210

8 Validierungsstrategien 232

9 Commitmentstrategien 254

10 Veränderungsstrategien 266

10.1 Veränderungsstrategien 1: Verhaltensanalyse und Kontingenzmanagement 266
10.2 Veränderungsstrategien 2: »Dragging out new behaviour« 268
10.3 Veränderungsstrategien 3: Expositionsstrategien 269

11 Kommunikationsstrategien 306

Literatur 316

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Einführung

AB 1	Fragenkatalog: Emotionale Dysregulation	18

2 Haltung in der DBT

INFO 1	Dialektik	28
AB 2	Die eigene dialektische Haltung *vor* der Therapiestunde überprüfen	29
AB 3	Die eigene dialektische Haltung *während* der Therapiestunde überprüfen	31
AB 4	Die dialektische Haltung durch Innehalten, Wahrnehmen und Benennen wiederherstellen	33
AB 5	Die dialektische Haltung durch Selbstmitgefühl wiederherstellen	34
AB 6	Akzeptanz und Veränderung wieder in Balance bringen	35
INFO 2	Wise Mind	36
AB 7	Liegt gerade ein Zugang zum Wise Mind vor?	37
AB 8	Die Überzeugung (wieder-)herstellen, dass jeder über ein Wise Mind verfügt	38
AB 9	Den Zugang zum Wise Mind (wieder-)herstellen	40
AB 10	Aus dem Wise Mind heraus handeln	42
AB 11	Das Wise Mind über die vier Geisteshaltungen (»Brahmaviharas«) aktivieren	44
AB 12	Grundhaltung 1	45
AB 13	Grundhaltung 2	47
AB 14	Grundhaltung 3	49
AB 15	Grundhaltung 4	51
AB 16	Grundhaltung 5	53
AB 17	Grundhaltung 6	55
AB 18	Grundhaltung 7	57
AB 19	Grundhaltung 8	59
AB 20	Verloren gegangene Grundhaltungen *vor* oder *nach* der Therapiesitzung wiederherstellen	62
AB 21	Verloren gegangene Grundhaltungen *während* der Therapiesitzung wiederherstellen	63
AB 22	Verhindern, dass die Grundhaltungen verloren gehen	64
INFO 3	Beziehungsgestaltung mit BPS-Patienten und -Patientinnen	65
INFO 4	Eine akzeptierende Therapiebeziehung aufbauen	66
AB 23	Die therapeutische Beziehung als Kontingenzmanagement	67
AB 24	Gesunde Beziehungsgestaltung	68
AB 25	Dialektische Beziehungsgestaltung	70
AB 26	Umgang mit sprunghaften vs. anhänglichen Patient:innen	72
AB 27	Umgang mit therapeutischen Grenzen	74
AB 28	Besteht aktuell eine gute Chance für Authentizität?	76
AB 29	Authentizität *vor* und *nach* der Therapiestunde wiederherstellen und verbessern	78
AB 30	Authentizität *während* der Therapiestunde wiederherstellen und unterstützen	80

3 Therapiestruktur in der DBT

INFO 5	Phase 0: Therapeutisches Vorgehen bei fortbestehender Suizidalität und Ängsten vor Veränderung	87
INFO 6	Phase 0: Metaphern	88

AB 31 Phase 0: Therapievorbereitung 89
AB 32 Meine fortbestehende Suizidalität verstehen 90
AB 33 Meine fortbestehende Angst vor Veränderung verstehen 91
INFO 7 Phase I: Verbesserung der Verhaltenskontrolle 92
INFO 8 Phase II: Emotionsarbeit 93
INFO 9 Phase III: Ein wertegeleitetes, sinnerfülltes Leben gestalten 94
INFO 10 Dynamische Hierarchisierung 95
INFO 11 Therapiephasen: Zuordnung der Themenbereiche 96
AB 34 Checkliste: Ablauf einer DBT-Einzeltherapiestunde 98
AB 35 Wie wird das Wochenprotokoll (Diary Card) genutzt? 100
AB 36 Suizidversuch oder nicht: Ist das selbstschädigende Verhalten als suizidales Verhalten zu bewerten? 102
AB 37 Wochenprotokoll (Diary Card) 103
AB 38 Kurzes Wochenprotokoll 104
AB 39 Checkliste: Mit Problemverhalten umgehen 105
AB 40 Problemverhalten den verschiedenen Hierarchiestufen zuordnen 106
AB 41 Ziele in der DBT 107
AB 42 Die eigenen Werte- und Zielvorstellungen für Patient:innen *vor* der Therapiestunde überprüfen 108
AB 43 Was sind meine zentralen Werte und Wünsche? 109
AB 44 Werte-Ziele-Flow-Chart 110
AB 45 Meine Ziele 111
AB 46 Die Bergsteigermetapher und die Therapiephasen 112
AB 47 Checkliste: Informationsquellen für eine Fallkonzeption 113
AB 48 Protokollbogen: Fallkonzept 114
INFO 12 Überblick: Umgang mit Problemverhalten 115
AB 49 Checkliste: Einen individuellen DBT-Therapievertrag erstellen 116
AB 50 Regelbaum 118
AB 51 Therapievertrag für eine ambulante DBT-Behandlung 119
AB 52 Therapievertrag für eine stationäre DBT-Behandlung 121

4 Therapiebausteine

AB 53 Wie frage ich in der Einzeltherapie nach dem Skillstraining? 130
AB 54 Vorbereitung von Skillssitzungen (bei nicht vorhandener Skillsgruppe) 131
AB 55 Checkliste: Ablauf eines Telefoncoachings 133
AB 56 Rahmenbedingungen meines Telefoncoachings 134
INFO 13 Auf einen Blick: Richtlinien für das Konsultationsteam 136
AB 57 Konsultationsteam: Protokoll und Strukturübersicht 137
INFO 14 Aufgaben des Hüters oder der Hüterin der Dialektik 140
AB 58 »Falling into the pool«: Wann brauche ich mein Konsultationsteam? 141
AB 59 Checkliste: Braucht unser Konsultationsteam Supervision? 143
AB 60 Perspektivenvielfalt im Konsultationsteam 144
AB 61 Was benenne ich im Konsultationsteam? (Test) 146
AB 62 Konsultationsteam: Übersicht der Anliegen 149

5 DBT-Adhärenzkriterien

INFO 15 Überblick über die DBT-Adhärenzkriterien 152

6 Strategien zur Emotionsarbeit

INFO 16	Therapeutische Techniken zur Emotionsarbeit	161
INFO 17	Hilfreiches Therapeutenverhalten bei der Emotionsarbeit	163
INFO 18	Emotionen verstehen: Grundlagen für Therapeut:innen	165
INFO 19	Emotionen verstehen: Grundlagen für Patientinnen und Patienten	169
INFO 20	Entgegengesetztes Handeln	171
INFO 21	Ziele und Fokusse der Emotionsarbeit	172
AB 63	Zielsetzungen bei der Emotionsarbeit erarbeiten	174
AB 64	Unterschiedliche Typen von Emotionen identifizieren	176
AB 65	Unterschiedliche Typen von Emotionen erkennen	179
AB 66	Emotionen am Handlungsimpuls erkennen und unterscheiden	181
AB 67	Emotionsprotokoll: Emotionen erkennen und unterscheiden	182
AB 68	Emotionsübersicht: Umgang mit multiplen Emotionen	184
AB 69	Zur aktuellen Situation unpassende Emotionen oder emotionale Netzwerke erkennen	186
AB 70	Checkliste: Emotionsspezifisches Vermeidungsverhalten erkennen	187
AB 71	Umgang mit emotionsspezifischem Vermeidungsverhalten	189
AB 72	Umgang mit Emotionen	190
AB 73	Umgang mit existenzieller Scham	192
AB 74	Informelle Emotionsexposition: Anleitung	193
AB 75	Formelle Emotionsexpositionen vorbereiten und durchführen	195
AB 76	Wise Mind im Umgang mit Emotionen	198
AB 77	Techniken zur Aktivierung von Emotionen	200
AB 78	Entscheidungsbaum: Ist entgegengesetztes Handeln gerade sinnvoll?	201
INFO 22	Psychoedukation: Achtsames Selbstmitgefühl	202
INFO 23	Voraussetzungen für die Praxis des achtsamen Mitgefühls	203
INFO 24	Ein Einstieg: Die physiologischen Aspekte des Selbstmitgefühls	205
AB 79	Wie gehe ich mit einem Freund / einer Freundin um?	207
AB 80	Mit schwierigen Emotionen arbeiten	208

7 Dialektische Strategien

AB 81	»Teeter-Totter«	212
AB 82	Ausbalancierte Lösungen und Skills vermitteln	218
AB 83	Erzeugen von Spannung	221
AB 84	Suche nach der Synthese	225
AB 85	»Playing Jazz«	228

8 Validierungsstrategien

INFO 25	Übersicht der Validierungsstrategien	235
INFO 26	Die Kunst der Validierung	236
AB 86	Was kann validiert werden?	237
INFO 27	Anleitung: wirkungsvolle Validierung	239
INFO 28	Validierungsstufe 1 (V1): Zuhören und Beobachten	242
INFO 29	Validierungsstufe 2 (V2): Genaue Reflexion	243
INFO 30	Validierungsstufe 3 (V3): Verbalisieren (»Mindreading«)	244
INFO 31	Validierungsstufe 4 (V4): Verhalten über vergangene Erfahrungen oder biologische Umstände erklären	245
INFO 32	Validierungsstufe 5 (V5): Verhalten über gegenwärtige Umstände erklären	246

INFO 33 Validierungsstufe 6 (V6): Radikale Echtheit 247
INFO 34 Validierungsstufe 7 (V7): Der unbedingte Glaube an das Gegenüber (»Cheerleading«) 248
AB 87 Validierungsstufe 7 (»Cheerleading«) 249
INFO 35 Validierungsfallen 250
AB 88 Validierung üben 252

9 Commitmentstrategien

INFO 36 Metaphern zu Commitmentstrategien 256
INFO 37 Commitmentstrategien 257
AB 89 Mein Therapie-Commitment 260
AB 90 Pro und Contra 261
AB 91 Fuß in der Tür 262
AB 92 Advocatus Diaboli 263
AB 93 Erinnern an frühere Zustimmungen 264
AB 94 Betonen der Wahlfreiheit 265

10 Veränderungsstrategien

INFO 38 Verhaltensanalyse: »4 Ebenen« 273
AB 95 Fragebogen zum Problemverhalten 277
AB 96 Verhaltensanalyse und Lösungsanalyse 280
AB 97 Verhaltensanalyse: 4 Ebenen 285
AB 98 Therapeutische Ansatzpunkte für die Lösungsanalyse 286
INFO 39 Kettenanalyse 287
AB 99 Kettenanalyse 289
AB 100 Kurze Verhaltensanalyse: »Joker« 290
INFO 40 Typische Fallen des Kontingenzmanagements 291
AB 101 Wie kann ich verstärken? 292
AB 102 Welche Konsequenzen halten mein Problemverhalten aufrecht? 293
AB 103 Problemdefinition vor dem Hintergrund der Therapieziele 294
AB 104 Mein Ziel 295
AB 105 Umsetzung der Problemlösung in der Therapiestunde 296
AB 106 Auswertung einer Lösungsstrategie 297
AB 107 Commitment zur Umsetzung außerhalb der Sitzung 299
AB 108 Troubleshooting 301
AB 109 Checkliste: In-Session-Fokus 302
AB 110 Checkliste: Out-Session-Fokus 303
AB 111 Von In-Session- zu Out-Session-Fokus 304
AB 112 Von Out-Session- zu In-Session-Fokus 305

11 Kommunikationsstrategien

INFO 41 Reziproke Kommunikationsstrategien 307
INFO 42 Provokante Kommunikationsstrategien 308
AB 113 Reziproke und provokante Kommunikationsstrategien 309
AB 114 Kommunikationsstrategie je nach Situation 311
AB 115 Umgang mit der Befürchtung, zu provokant gewesen zu sein 314

Vorwort

In dankbarer Erinnerung an unseren lieben
Freund und Kollegen Florian »Flo« Leihener

Gut Ding will Weile haben! Diese alte Redewendung gilt insbesondere für das vorliegende Buch. Begonnen wurde das Buch bereits Anfang 2020, ursprünglich in Zusammenarbeit mit unserem kreativen und sehr geschätzten Kollegen Florian »Flo« Leihener. Leider ist Flo viel zu früh im März 2023 aus dem Leben gerissen worden; er hinterlässt persönlich, aber auch in der DBT-Szene, eine riesige, nicht zu füllende Lücke. Es war schwer, nach diesem einschneidenden Ereignis den Faden des Buches wieder aufzugreifen.

Nun, wie Sie sehen, ist uns dies gelungen.

Erst mal mit dem Schreiben in Schwung gekommen, konnten wir uns vor lauter Ideen nicht mehr bremsen. Das Ergebnis war ein sehr dickes Manuskript mit viel zu vielen Seiten. Glücklicherweise haben wir mit unserer Lektorin Daniela Waßmer eine sehr geduldige und einfühlsame Lektorin vom Beltz-Verlag an die Seite gestellt bekommen.

Sie finden in diesem Therapie-Tools-Band eine Fülle praktischer Empfehlungen für Ihre Arbeit mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Diese Empfehlungen basieren auf unseren eigenen langjährigen therapeutischen Erfahrungen mit DBT sowie auf den Inhalten der DBT-Fortbildungen. Vieles von dem, was Sie in diesem Buch finden, dürfte Ihnen daher aus möglicherweise bereits besuchten DBT-Fortbildungskursen bekannt vorkommen. Das heißt, dieser Therapie-Tools-Band ergänzt die Fortbildungsinhalte und unterstützt Sie bei der praktischen Anwendung der DBT. Aber auch wenn Sie noch keine DBT-Fortbildungen besucht haben, sollten Sie auf Grundlage kurzer theoretischer Erklärungen mit dem Buch wunderbar arbeiten und davon profitieren können.

Es war eine sehr inspirierende Erfahrung, dieses Buch zu viert, später zu dritt, zu schreiben; auch wenn Florian Leihener nicht bis zum Ende mit dabei sein konnte, finden sich Florians Einflüsse und sein tiefes Verständnis von DBT überall in diesem Buch wieder. Ein solch umfangreiches Projekt wäre aber nicht denkbar, wenn wir nicht weitere Unterstützung erfahren hätten. Wir möchten daher unseren Familien, Freunden und Partnern danken, dass sie uns den Rücken freigehalten haben. Ein großes Dankeschön geht auch an Frau Waßmer vom Beltz-Verlag für ihre fortwährende Unterstützung und den Glauben an uns. Auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der DBT-Fortbildungen sowie unseren geschätzten Kolleginnen und Kollegen sind viele der Inhalte dieses Buches zu verdanken. Und schließlich wollen wir es nicht versäumen, uns bei den zahlreichen Patientinnen und Patienten zu bedanken, auf deren Erfahrungen viele der praktischen Empfehlungen in diesem Buch basieren. Die Herausforderungen, mit denen viele Betroffene in ihrem Leben konfrontiert sind, erfüllen uns mit tiefem Respekt und großer Hochachtung.

Wir verwenden den Gender-Doppelpunkt (z. B. Psychotherapeut:innen, Patient:innen). Indem wir eine diskriminierungssensible Sprache verwenden, sollen möglichst alle Menschen sprachlich sichtbar sein und angesprochen werden.

Wir hoffen, dass dieses Buch für Sie eine hilfreiche Unterstützung in Ihrer therapeutischen Arbeit darstellt und zur Freude an der Arbeit mit DBT beiträgt!

Berlin, im Herbst 2026

Christian Stiglmayr
Silja Knolle-Veentjer
Carla Palafox

1 Einführung

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Prof. Marsha M. Linehan in den 1980er-Jahren entwickelt (Linehan, 1996a, b; 2016a, b). Linehan entwickelte die Therapie – nicht zuletzt geprägt durch eigene leidvolle Erfahrungen – ursprünglich als ambulantes Behandlungsangebot für chronisch suizidale Frauen. Mit der Veröffentlichung des DSM-III (APA, 1980) erfolgte eine diagnostische Präzisierung der Zielgruppe auf Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Ihrer behavioralen Grundorientierung folgend, griff Linehan zunächst vorrangig auf veränderungsorientierte Interventionen zurück. Allerdings war das Ergebnis wenig zufriedenstellend, empfanden viele Betroffene ein solches Vorgehen als sehr invalidierend. Erst durch die Hinzunahme akzeptanzbasierter Interventionen stellten sich die gewünschten Erfolge ein. Zusätzlich integrierte Linehan eine Vielzahl weiterer Techniken und Haltungen v. a. aus

- der Gesprächspsychotherapie,
- der Gestalttherapie und
- dem Zen-Buddhismus.

Damit gehört die DBT zur sogenannten »Dritten Welle« der Verhaltenstherapie, die die klassischen verhaltenstherapeutischen und kognitiven Techniken mit Strategien der Akzeptanz, Weisheit, kognitiven Distanzierung und Dialektik verbindet.

Nachfolgend findet sich eine kurze Beschreibung der BPS, da die Herausforderungen bei der Behandlung dieser Zielgruppe wesentliche Rationale bei der Entwicklung der DBT lieferten.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Die Borderline-Störung ist eine schwere, chronische psychische Störung, die zu den Persönlichkeitsstörungen gezählt wird (ICD-10: F60.3, Dilling et al., 2015; ICD-11: 6D10, BfArM, 2025). Als zentrales Merkmal gilt ein durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich der Affekte im Sinne einer »Affektlabilität«. Die Affekte können sich innerhalb von Sekunden verändern, was von den Betroffenen als nur schwer kontrollierbar erlebt wird. Die zugrunde liegenden Emotionen können insbesondere in hohen Erregtheitszuständen nicht differenziert wahrgenommen werden. Stattdessen wird auf Nachfrage häufig von Spannungszuständen berichtet. Selbstverletzende Handlungen sowie Suizidversuche dienen meist dazu, die als aversiv erlebten Spannungszustände zu beenden. Ein Gefühl chronischer innerer Leere wird häufig mit impulsiven Handlungen, z. B. Drogen- oder Alkoholkonsum, unkontrolliertem Einkaufen, willkürlich herbeigeführtem Erbrechen, aber auch mit Hochrisikoverhalten (z. B. auf Bahngleisen spazieren oder auf Hochhäusern balancieren) zu kompensieren versucht. In vielen Fällen berichten die Betroffenen zusätzlich von einem tiefen Gefühl der Einsamkeit und des Verlassenseins. Heftige Wutausbrüche sind bei manchen Betroffenen häufig; anderen hingegen ist das Gefühl der Wut auf andere Personen völlig fremd, stattdessen richten sie diese Wut in vielen Fällen gegen sich selbst. Dissoziative Phänomene und pseudopsychotisches Erleben können ebenfalls in Begleitung von aversiven Spannungszuständen auftreten. Als Folge, v. a. der Affektinstabilität, sind regelhaft auch die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Selbstbild gestört.

Diagnostik

Für die kategoriale Abklärung möglicher Persönlichkeitsstörungen bietet sich das Strukturierte Klinische Interview für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen (SCID-5-PD; Beesdo-Baum et al., 2019) an. Alternativ kann das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf et al., 2021) eingesetzt werden. Allerdings liegt dieses bislang nicht in einer eigenständigen DSM-5-Fassung für Persönlichkeitsstörungen vor, sondern orientiert sich weiterhin an den DSM-IV-Kriterien. Für eine dimensionale Diagnostik im Sinne des alternativen Modells des DSM-5 (Sektion III) sowie der ICD-11 stehen zur Schweregradbestimmung folgende Verfahren zur Verfügung:

- die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0; Spitzer et al., 2021),
- das Semistrukturierte Interview zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STiP 5.1; Zettl et al., 2019) sowie
- die deutsche Version der Personality Disorder Severity ICD-11 Scale (PDS-ICD-11; Zimmermann et al., 2023).

Die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen ermöglichen das Persönlichkeitsinventar für DSM-5 (PID-5; Bach et al., 2020) bzw. das Persönlichkeitsinventar für ICD-11 (PiCD; Damovsky et al., 2022).

Klinischer Fragenkatalog zu emotionaler Dysregulation. Zusätzlich zu den diagnostischen Messinstrumenten und strukturierten Interviews lernen wir mit der Erfahrung, klinisch entscheidende Fragen zu stellen. Für die Exploration verschiedener Aspekte der emotionalen Dysregulation haben wir einen klinischen Fragenkatalog zusammengestellt (s. **AB 1** »Fragenkatalog: Emotionale Dysregulation«), der die Bereiche Anspannung, Impulsivität, Dissoziationen und Emotionen umfasst.

Verlaufsmessung. Screening-Instrumente erlauben eine differenziertere Einschätzung des *Ausmaßes* der bestehenden Symptomatik. Für die Schweregradbestimmung einer BPS haben sich die Borderline Symptom Liste (BSL; Bohus et al., 2007) und die deutsche Fassung des Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI; Kröger et al., 2016) etabliert.

> **Merksatz**
>
> Die Diagnose sollte den Betroffenen zeitnah kommuniziert werden. Für viele stellt dies eine erhebliche Erleichterung dar, da sie erstmals einen Erklärungsrahmen für ihr Erleben und Verhalten erhalten.

Zustimmung der Betroffenen empfiehlt sich eine aktive Einbeziehung von Angehörigen und Partnern in den Diagnoseprozess. Da auch das soziale Umfeld häufig erheblich belastet ist, kann eine fundierte psychoedukative Aufklärung für alle Beteiligten spürbare Entlastung bringen. Darüber hinaus eröffnet die Einbindung des sozialen Bezugssystems therapeutisch wertvolle Möglichkeiten – etwa die gezielte Förderung funktionaler Verhaltensweisen oder die Reduktion eines sekundären Krankheitsgewinns durch unbewusst aufrechterhaltende Zuwendungsmuster. Nicht zuletzt gehört es zur klinischen Verantwortung von Therapeut:innen, mögliche Auswirkungen des Verhaltens der Betroffenen auf nahestehende Personen zu reflektieren und zu beurteilen – dies gilt in besonderem Maße, wenn Kinder im Umfeld vorhanden sind.

Das Behandlungsziel in der DBT

Im Verständnis der DBT bilden die Emotionen einer Person eine wesentliche Grundlage für deren Identitätsentwicklung und -stabilität. Demnach gelingt die Reise zu sich selbst – und nichts anderes stellt Psychotherapie dar – nur über die jeweils eigenen Emotionen. Insbesondere die primären Emotionen sind der Spiegel der zugrunde liegenden Bedürfnisse und Werte einer Person (zur Definition von primären, nonadaptiv primären und sekundären Emotionen s. **INFO 18** »Emotionen verstehen«). Somit stellen sie eine Art individuellen Leitfaden bzw. Kompass auf dieser Reise dar. Aufgrund dieses

beständigen und die Therapie begleitenden Fokus hat sich die DBT im Wesenskern als eine auf die Emotionen fokussierende Therapie etabliert.

Da die meisten Betroffenen jedoch ausgesprochen emotionsphobisch sind, ist es die zusätzliche Aufgabe von Therapeut:innen, Vermeidungsverhalten der Betroffenen zu benennen (nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV), Dissoziation, Drogen- und Alkoholkonsum, sekundäre Emotionen etc.) und ihnen dabei zu helfen, dieses zu unterbinden. Durch die dadurch entstehende Konfrontation mit den bislang vermiedenen, weil schmerzhaften Emotionen entsteht zwangsläufig Leid und Not. Um den Betroffenen zu ermöglichen, den damit einhergehenden aversiven Zuständen konstruktiv begegnen zu können, wird die Praxis des Selbstmitgefühls vermittelt und eingeübt.

Die Auflösung dichotomer Betrachtungsweisen – z. B. »Ich bin gut oder schlecht«, »Ich bin richtig oder falsch« – und damit ein tiefes inneres Annehmen von sich selbst und der eigenen Umgebung stellt das attraktive Gesamtziel der DBT dar.

Das ätiologische Verständnis in der DBT (Biosoziale Theorie)

Basierend auf eigenen störungsspezifischen Erfahrungen entwarf Linehan mit der Biosozialen Theorie ein dialektisches Ätiologiemodell, das die konzeptuelle Grundlage des therapeutischen Vorgehens bildet (Linehan, 1996a).

Das Modell geht von zwei sich wechselseitig verstärkenden Faktoren aus: einer neurobiologischen Vulnerabilität auf Seiten der Betroffenen und einem invalidierenden Umfeld, in dem sie aufgewachsen sind. Die neurobiologische Vulnerabilität – genetisch bedingt oder später erworben – äußert sich in einer erhöhten Empfindsamkeit gegenüber emotionalen Reizen. Das soziale Umfeld verstärkt diese Disposition dadurch, dass es auf diese nicht angemessen eingeht.

Häufig liegen beide Bedingungen vor. In beiden Fällen wirkt das Aufwachsen für die Betroffenen subjektiv traumatisierend. Empirisch zeigt sich dies darin, dass etwa 50 Prozent der Betroffenen von schwerwiegenden Kindheitstraumata einschließlich sexuellen Missbrauchs berichten und rund 95 Prozent von emotionaler Vernachlässigung (Scheiderer et al., 2015).

Fertigkeiten-Defizit-Modell. Erschwerend kommt hinzu, dass es der Umgebung, in der die Betroffenen aufwachsen, nicht gelungen ist, Fertigkeiten zum adäquaten Umgang mit diesen frühen belastenden Erfahrungen und den damit einhergehenden Emotionen zu vermitteln. Stattdessen erhalten die Betroffenen häufig die Botschaft, dass die Situation doch gar nicht so schlimm sei, ihre Emotionen in ihrer Qualität und Quantität unangebracht wären. Sie müssten sich nur zusammenreißen, dann würde gar kein Problem bestehen. Folge dieser »traumatischen Invalidierung« ist, dass die Betroffenen nicht lernen, mit ihren Emotionen adäquat umzugehen. Stattdessen lernen sie, dass sie anders, falsch und unfähig sind. Diese Art von Erfahrungen bildet schließlich die Grundlage für die Entwicklung eines grundlegenden Gefühls des Falschseins (»Alienation«) und des damit einhergehenden Gefühls existenzieller Scham.

Auf der Grundlage des beschriebenen ätiologischen Modells verfolgt die DBT das Unterziel, den Betroffenen über die Vermittlung von Fertigkeiten Kontrolle über ihr emotionales System und somit über sich und ihre Umgebung (zurück) zu geben. Hierzu zählt:

- die Möglichkeit, unangemessene Handlungsimpulse wahrzunehmen und zu regulieren,
- zielgerichtetes und stimmungsunabhängiges Verhalten auszuführen,
- Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl angesichts erlebten Leids zu praktizieren und
- die Aufmerksamkeit auch bei starken Emotionen zu steuern.

Der DBT liegt damit ein Fertigkeiten-Defizit-Modell zugrunde.

Die Genese einer BPS lässt sich anhand der folgenden Fallgeschichte beschreiben und auch didaktisch anschaulich vermitteln.

Beispiel • »Bambi«

Eine Familie mit drei Kindern macht sich einen gemütlichen Filmabend. Sie wählen den Film »Bambi« aus. Gleich zu Beginn des Filmes stirbt die Mutter des Rehkitzes Bambi. Die Szene ist sehr traurig. Eines der drei Kinder reagiert mit starker Angst und Traurigkeit. Es weint, möchte den Film nicht weiter anschauen und ist völlig überfordert. Die beiden anderen Kinder und die Eltern haben kein Problem mit der Szene. Sie empfinden deutlich weniger intensive Emotionen und reagieren mit Unverständnis und Ungeduld: »Es ist doch nur ein Film, stell dich doch nicht so an!«. Der Film läuft weiter, keiner kümmert sich um das weinende Kind. Dieses jedoch schafft es nicht, mit den ausgelösten starken Emotionen umzugehen. Es weint und protestiert weiterhin und fordert, dass ein anderer Film geschaut wird. Nun zeigt sich der Rest der Familie zunehmend verärgert. Der Film wird zunächst gestoppt, die Familie wendet sich dem Kind zu: »Dann geh doch raus, das nervt! Wir wollen jetzt endlich den Film weiterschauen. Du bist viel zu sensibel. Wie anstrengend!« Das ängstliche Kind findet keine Akzeptanz für seine Empfindungen und verlässt schließlich den Raum. Es zieht sich in sein Zimmer zurück und hört, wie die anderen nun gemeinsam weiterhin Spaß haben.

Wie denkt das Kind nun über sich und seine Emotionen? Es versteht nicht, warum es selbst so stark mit Angst und Traurigkeit reagiert, wo doch die anderen offensichtlich überhaupt kein Problem mit der Szene hatten. Es fühlt sich anders und »falsch« (»Alienation«). Die eigenen Emotionen erscheinen als störend und hinderlich. Gerne würde das Kind mit den anderen zusammen einen gemütlichen Familienabend verbringen, aber aufgrund der starken störenden Emotionen, die das Kind nicht mit den anderen teilen kann, fühlt es sich ausgeschlossen und einsam.

Diese Erfahrung macht das Kind in verschiedenen Alltagssituationen immer wieder: Es reagiert mit starken Emotionen auf verschiedene Situationen, in denen andere Menschen nicht so stark und lang anhaltend empfinden. Diese reagieren oft sogar mit Unverständnis.

Welche Strategien kann das Kind kurzfristig nutzen, um Teil der Gemeinschaft sein zu können? Die eigenen Emotionen werden als »störend und falsch« bewertet, und das Kind versucht, sie zunehmend zu ignorieren. Es empfindet sich selbst als »anders« als die anderen. Durch das Ignorieren und Unterdrücken der eigenen emotionalen Reaktion entsteht zunehmend eine nur noch wenig differenzierbare Anspannung (s. Abschn. 5.2). Diese Anspannung wird aversiv erlebt. Durch Selbstverletzung oder andere selbstschädigende Verhaltensweisen lässt sich schließlich auch die Anspannung kurzfristig regulieren. Das Kind lernt: Meine Emotionen sind falsch, ich muss sie unterdrücken, und die dann entstehende Anspannung kann ich durch Selbstverletzung regulieren. So kann ich wieder an der Gemeinschaft teilhaben.

Alternativ kann das Kind auch versuchen, die Familie zu »zwingen«, auf die eigenen emotionalen Bedürfnisse einzugehen, indem es die eigenen Emotionen besonders stark ausdrückt (Wut auf die anderen, die den Film nicht ausmachen, Schreien, starkes Weinen …). Es lernt: Nur wenn ich sehr heftige Verhaltensweisen zeige, wird man mich überhaupt in meiner Emotionalität wahrnehmen und auf meine Bedürfnisse reagieren.

Durch die frühen und sich ständig wiederholenden Lernerfahrungen dieser Art in verschiedenen und über alle Lebensbereiche hinweg auftretenden Situationen verfestigen sich die entsprechend gelernten Verhaltensmuster, und es kommt zur Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Anwendungsgebiete der DBT

Ein wesentliches Kennzeichen der DBT ist der modulare Aufbau. Auf der Grundlage eines tragfähigen Grundkonzepts werden seit dem Bestehen der DBT fortwährend Adaptationen entwickelt, die je nach Problembild zur Anwendung kommen. Damit findet die DBT mittlerweile bei einer Vielzahl weiterer Störungsbilder in unterschiedlichsten Settings Anwendung.

Die prominentesten Adaptationen sind DBT …

- bei BPS (z. B. Linehan, 1996a, b; 2016a, b)
- bei Suchterkrankungen (z. B. Zimmermann et al., 2021)
- bei Essstörungen (z. B. Sipos et al., 2011; Sipos & Schweiger, 2022)
- bei Depressionen (z. B. Lynch et al., 2007)
- bei ADHS (Hesslinger et al., 2004)
- bei geistig Behinderten (Elstner et al., 2012)
- bei Störungen im Jugendalter (Fleischhaker et al., 2010; von Auer & Bohus, 2017; von Auer & Kaess, 2022)
- im stationären Setting (z. B. Bohus et al., 2004)
- in der Forensik (z. B. McCann et al., 2000; Oermann et al., 2013)
- zur Bewältigung von Problemen der Lebensführung (z. B. Rückführung auf den primären Arbeitsmarkt; DBT-ACES; z. B. Comtois et al., 2010; Burmeister et al., 2013)
- bei Familien und Paaren (Fruzzetti, 2019; Trasselli et al., 2022)
- bei PTBS (z. B. Steil et al., 2011; Bohus et al., 2013; 2020)

Effektivität der DBT

Für die Behandlung der BPS liegen derzeit fünf psychotherapeutische Methoden vor, deren Wirksamkeit in randomisierten kontrollierten Studien (RCT) belegt wurde. Dem verhaltenstherapeutischen Spektrum ist die DBT (Linehan, 1996a, b) zuzuordnen, während die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT; Bateman & Fonagy, 2006) und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP; Clarkin et al., 2001) psychodynamischen Ursprungs sind. Die Schemafokussierte Therapie (SFT; Arntz & van Genderen, 2010) nutzt sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamische Elemente. Darüber hinaus hat sich das General Psychiatric Management (GPM) – ein auf den Leitlinien der American Psychiatric Association (APA) basierendes Vorgehen – als wirksam erwiesen (McMain et al., 2009).

In den aktuellen, von deutschen Fachgesellschaften herausgegebenen S3-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2022; Lieb & Stoffers-Winterling, 2020) wird die DBT als die Methode mit den meisten Wirksamkeitsnachweisen geführt und zusammen mit der MBT als die Methode der Wahl zur Behandlung einer BPS mit selbstverletzendem und / oder suizidalem Verhalten empfohlen.

Dismantling-Studien gingen der Frage nach, welche Komponenten der DBT den größten therapeutischen Beitrag leisten. Linehan et al. (2015) verglichen Standard-DBT mit zwei reduzierten Varianten – einer ohne Einzeltherapie (reines Skillstraining) und einer ohne Skillstraining (reine Einzeltherapie). Die Befunde sprechen dafür, dass DBT unter Einbezug des Skillstrainings am effektivsten ist.

Da die Übertragbarkeit der Ergebnisse von RCTs auf reale Versorgungssituationen nicht in jedem Fall gegeben ist, adressieren in den letzten Jahren zunehmend mehr Studien die Wirksamkeit der DBT unter Bedingungen, die hinsichtlich Ein- und Ausschlusskriterien, Zuweisungskriterien, therapeutischer Rahmenbedingungen / Settings oder Therapeutenauswahl weniger einschränkend sind und damit eher den tatsächlichen klinischen Bedingungen entsprechen.

Berliner Borderline-Versorgungsstudie (BBV). In dieser Studie zur Wirksamkeit der DBT unter realen Versorgungsstrukturen konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse hinsichtlich Effektstärken, Therapiedosis, Schwere der Störung und DBT-Adhärenz mit denen von RCTs weitgehend identisch sind (Stiglmayr et al., 2015). Die Prä-Post-Vergleiche über den Behandlungszeitraum von einem Jahr belegen substanzielle Verbesserungen: Selbstverletzendes Verhalten, stationäre Behandlungstage (von durchschnittlich 51 auf 7 Tage), die Schwere der Borderline-Symptomatik sowie die allgemeine Psy-

chopathologie gingen deutlich zurück. Bei 77 Prozent der Behandelten waren die DSM-IV-R-Kriterien einer BPS nach Ablauf des Jahres nicht mehr erfüllt (APA, 2003). Die Drop-out-Rate lag bei 32,9 Prozent. Bemerkenswert ist zudem, dass Therapeut:innen, die parallel an einem Konsultationsteam teilnahmen, signifikant niedrigere Abbruchraten aufwiesen.

Krankheitskosten. DBT erweist sich nicht nur klinisch, sondern auch gesundheitsökonomisch als bedeutsam. In der BBV-Studie sanken die Gesamtkosten im ersten DBT-Behandlungsjahr um 9.268 Euro auf 18.758 Euro pro Patient:in (direkte Kosten: 10.542 Euro, indirekte Kosten: 8.234 Euro; Wagner et al., 2013; 2014). Im ersten Follow-up-Jahr setzte sich dieser Trend fort, mit einem weiteren Rückgang auf 14.750 Euro (direkte Kosten: 6.549 Euro, indirekte Kosten: 8.201 Euro). Besonders ausgeprägt war die Reduktion der stationären und teilstationären Ausgaben, die um 82 Prozent zurückgingen (14.167 Euro vs. 1.719 Euro). Demgegenüber stiegen die ambulanten Behandlungskosten erwartungsgemäß an – von 895 Euro im Vorjahr auf 5.532 Euro im ersten Behandlungsjahr und 2.632 Euro im Follow-up-Zeitraum.

> **Merksatz**
>
> Jeder Euro, der in die ambulante DBT-Behandlung von Menschen mit BPS investiert wird, generiert eine Einsparung von zwei Euro für das deutsche Gesundheitssystem.

Online-Therapie. Die COVID-Pandemie (2020–2022) hat der digitalen Therapiedurchführung einen erheblichen Auftrieb gegeben. Eine Metaanalyse von van Leeuwen et al. (2021) untersuchte die Effektivität digital umgesetzter DBT-Formate – einschließlich telefonisch durchgeführter Interventionen – und konnte insgesamt 41 Publikationen einschließen. Die Befundlage erwies sich als ausgesprochen heterogen, weshalb die Autoren schlussfolgerten, dass eine dauerhafte Verlagerung auf digitale Formate nicht zu rechtfertigen sei, solange Präsenztherapien verfügbar sind. Gleichwohl werden Smartphone-Apps und Virtual-Reality-Anwendungen als vielversprechende Ergänzungen betrachtet, die den Zugang zur DBT erleichtern und die Vermittlung von Fertigkeiten unterstützen können.

Hinweise zur Arbeit mit diesem Buch

Die Materialien dieses Therapie-Tools-Bandes ermöglichen Therapeut:innen, die DBT-Einzeltherapie handlungsorientiert zu gestalten. Der Schwerpunkt liegt auf der ambulanten Einzeltherapie; auf Besonderheiten im (teil-)stationären Setting wird jedoch eingegangen. In Abhängigkeit vom jeweiligen Therapiestatus werden Informations- und Arbeitsblätter zur Verfügung gestellt. Fragebögen dienen der Informationserhebung. Protokolle und Checklisten beschreiben detailliert Handlungsalgorithmen.

Bei der Erstellung der Informations- und Arbeitsblätter wurden drei Fokusse berücksichtigt:

- unmittelbare Arbeit mit Betroffenen
- Therapeut:in im Mittelpunkt
- Angehörige im Mittelpunkt

Manche der Informations- und Arbeitsblätter fokussieren nur eine Gruppe, andere zwei oder gar alle drei.

> **Wichtig**
>
> Die Arbeit mit Angehörigen haben wir aufgenommen, da es im Rahmen der DBT bestimmte therapeutische Grundlagen gibt, die wirksames therapeutisches Handeln ermöglichen, sich aber auch im Alltag bewähren (s. Abschn. 2.3).

Zielgruppe. Primär angesprochen werden die mit DBT arbeitenden Einzeltherapeut:innen. Allerdings eignen sich die meisten Materialien auch für andere mit DBT arbeitende Berufsgruppen wie Pflegekräfte, Pädagog:innen, Sozialarbeiter:innen, Ergo-, Sport- und Musiktherapeut:innen sowie alle anderen klinisch arbeitenden Personen.

Als zu behandelnde Zielgruppe sind in erster Linie BPS-Patient:innen adressiert. Da sich die DBT aber in den vergangenen Jahren in ihrem Anwendungsbereich sehr ausgeweitet hat, schließen wir alle Patient:innen mit einer Emotionsregulationsstörung mit ein. Hierzu zählen insbesondere Patient:innen mit einer (komplexen) Posttraumatischen Belastungsstörung, mit einer depressiven Störung, Angststörung, Dissoziativen Störung, Essstörung, Störungen durch Substanzgebrauch und Patient:innen mit einer Persönlichkeitsstörung, bei der insbesondere die Emotionsregulation betroffen ist. Zum erweiterten Patientenkreis zählen auch Personen mit einer Lern- oder geistigen Behinderung.

Thematische Gliederung. Die Gliederung der einzelnen Kapitel richtet sich im Wesentlichen nach dem Ablauf einer DBT-Einzeltherapie. Zu Beginn werden die Rahmenbedingungen für eine effektive und adhärente DBT fokussiert. Hierzu zählen auch die therapeutischen Grundhaltungen. Materialien zum Therapieprozess und zur Therapiestruktur sowie die für eine gelingende Therapie notwendigen Therapiebausteine fokussieren den Ablauf und die äußeren Rahmenbedingungen einer DBT. Im letzten Kapitel werden die zur Anwendung kommenden Therapiestrategien als innere Bedingungen der DBT beschrieben.

Ausschlusskriterien. Auf Behandlerseite gibt es keine Ausschlusskriterien, sofern die Bereitschaft besteht, sich auf die Haltung und das Vorgehen der DBT einzulassen.

Auf Patientenseite liegen keine Wirksamkeitsnachweise der DBT für die Behandlung von Patient:innen mit psychotischen Störungen vor.

Icons. Um sich bei den Arbeits- und Informationsblättern schnell zu orientieren, sind alle mit verschiedenen Icons gekennzeichnet. So können Sie sofort erkennen, für wen das jeweilige Arbeitsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons begegnen Ihnen in diesem Buch:

T **»Therapeut:in«:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeitsmaterialien, die ausschließlich für Therapeut:innen gedacht sind.

P **»Patient:in«:** Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeits- und Informationsblätter werden den Patient:innen zur Bearbeitung ausgehändigt.

A **»Angehörige«:** Informations- oder Arbeitsblätter mit diesem Icon werden Angehörigen der / des Betroffenen ausgehändigt.



»Wie sag ich's?«: Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut:innen.

Arbeitsmaterial dieses Kapitels

AB 1 Fragenkatalog: Emotionale Dysregulation

Dieser Fragenkatalog hilft Ihnen und Ihren Patient:innen bei der Einordnung und Zuordnung der Symptomatik. Es handelt sich dabei um die typische klinische Symptomatik, die bei einer BPS zu beobachten ist. In der Regel sind alle vier benannten Bereiche betroffen.

Fragenkatalog: Emotionale Dysregulation

(1) Anspannung

Kennen Sie rasch einschießende starke Spannungszustände, die Sie als äußerst aversiv erleben und die Sie keiner klaren, handlungsweisenden Emotion zuordnen können? ☐ Ja ☐ Nein

Was sind typische Auslöser für solche hohen Spannungszustände?

.....

.....

Wie oft kommen diese Anspannungszustände vor? .....

Wie lange hält diese hohe Anspannung an? .....

Wie hoch würden Sie Ihre durchschnittliche Anspannung auf einer Skala von 0 bis 10 einschätzen (min. = 0, max. = 10)? .....

Sind Sie über den ganzen Tag gleich hoch angespannt oder bemerken Sie Unterschiede im Laufe des Tages?

.....

(2) Impulsivität

Haben Sie manchmal den Eindruck, dass Sie gelegentlich schneller handeln, als Sie denken können? ☐ Ja ☐ Nein

Was sind Ihre typischen impulsiven Verhaltensweisen?

.....

.....

Wie oft kommt so etwas pro Woche vor? .....

Was waren bislang die gravierendsten Konsequenzen, die sich für Sie durch Ihr impulsives Handeln ergeben haben?

.....

Kennen Sie impulsives Verhalten auch aus anderen Bereichen Ihres Lebens? ☐ Ja ☐ Nein

© Stiglmayr • Knolle-Veentjer • Palafox • Leihener, Therapie-Tools Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Beltz, 2026

Fragenkatalog: Emotionale Dysregulation

(3) Dissoziationen

Kennen Sie Zustände, in denen Sie nicht ganz anwesend sind? ☐ Ja ☐ Nein
Kennen Sie Zustände, in denen sich Ihre Umgebung oder Ihre Wahrnehmung von sich selbst verändert? ☐ Ja ☐ Nein
Kennen Sie Zustände, in denen Sie keine Schmerzen wahrnehmen? ☐ Ja ☐ Nein
Kennen Sie Zustände, in denen Sie keine Emotionen wahrnehmen? ☐ Ja ☐ Nein

Können Sie solche oder ähnliche Zustände beschreiben?

.....

.....

Sind Sie in solchen Momenten ansprechbar? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen andere Menschen in Ihrem Umfeld diese Situationen wahr? Wie würden sie diese beschreiben?

.....

Wie oft kommen solche Zustände vor? .....

Würden Sie diese Zustände als angenehm oder unangenehm beschreiben? .....

Was waren bislang die schwierigsten Konsequenzen solcher Zustände?

.....

(4) Emotionen

Kennen Sie wechselhafte Emotionen? ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie den Eindruck, dass Sie von Ihren Emotionen beherrscht werden? ☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Angst vor Ihren Emotionen bzw. versuchen Sie, Ihre Emotionen zu vermeiden? ☐ Ja ☐ Nein
Können Sie gut mit Ihren Emotionen umgehen? ☐ Ja ☐ Nein

Wie würden Sie Ihre Schwierigkeiten im Umgang mit Ihren Emotionen beschreiben?

.....

.....

Wie würden im Vergleich zu Ihnen andere Menschen Ihre Emotionen beschreiben?

.....

Seit wann haben Sie diese Schwierigkeiten im Umgang mit Ihren Emotionen?

.....

© Stiglmayr • Knolle-Veentjer • Palafox • Leihener, Therapie-Tools Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Beltz, 2026

2 Haltung in der DBT

Die DBT stützt sich auf zwei tragende Säulen: die therapeutischen Strategien auf der einen und die therapeutische Haltung auf der anderen Seite. Beide Säulen sind notwendig, um die DBT wirksam werden zu lassen, und sie stehen auf einem stabilen, Orientierung und Halt gebenden Boden. Dieser Boden ist in der DBT durch eine klare und transparente Therapiestruktur in Form von vier Therapiephasen definiert (s. Kap. 3).

Die Haltung in der DBT wird verwirklicht durch:
- dialektische Weltsicht (Abschn. 2.1)
- Technik des »Wise Mind« (Abschn. 2.2)
- therapeutische Grundhaltungen (Abschn. 2.3)
- dialektische Beziehungsgestaltung (Abschn. 2.4)
- Authentizität (Abschn. 2.5)

2.1 Dialektik

Definition

Während das »Behavioral« im Namen die grundlegende verhaltenstherapeutische Ausrichtung der DBT bezeichnet, steht »Dialektisch« zum einen für die dahinterliegende Weltsicht, mit der auch eine gewisse Haltung einhergeht. Zum anderen steht der Begriff »Dialektik« für den Einsatz zweier übergeordneter, sich auf den ersten Blick widersprechender therapeutischer Strategieausrichtungen. Diese können im Wesentlichen den beiden Kategorien *Akzeptanz* sowie *Veränderung* zugeordnet werden.

Weltanschaulich bezieht sich Linehan auf das Hegel'sche Verständnis der Dialektik (Linehan, 1996a): Eine These ist in sich unvollständig und fordert so ihre Verneinung – die Antithese. Die Auflösung dieses Konflikts vollzieht sich in der Synthese, die ihrerseits zur neuen These wird und damit eine neuerliche Antithese hervorruft. Ziel dieses Prozesses ist nach Hegel die Einigkeit des Menschen in der Liebe, d. h. die Überwindung der Getrenntheit von sich selbst und anderen (Hegel, 1830/1986). Dieses Verständnis zeigt sich in einer dialektischen Haltung, die in diesem Kapitel vorrangig behandelt wird. Die dialektischen Strategien werden in Kapitel 7 behandelt.

Dialektik in der DBT. Wenn Menschen Hilfe in Form von Therapie aufsuchen, stecken sie der Sichtweise der DBT zufolge zwischen Antithese und These fest, finden keine Auflösung dieser beiden sich widersprechenden Pole in der Synthese. Genau an diesem Punkt setzt die DBT an: Sich widersprechende Wahrheiten (z. B. »Das Leben ist so, wie es gerade ist, nicht lebenswert« vs. »Jegliche Veränderung fühlt sich existenziell bedrohlich an«) werden nebeneinandergestellt, um mit der sich daraus generierenden Spannung den Prozess zur Synthese neu in Gang zu setzen (z. B. »Ich kann mich auch bewegen, wenn ich sehr viel Angst habe«). Oder anders formuliert: »Sich widersprechende Wahrheiten löschen sich nicht notwendigerweise gegenseitig aus … Sie stehen nebeneinander und fordern zur Beteiligung und zum Experimentieren auf« (Goldberg, 1980, S. 295 f.).

Tipp

Es ist wichtig, dass Therapeut:innen beständig darauf achten, dass der / die Patient:in in der Lage bleibt, sich dem dialektischen Prozess stellen zu können. Das heißt, wann immer die betroffene Person sich in einem Zustand befindet, in dem sie nicht mehr klar denken und handeln kann (z. B. Dissoziation, hohe Anspannungszustände), sorgen Therapeut:innen durch den Einsatz von konkret zu vermittelnden Stresstoleranz-Fertigkeiten (s. Bohus, 2024) dafür, dass sie wieder handlungs- und arbeitsfähig wird. Sobald der / die Patient:in wieder in der Lage ist, am Prozess teilzunehmen, haben Therapeut:innen die Aufgabe, wohlwollend und herzlich den individuellen Prozess zu begleiten und gleichzeitig weitere Fertigkeiten zu vermitteln, die für ein lebenswertes Leben notwendig sind.

2.2 Wise Mind

Definition

Wise Mind meint intuitives Wissen und Verstehen (Koerner, 2013). »Wise Mind« erkennt, was in einer bestimmten Situation sinnvoll und notwendig ist.

Wise Mind in der DBT. Als die effektivste Fertigkeit zur Auflösung zweier sich widersprechender Pole beschreibt Linehan (1996b; 2016a) das Konzept des »Wise Mind«. Wise Mind meint die Synthese aus »rationalem« und »emotionalem« Geisteszustand. Linehan bezeichnet damit den Ort der inneren Weisheit – einen Ort, über den Linehan zufolge jedes Lebewesen verfügt. Die Aktivierung von Wise Mind kann trainiert werden, z. B. durch Imagination.

Gelegentlich ist allerdings der Zugang zum Wise Mind durch starke Emotionen oder Grundannahmen (z. B. »Ich darf nicht schwach sein«) verstellt. Dann ist es die therapeutische Aufgabe, diese Verbindung wieder zu (re)aktivieren, um sicherzustellen, dass Patient:innen ihren persönlich passenden Weg einschlagen (»Wenn Sie mal in sich hineinhorchen: Was sagt Ihr Wise Mind zu dieser Situation?«).

Merksatz

Wann immer eine Entscheidung zwischen dem emotionalen und dem rationalen Geisteszustand »feststeckt«, kann das Wise Mind als dritte Instanz die ausgewogensten Antworten liefern.

Wise Mind ist ein Geisteszustand, der Patient:in, Therapeut:in und Angehörige gleichermaßen betrifft.
Brahmaviharas. Da aus Sicht von Bohus das Konzept des »Wise Mind« von Linehan (1996b) – trotz der zentralen Wichtigkeit im Rahmen der DBT – als noch zu unscharf definiert wurde, entwickelte er das Konzept weiter (Bohus, 2024). Hierbei wird das Wise Mind dem buddhistischen Begriff »citta« gleichgesetzt und den vier Geisteshaltungen (»Brahmaviharas«) zugeordnet:
(1) Liebevolle Güte (»metta«; manchmal auch gleichgesetzt mit Wohlwollen)
(2) Mitgefühl (»karuna«)
(3) Mitfreude (»mudita«)
(4) Gleichmut (»upekkha«; manchmal auch gleichgesetzt mit Gelassenheit)

Wise Mind kann demnach als die persönliche »Home-Base« eines jeden Lebewesens betrachtet werden (Bohus, 2024, S. 72). Im psychotherapeutischen Kontext lässt sich über diese vier Geisteszustände ein intensiver Zugang zum Wise Mind herstellen, indem über eigene Bilder und Assoziationen ein persönliches imaginatives Erleben aktiviert wird, das das Fürsorgesystem aktiviert. Wise Mind wird so konkret und persönlich erfahrbar. Durch das Training dieser Imagination kann dieser Zugang spontan

als Skill eingesetzt werden (vgl. Bohus & Vonderlin, 2025; s. **AB 11** »Das Wise Mind über die vier Geisteshaltungen (›Brahmaviharas‹) aktivieren«).

In diesem Buch beziehen wir uns im Wesentlichen auf die von Linehan vorgenommene Beschreibung von Wise Mind, ergänzen aber Aspekte der Bohus'schen Weiterentwicklung (Bohus, 2024; Bohus & Vonderlin, 2025).

2.3 Therapeutische Grundhaltungen

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen sich im therapeutischen Kontext häufig mit ausgeprägten Vorurteilen konfrontiert. Bis zu einem Viertel der Therapeut:innen lehnt eine Behandlung von vornherein ab (Jobst et al., 2010). Als größte Befürchtung im Umgang mit dieser Patientengruppe gilt die Angst vor einem Suizid (Menninger, 1991). Nicht selten werden Betroffene pauschal als »wenig motiviert« oder »manipulativ« charakterisiert – so etwa, wenn akute Suizidalität unmittelbar vor dem Urlaub der Therapeutin als kalkulierter »Erpressungsversuch« interpretiert wird.

Da derartige Vorurteile ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis ernsthaft gefährden können, hat Linehan zum Schutz beider Seiten acht therapeutische Grundhaltungen formuliert (Linehan, 1996a):

(1) Borderline-Patient:innen geben sich wirklich Mühe. Das heißt, sie versuchen, das Beste aus ihrer gegenwärtigen Situation zu machen.
(2) Borderline-Patient:innen wollen sich verändern.
(3) Borderline-Patient:innen müssen sich im Vergleich zu vorher noch stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern.
(4) Borderline-Patient:innen haben ihre Schwierigkeiten nicht selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
(5) Das Leben suizidaler Borderline-Patient:innen ist so, wie es gegenwärtig ist, unerträglich.
(6) Borderline-Patient:innen müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen; auch in jenen, die besonders schwierig erscheinen.
(7) Patient:innen können in der Therapie nicht versagen.
(8) Therapeut:innen, die mit Borderline-Patient:innen arbeiten, brauchen Unterstützung.

Merksatz

Den therapeutischen Grundhaltungen liegt eine dialektische Sichtweise zugrunde: Der / Die Therapeut:in akzeptiert den / die Patient:in so, wie die Person ist; und unterstützt sie dabei, sich in Übereinstimmung mit ihren Zielen zu verändern.

Die von Linehan formulierten Grundhaltungen stellen die Grundlage für den Aufbau einer funktionalen therapeutischen Beziehung sowie sämtlicher therapeutischer Interventionen dar.

Funktion. Die therapeutischen Grundhaltungen haben das Ziel, Behandelnden zu helfen, eine einfühlsame und effektive Behandlung durchzuführen. Sie bilden den Rahmen und die Grundlage eines jeden therapeutischen Handelns in der DBT.

Auswirkungen. Unserer Erfahrung zufolge erklären die in der Therapie konsequent umgesetzten Grundhaltungen ca. 50 Prozent einer erfolgreichen DBT. Sie erleichtern das Miteinander enorm, gerade auch in schwierigen therapeutischen Situationen (z. B. wenn eine Patientin sehr angespannt oder wütend auf eine Therapeutin ist).

2.4 Therapeutische Beziehung (dialektische Beziehungsgestaltung)

Die therapeutische Beziehung beschreibt die Art und Weise des Miteinanders zwischen Therapeut:in und Patient:in und gilt als einer der wesentlichen Wirkfaktoren in der Psychotherapie.

Die therapeutische Beziehung in der DBT. Wesentliche Grundlagen sind:

- **Die Beziehung ist Akzeptanz.** Die Beziehungsgestaltung in der DBT ist ungewöhnlich intensiv und verbindlich. Sie ist herzlich, authentisch und freundlich. Sie ist eine echte Beziehung zwischen zwei Menschen, in der man nicht immer nur über Probleme spricht, sondern auch über Erfolge, Errungenschaften und allgemein gute Nachrichten.
- **Die Beziehung ist Veränderung.** Die therapeutische Beziehung ist die Basis einer jeden Intervention, das Sprungbrett zur Veränderung. Je angstbesetzter die Veränderung, desto wichtiger ist die Beziehung.
- **Der / Die DBT-Therapeut:in coacht den / die Patient:in.** Damit das Arbeitsbündnis zustande kommen kann, müssen Therapeut:innen im Vorfeld in aller Klarheit formulieren, unter welchen Bedingungen sie sich in der Lage sehen, der Patientin oder dem Patienten bei der Zielerreichung zu helfen. Je klarer sich Therapeut:innen hierbei verhalten, desto leichter fällt es Patient:innen, eine Entscheidung zu treffen. Nur wenn sich beide »Vertragsparteien« einig werden, kommt ein Arbeitsbündnis zustande.
- **Der / Die DBT-Therapeut:in ist niemals abstinent.** Der / Die DBT-Therapeut:in ist ein authentisches Gegenüber, mit Stimmungen, Emotionen, Werten, Wünschen und Grenzen (s. auch Abschn. 2.5). Dies bringen Therapeut:innen aktiv ein (»Es tut mir leid, aber ich bin heute mit dem falschen Fuß aufgestanden, und es kann daher sein, dass ich heute emotional ein wenig schwerfälliger bin als sonst«).

Linehan betont, dass es »gerade die Stärke der Beziehung [in der DBT ist], die die Patientin (und manchmal auch die Therapeutin) in der Therapie hält. In bestimmten Zeiten kann die Stärke der Beziehung das Einzige sein, was die Patientin am Leben erhält« (1996a, S. 388). Und: »Viele der DBT-Strategien sind nur dann effektiv, wenn sie sich auf eine positive Beziehung zwischen Patientin und Therapeut stützen können« (S. 388). Die therapeutische Beziehung in der DBT stellt damit den Boden dar, auf dem sich Therapeut:in und Patient:in bewegen. Sie ist gleichzeitig aber auch ein therapeutisches Instrument.

Merksatz

Die therapeutische Beziehung in der DBT ist die Grundlage einer jeden Veränderung. Gleichzeitig ist sie Beispiel einer gesunden Beziehungsgestaltung.

Linehan vergleicht diese Haltung mit einem Tanz:

> *»Der Therapeut muss auf die Schritte der Patientin sehr sensibel reagieren und sie ganz leicht aus der Balance bringen, dabei aber immer eine stützende Hand bereithalten. […] Häufig geraten die Bewegungen der Patientin jedoch außer Kontrolle, so dass der Therapeut sofort mit einer Gegenbewegung reagieren muss, damit die Patientin nicht von der Tanzfläche stürzt. Dieser ›Tanz‹ mit der Patientin erfordert vom Therapeuten ein rasches Wechseln zwischen Strategien, von Akzeptanz zu Veränderung, von Kontrolle zu Loslassen, von Konfrontation zu Unterstützung, […] von Härte zu Nachsichtigkeit« (1996a, S. 149).*

2.5 Authentizität

Definition

Die Authentizität oder die Echtheit des / der Therapeut:in bedeutet, dass aufgesetzte, künstliche Verhaltensweisen mit dem Ziel, vor dem Gegenüber etwas zu verbergen oder bei dem Gegenüber indirekt etwas erreichen zu wollen, unterlassen werden (z. B. doch gar nicht ärgerlich zu sein, machtvoll zu sein).

Authentizität in der DBT. Das bedeutet:

- **Authentizität und BPS.** Da Patient:innen mit einer BPS besonders feinfühlige Menschen sind, ist es zumeist ein hoffnungsloses Unterfangen, ihnen irgendetwas vormachen zu wollen. Die Gefahr ist allerdings, dass BPS-Betroffene die Ursache und das Ausmaß Ihrer Befindlichkeit falsch interpretieren, z. B. mit sich selbst in Zusammenhang bringen (»Sie hassen mich, oder?«), obwohl Ihre aktuelle Befindlichkeit womöglich gar nichts mit ihnen zu tun hat (z. B. Streit in der Partnerschaft). Eine fehlende Authentizität wird von Betroffenen als sehr invalidierend empfunden, da sie ihre Wahrnehmungen negiert.
- **Authentizität und Lebensrealität.** Die Authentizität von Therapeutenseite dient gleichzeitig als Realitätscheck. Fühlt sich z. B. die Therapeutin durch das Verhalten der Patientin verletzt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich auch andere in der »echten Welt« durch solches Verhalten verletzt fühlen.
- **Authentizität und Macht.** Der / Die Therapeut:in zeigt sich durch ihre Authentizität verletzlich, gibt Fehler offen zu, wodurch das per se bestehende Machtgefälle zwischen Therapeut:in und Patient:in weiter verringert wird. Linehan zitiert die Patientin einer Kollegin, die gesagt hat: »Je weniger Sie sich wie ein Therapeut verhalten, desto hilfreicher sind Sie« (Linehan, 1996a, S. 293).

Arbeits- und Informationsmaterial dieses Kapitels

INFO 1 Dialektik

Auf diesem Informationsblatt findet sich eine kurze Beschreibung des Begriffs Dialektik und dessen Funktion in der DBT, die nicht nur für Therapeut:innen relevant ist, sondern auch an Patient:innen und Angehörige ausgehändigt werden kann. Ein gemeinsames Gespräch über dieses grundsätzliche Vorgehen in der DBT kann einen gelungenen Einstieg in die DBT darstellen.

AB 2 Die eigene dialektische Haltung *vor* der Therapiestunde überprüfen

Die eigene dialektische Haltung ist essenziell für die adhärente Anwendung der DBT. Dieses Arbeitsblatt hilft Ihnen und Ihren Patient:innen, Ihre jeweilige dialektische Haltung vor der Therapiestunde zu überprüfen. Aber auch Angehörige können von diesem Arbeitsblatt profitieren. Sollten Sie eine oder mehrere der Fragen dieses Blattes mit »Ja« beantworten, können **AB 4** »Die dialektische Haltung durch Innehalten, Wahrnehmen und Benennen wiederherstellen« und **AB 5** »Die dialektische Haltung durch Selbstmitgefühl wiederherstellen« hilfreich für Sie sein.

AB 3 Die eigene dialektische Haltung *während* der Therapiestunde überprüfen

Gelegentlich geht aufgrund eigener Befindlichkeiten oder Verhaltensweisen des Gegenübers die dialektische Haltung verloren, was einen hilfreichen therapeutischen Prozess in der Situation ernsthaft gefährden kann. Dieses Arbeitsblatt hilft Ihnen, Ihre dialektische Haltung während der Therapiestunde zu überprüfen. Sollten Sie eine oder mehrere der Fragen auf diesem Blatt mit »Ja« beantworten, können **AB 4** »Die dialektische Haltung durch Innehalten, Wahrnehmen und Benennen wiederherstellen« und **AB 5** »Die dialektische Haltung durch Selbstmitgefühl wiederherstellen« hilfreich für Sie sein.

AB 4 Die dialektische Haltung durch Innehalten, Wahrnehmen und Benennen wiederherstellen
Dieses Arbeitsblatt führt Innehalten, Wahrnehmen und Benennen als Strategien auf, um eine verlorengegangene dialektische Haltung *vor* und *während* der Therapiestunde zu reaktivieren. Dieses Arbeitsblatt kann ebenfalls von allen beteiligten Personen außerhalb des unmittelbaren therapeutischen Prozesses genutzt werden.

AB 5 Die dialektische Haltung durch Selbstmitgefühl wiederherstellen
Dieses Arbeitsblatt führt Strategien des Selbstmitgefühls zur Reaktivierung einer dialektischen Haltung auf. Es finden sich zusätzlich Reflexionsfragen und Hinweise für Therapeut:innen zur Anwendung von Selbstmitgefühl innerhalb der Therapiestunde. Auch wenn während der Therapiestunde nicht viel Raum für eigene Beobachtungen und Übungen besteht, reicht es manchmal, kurz an einzelne der hier aufgeführten Aspekte zu denken, um eine dialektische Grundhaltung zu reaktivieren. Sollte diese sich trotzdem nicht wieder einstellen, kann es sinnvoll sein, sich aktiv eine kurze Auszeit zu gönnen. Teilen Sie Ihren Patient:innen mit, dass Sie gerade bewerten, Stress haben etc. und dass Sie nun Selbstmitgefühl praktizieren möchten. Vielleicht will Ihr:e Patient:in ja mitmachen? Allgemeine Aspekte können Sie laut formulieren, individuelle Aspekte formuliert jede Person für sich im Stillen. Mit diesem Vorgehen fungieren Sie zum einen als Modell, zum anderen ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie Ihre Patient:innen damit validieren, da auch diese längst bemerkt haben dürften, dass Sie aus dem Tritt sind. Und Sie machen deutlich, dass auch Sie nur ein Mensch und fehlbar sind – wie alle Menschen.

AB 6 Akzeptanz und Veränderung wieder in Balance bringen
Dieses Arbeitsblatt führt Strategien auf, wie Akzeptanz und Veränderung sowohl für Therapeut:innen als auch für Patient:innen wieder in Balance zueinander gebracht werden können.

INFO 2 Wise Mind
Beim Wise Mind handelt es sich um ein zentrales Konstrukt der DBT. Wise Mind ermöglicht die Auflösung der Dualität von Verstand und Emotion. Dieses Informationsblatt beschreibt den Begriff Wise Mind und dessen Funktion in der DBT für Therapeut:innen, Patient:innen und Angehörige.

AB 7 Liegt gerade ein Zugang zum Wise Mind vor?
Sollte der Zugang zu Ihrem Wise Mind verloren gegangen sein, kann dies den therapeutischen Prozess deutlich erschweren. Dieses Arbeitsblatt hilft Ihnen, über eine Ankreuzliste zu überprüfen, ob bei Ihnen, Ihren Patient:innen oder einer Angehörigen gerade ein Zugang zum Wise Mind vorliegt.

AB 8 Die Überzeugung (wieder-)herstellen, dass jeder über ein Wise Mind verfügt
In der DBT besteht die Überzeugung, dass jeder ein Wise Mind besitzt. Manchmal kann es jedoch vorkommen, dass Sie selbst oder Ihr Gegenüber diese Überzeugung verlieren (oder sie noch gar nicht da ist). Dieses Arbeitsblatt hilft Ihnen, Ihre Überzeugung bzw. die Überzeugung Ihrer Patient:innen, ein Wise Mind zu besitzen, zu (re-)aktivieren.

AB 9 Den Zugang zum Wise Mind (wieder-)herstellen
Dieses Arbeitsblatt führt Strategien auf, um den Zugang zum Wise Mind innerhalb oder außerhalb der Therapiestunde zu (re-)aktivieren. Bei Bohus (2024) sowie Bohus und Vonderlin (2025) finden sich weitere aktivierende Übungen, die auch in der Einzeltherapie durchgeführt werden können. Insbesondere integriert Bohus bei seinen Übungen zum Wise Mind die vier Geisteshaltungen (»Brahmaviharas«) Liebevolle Güte (»metta«), Mitgefühl (»karuna«), Mitfreude (»mudita«) und Gleichmut (»upekkha«) (s. hierzu **AB 11** »Das Wise Mind über die vier Geisteshaltungen (›Brahmaviharas‹) aktivieren«). Als Metaphern dienen der Radiosender (nach Linehan, 2016a) und der Brunnen.

AB 10 Aus dem Wise Mind heraus handeln
Dieses Arbeitsblatt führt Strategien auf, um aus dem Wise Mind heraus zu handeln. Zusätzlich aufgeführt ist eine Übung (»Eine Frage an das Wise Mind«), die Sie hierbei unterstützt.

AB 11 Das Wise Mind über die vier Geisteshaltungen (»Brahmaviharas«) aktivieren
Sie können dieses Arbeitsblatt Betroffenen aushändigen, um damit das Wise Mind über die vier mentalen Zustände »Liebevolle Güte / Wohlwollen«, »Mitgefühl«, »Mitfreude« und »Gleichmut / Gelassenheit« zu aktivieren. Im Rahmen der hier beschriebenen Imaginationsübung zu diesen vier mentalen Zuständen können Betroffene die Wahrnehmung von Wise Mind intensiv erleben.

AB 12–19 Grundhaltungen 1 bis 8
Auf diesen Arbeitsblättern werden die inhaltlichen Aussagen und die Funktionen der Grundhaltungen näher beschrieben. Eine Metapher, die sich über alle acht Grundhaltungen hinweg zieht, macht diese bildlich nachvollziehbar. Stolpersteine zeigen typische Situationen auf, unter denen die jeweilige Grundhaltung verloren gehen könnte. Eine kurze Reflexions- und Selbsterfahrungsübung hilft, die Grundhaltungen zu reaktivieren. Aufgrund des Transparenzgebots der DBT sind die Arbeitsblätter, auch wenn aus der Therapeutenperspektive geschrieben, ebenfalls für Betroffene und deren Angehörige verwendbar. Grundannahme 8 wird mit dem Gedicht »Schale der Liebe« literarisch verdeutlicht.

AB 20 Verloren gegangene Grundhaltungen *vor* oder *nach* der Therapiesitzung wiederherstellen
Eine oder mehrere verloren gegangene Grundhaltungen können den Therapieerfolg ernsthaft gefährden. Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie Strategien, die helfen, eine oder mehrere *vor* oder *nach* der Therapiesitzung verloren gegangene Grundhaltungen wiederherzustellen.

AB 21 Verloren gegangene Grundhaltungen *während* der Therapiesitzung wiederherstellen
Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie eine Liste von Möglichkeiten, um eine oder mehrere *während* der Sitzung verloren gegangene Grundhaltung(en) wiederherzustellen.

AB 22 Verhindern, dass die Grundhaltungen verloren gehen
Am besten ist es, präventiv dafür zu sorgen, dass die Grundhaltungen erst gar nicht verloren gehen. Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie eine Liste von Möglichkeiten, um ein Verlorengehen der therapeutischen Grundhaltungen bei Ihnen zu verhindern.

INFO 3 Beziehungsgestaltung mit BPS-Patienten und -Patientinnen
Auf diesem Informationsblatt finden Sie eine kurze Aufzählung der Besonderheiten von Menschen mit einer BPS, die eine direkte Auswirkung auf die therapeutische Beziehungsgestaltung haben. Diese Beschreibungen dienen als Grundlage für die Arbeitsblätter zur Beziehungsgestaltung.

INFO 4 Eine akzeptierende Therapiebeziehung aufbauen
Dieses Arbeitsblatt bietet Ihnen umfangreiche Informationen zur Haltung, zu konkreten Verhaltensweisen, Art und Inhalt der Kommunikation, um eine akzeptierende therapeutische Beziehung aufbauen zu können.

AB 23 Die therapeutische Beziehung als Kontingenzmanagement
Die therapeutische Beziehung in der DBT ist nicht bedingungslos und ist daher an bestimmte Bedingungen geknüpft. Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie Strategien, wie Sie auf funktionales bzw. dysfunktionales Patientenverhalten konkret reagieren können.

AB 24 Gesunde Beziehungsgestaltung
Dieses Arbeitsblatt führt Verhaltensprobleme in zwischenmenschlichen Beziehungen von BPS-Betroffenen auf. Eine Selbstreflexionsübung hilft den Betroffenen bei der Einordnung. Vorschläge zu angemessenen zwischenmenschlichen Verhaltensweisen werden aufgeführt. Das Arbeitsblatt eignet sich für Therapeut:innen, Patient:innen und deren Angehörige.

AB 25 Dialektische Beziehungsgestaltung
Ein wesentliches Merkmal dialektischer Beziehungsgestaltung in der DBT ist die Vorstellung, dass Patient:in und Therapeut:in gemeinsam auf einer Wippe sitzen. Dieses Arbeitsblatt beinhaltet Hinweise für Therapeut:innen, wie »gewippt« werden soll, d. h. wann Therapeut:innen sich nach hinten oder nach vorne bewegen.

AB 26 Umgang mit sprunghaften vs. anhänglichen Patient:innen
Im Anschluss an eine kurze Definition von sprunghaften bzw. anhänglichen Patient:innen (Linehan, 1996a) finden Sie auf diesem Arbeitsblatt Strategien, um mit diesen Beziehungsmustern umzugehen. Nicht hilfreiche Verhaltensweisen von Therapeutenseite werden zur besseren Abgrenzung ebenfalls aufgeführt. Eine kurze Reflexionsübung kann Ihnen helfen, eigene Beziehungsmuster zu identifizieren.

AB 27 Umgang mit therapeutischen Grenzen
Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie Strategien, wie Sie mit Situationen, in denen Ihre Grenzen überschritten wurden, umgehen können. Zudem unterstützt dieses Arbeitsblatt Sie dabei, eigene Grenzen zu erkennen und frühzeitig wahrzunehmen, wann sie erreicht sind.

AB 28 Besteht aktuell eine gute Chance für Authentizität?
Die Authentizität von Therapeut:innen ist für eine adhärente Umsetzung der DBT maßgeblich. Daher ist es wichtig, dass Sie sich frühzeitig damit auseinandersetzen, ob aktuell gute oder eher schlechte Chancen auf authentisches Verhalten Ihrerseits bestehen. Sollten Sie feststellen, dass die Chancen für Authentizität aktuell ungünstig sind, nutzen Sie **AB 29** »Authentizität *vor* und *nach* der Therapiestunde wiederherstellen und verbessern«, um Anregungen zur Wiederherstellung von Authentizität zu erhalten.

AB 29 Authentizität *vor* und *nach* der Therapiestunde wiederherstellen und verbessern
Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie zwei Übungen, wie Sie Ihre Chancen auf Authentizität *vor* und *nach* der Therapiestunde erhöhen können.

AB 30 Authentizität *während* der Therapiestunde wiederherstellen und unterstützen
Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie konkrete Handlungsanweisungen, um Ihre Chancen auf Authentizität *während* der Therapiestunde zu erhöhen.

INFO 1 • T P A

Dialektik

Dieses Informationsblatt vermittelt die Hintergründe und Funktionen der Dialektik in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) und deren Auswirkungen auf den Prozess der Therapie.

Marsha Linehan (1996a) stellte bei der Entwicklung der DBT fest, dass für eine effektive Behandlung zwei Arten von Strategien eingesetzt werden müssen:

- Strategien für Veränderung (therapeutische Veränderungsstrategien, z. B. Vermittlung von Skills)
- Strategien für Akzeptanz (akzeptanzbasierte Strategien, z. B. Validierung)

Diese beiden gegensätzlichen Strategien führten Linehan zum Konzept der Dialektik und den damit verbundenen therapeutischen Grundhaltungen:

- **Alle Dinge sind miteinander verbunden und voneinander abhängig**
  Wir brauchen andere, und diese wiederum brauchen uns.
- **Alles setzt sich aus Gegensätzen zusammen**
  Dinge werden durch ihr Gegenteil sichtbar (z. B. »Frieden gibt es nur, weil es auch Krieg gibt«, »Den Tod gibt es nur, weil es Leben gibt«).
- **Alle Gegensätze sind wahr**
  Auch sich widersprechende Wahrheiten sind gleichzeitig gültig und ergeben ein Ganzes (z. B. »Ich bin traurig über den Verlust einer Beziehung und gleichzeitig erleichtert, dass ich nun nicht mehr für eine andere Person verantwortlich bin«).
- **Alles verändert sich, auch die Krise**
  Auch Leiden verändert sich ständig und ist damit kein unausweichlicher Dauerzustand.

Funktion

Die Funktion des dialektischen Vorgehens in der DBT ist es, aus sich widersprechenden Wahrheiten eine neue Wahrheit entstehen zu lassen. So ist die Therapeutin oder der Therapeut beständig bemüht, im ersten Schritt die Not der Betroffenen zu validieren, das heißt, diese so anzunehmen, wie sie ist, um nachfolgend gemeinsam Lösungsmöglichkeiten für das zugrunde liegende Problem zu erarbeiten. Die Widersprüchlichkeit dieser beiden Pole (die Not ist nachvollziehbar, und gleichzeitig ist eine Veränderung notwendig) erzeugt in den Betroffenen Spannung, die ihnen die notwendige Energie verleiht, um mögliche Lösungen zu entwickeln und auch tatsächlich umzusetzen.

Auswirkungen

Indem der Therapeut oder die Therapeutin deutlich macht, dass aus der subjektiven Sicht der Patientin oder des Patienten die aktuelle Not nachvollziehbar ist (Validierung), fühlen sich Betroffene angenommen und verstanden.

Endet die therapeutische Intervention an dieser Stelle, würden sich Betroffene allerdings ggf. unverstanden und alleingelassen fühlen, erfordert die Not doch eine Lösung, d. h. eine Veränderung. Daher fühlen sich Betroffene erst vollumfänglich verstanden, wenn gleichzeitig angeboten wird, eine Lösung für das zugrunde liegende Problem zu erarbeiten.

© Stiglmayr • Knolle-Veentjer • Palafox • Leihener, Therapie-Tools Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Beltz, 2026

Die eigene dialektische Haltung *vor* der Therapiestunde überprüfen

Gelegentlich verlieren wir unsere dialektische Haltung. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Dies kann persönlicher Stress sein, aber auch Stress, der in der Therapiestunde entsteht. Oftmals ist es eine Mischung aus beidem.

Dieses Arbeitsblatt hilft dabei, sich *vor* der Therapiestunde bewusst zu machen, ob die dialektische Haltung verloren gegangen ist. Häufig kann das bereits helfen, mit der kommenden Therapiestunde besser umzugehen und eine dialektische Haltung trotz ungünstiger Umstände beizubehalten.

Checkliste: Hilfreiche Fragen *vor* der Therapiestunde

- Halten Sie kurz inne und vergegenwärtigen Sie sich das Grundprinzip der Dialektik in der DBT: *Akzeptieren Sie die Realität, wie sie ist – und streben Sie, da, wo sinnvoll, gleichzeitig nach Veränderung.*
- Erinnern Sie sich, dass beide Wahrheiten gültig sind und nebeneinander bestehen können.
- Atmen Sie ein-, zweimal tief ein und lange aus.

Dann stellen Sie sich folgende Fragen:

Bin ich gerade im Stress? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

Erlebe ich gerade persönlichen Stress? ☐ Ja ☐ Nein

Löst die bevorstehende Therapiestunde Stress in mir aus? ☐ Ja ☐ Nein

Was genau setzt mich gerade unter Stress?

.....

.....

Bin ich gerade müde? ☐ Ja ☐ Nein

Fühle ich mich gerade unflexibel, eingeengt oder festgefahren? ☐ Ja ☐ Nein

Neige ich aktuell zu negativen Bewertungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Bewertungen habe ich?

.....

.....

© Stiglmayr • Knolle-Veentjer • Palafox • Leihener, Therapie-Tools Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Beltz, 2026

Die eigene dialektische Haltung *vor* der Therapiestunde überprüfen

Habe ich aktuell den Eindruck, weit weg von mir zu sein oder keinen guten Kontakt zu mir zu haben? ☐ Ja ☐ Nein
Habe ich noch Zugang zu meinem Wise Mind? ☐ Ja ☐ Nein
Habe ich aktuell den Eindruck, dass die Therapie keine Erfolgschance hat? ☐ Ja ☐ Nein
Erlebe ich gerade selbst intensive Emotionen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?
☐ Wut oder Ärger
☐ Angst
☐ Frustration
☐ Resignation
☐ andere Emotionen: .....

Raum für Gedanken und Ideen

.....

.....

.....

.....

.....

© Stiglmayr • Knolle-Veentjer • Palafox • Leihener, Therapie-Tools Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Beltz, 2026

Die eigene dialektische Haltung *während* der Therapiestunde überprüfen

Dieses Arbeitsblatt hilft Ihnen *während* der Therapiestunde, Ihre dialektische Haltung zu überprüfen.

Checkliste: hilfreiche Fragen *während* der Therapiestunde

Auch wenn Sie sich mitten in einem therapeutischen Prozess befinden, halten Sie kurz inne. Verstehen Sie diese Checkliste als Gedankenstütze, um sich manche der nachfolgenden Punkte kurz zu vergegenwärtigen. Sie können dieses Vorgehen auch gegenüber Ihren Patient:innen transparent machen und sie einladen, sich über dieselben Aspekte Gedanken zu machen.

- Vergegenwärtigen Sie sich das Grundprinzip der Dialektik in der DBT: *Akzeptieren Sie die Realität, so wie sie ist – und streben Sie, da, wo sinnvoll, gleichzeitig nach Veränderung.*
- Erinnern Sie sich, dass beide Wahrheiten gültig sind und nebeneinander bestehen können.
- Atmen Sie ein-, zweimal tief ein und lange aus.

Stellen Sie sich folgende Fragen:

Erlebe ich gerade Stress? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was genau setzt mich gerade unter Stress?

.....

.....

Bin ich gerade müde? ☐ Ja ☐ Nein
Fühle ich mich gerade unflexibel, eingeengt oder festgefahren? ☐ Ja ☐ Nein
Neige ich aktuell zu einem Schwarz-Weiß-Sehen? ☐ Ja ☐ Nein
Bin ich aktuell ausschließlich auf der Seite der Akzeptanz oder der Veränderung? ☐ Ja ☐ Nein
Habe ich gerade das Bedürfnis oder die Überzeugung, »recht zu haben«? ☐ Ja ☐ Nein
Habe ich gerade die Überzeugung, dass es *eine* Wahrheit gibt? ☐ Ja ☐ Nein
Befinde ich mich gerade im Widerstand? ☐ Ja ☐ Nein
Kann ich den / die Patient:in noch validieren? Kann ich mich in die Perspektive des / der Patient:in hineindenken / hineinfühlen? ☐ Ja ☐ Nein

Neige ich aktuell zu negativen Bewertungen hinsichtlich …
☐ des / der Patient:in als Person?
☐ des Verhaltens oder der Äußerungen des / der Patient:in?
☐ mir selbst?