

Alex Stern / Päd. Hjördis E. Wirth / Dipl.-Psych. Kristina Holler

ERFAHRUNGEN MIT DER DIALEKTISCH-BEHAVIORALEN THERAPIE (DBT) IM DEUTSCHSPRACHIGEN RAUM

Eine Online-
Erhebung unter
aktuellen und
ehemaligen
DBT-
Patient_innen

Betroffenenrat

Fachgremium beim
Unabhängigen Beauftragten
für Fragen des sexuellen
Kindesmissbrauchs

Board of Survivors
Expert Committee of the
Independent Commissioner
for Child Sex Abuse Issues

Geschäftsstelle des Betroffenenrates beim
Unabhängigen Beauftragten für Fragen des
sexuellen Kindesmissbrauchs

Glinkastraße 24 | 10117 Berlin

kontakt@betroffenenrat-ubskm.de

Berlin, Juli 2017

INHALTSVERZEICHNIS

1.	ANLASS DER BEFRAGUNG	2
2.	FORSCHUNG ZUR DBT	2
3.	METHODIK	3
3.1.	Umfrage	3
3.2.	Auswertung	4
3.3.	Stichprobe	4
4.	ERGEBNISSE	4
4.1.1.	Rahmen der Therapie	4
4.1.2.	Therapieablauf	5
4.1.3.	Umgang mit Traumata	8
4.1.4.	Wirksamkeit	8
4.2.	Offene Fragen	10
4.2.1.	DBT in drei Worten	10
4.2.1.1.	<i>Wortwörtlich</i>	10
4.2.1.2.	<i>Inhalt</i>	10
4.2.1.3.	<i>Struktur</i>	10
4.2.1.4.	<i>Wirksamkeit und Wirkung</i>	11
4.2.1.5.	<i>Therapieerleben</i>	11
4.2.2.	Anmerkungen zur DBT (offenes Textfeld)	12
4.2.2.1.	<i>Konzept</i>	12
4.2.2.2.	<i>Diagnostik</i>	13
4.2.2.3.	<i>Umsetzung</i>	14
4.2.2.4.	<i>Wirkung</i>	15
4.2.2.5.	<i>Mitpatient_innen</i>	16
4.2.2.6.	<i>Behandelnde</i>	16
4.2.2.7.	<i>Kritik und Sanktion</i>	17
4.2.2.8.	<i>Eigeninitiative</i>	18
4.2.2.9.	<i>Alternativen zur DBT</i>	18
4.2.2.10.	<i>Zusatzkategorie: Umgang mit Trauma/Dissoziation</i>	19
5.	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	20
5.1.	Grenzen der Befragung	20
5.2.	Äußerer Rahmen	20
5.3.	Diagnostik	21
5.4.	Theorie und Praxis – das Konzept und seine Umsetzung	22
5.5.	Zwischenmenschliche Aspekte	24
5.6.	Umgang mit Macht und Trauma	25
5.7.	Wirkung	26
6.	FAZIT	28
7.	LITERATUR	30

1. Anlass der Befragung

Den Betroffenenrat erreichten wiederholt kritische Berichte zu Erfahrungen mit dialektisch behavioraler Therapie (DBT) – sowohl durch Menschen, die von sexualisierter Gewalt in Kindheit oder Jugend betroffen gewesen sind als auch durch deren Behandler_innen. Die Kritik bezog sich teilweise explizit auf die in den letzten Jahren durchgeführten Forschungen zu einer DBT-Form, die für sich in Anspruch nimmt, insbesondere für – auch komplexe – Traumafolgestörungen geeignet zu sein (DBT-PTSD), zum Teil bezog sie sich auf die Anwendung der klassischen DBT, insbesondere bei Personen mit der Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung.

Nachdem die Verfasser_innen des vorliegenden Artikels die bestehende Literatur zur Anwendung und Wirksamkeit der DBT einer Sichtung unterzogen hatten, fiel ihnen neben den o.g. üblichen Problemen der Therapieforschung und der dem klinischen Rahmen geschuldeten meist geringen Stichprobengröße der Studien auf, dass bestimmte Kritikpunkte sich in keiner der Veröffentlichungen widerspiegelten. Hierzu zählen z.B. der durch Patient_innen mehrfach berichtete hohe psychische Druck zur Teilnahme an der Therapie sowie die Folgen der Ausübung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Therapie. Die nachfolgend vorgestellte Umfrage ist das Resultat der nach Betroffenenanfragen an den Betroffenenrat (BR) festgestellten Inkongruenz zwischen Literatur und Betroffenerfahrung mit der DBT. Da die Umfrage in ehrenamtlicher Arbeit erstellt worden ist, kann sie keine Wissenschaftlichkeit für sich in Anspruch nehmen, gleichwohl haben wir uns an wissenschaftlichen Kriterien bei der Erstellung und Auswertung orientiert.

2. Forschung zur DBT

DBT gilt als am besten evaluierte Therapieform für die Behandlung von Borderline-Störungen [vgl. Kliem et al. 2010]. In den letzten Jahren wurde das Konzept der DBT vielfältig für andere Störungsgebiete erweitert und auch im stationären Setting etabliert [vgl. Burmeister et al. 2014]. Insbesondere im stationären Setting scheinen unter anderem Kostengründe eine immer kürzere Behandlungsdauer zu bedingen [vgl. Bohus et al. 2011], so dass auf der Suche nach möglichst effizienten Therapieformen das Grundkonzept der DBT, wie es Marsha Linehan [1993] ursprünglich als Therapiekonzept für das ambulantes Setting entwickelt hat, immer wieder weiterentwickelt und ergänzt wird. Inwiefern diese Entwicklungen mit den generellen von Linehan [2008] formulierten Prinzipien und hier insbesondere der eher längeren Therapiedauer und viel emotionaler Unterstützung einhergehen, müssten Untersuchungen zeigen. Erste Evaluationen sprechen auch hinsichtlich der Weiterentwicklungen der DBT für eine gute Wirksamkeit [vgl. Burmeister et al. 2014], wobei die Langzeitperspektive für Angebote in Deutschland bislang fehlt.

Auch wenn die DBT als am besten evaluierte Therapie-Methode für die Borderline-Störung gilt, so bedeutet dies im Umkehrschluss nicht, dass sie auch am wirksamsten ist. Es fehlen vergleichende Studien mit anderen Therapieformen, deren Wirksamkeit sich in verschiedenen Studien ebenso belegen lässt [vgl. Kliem et al. 2010]. Die bisherigen Studien zur Wirksamkeit der DBT in Deutschland beziehen sich mehrheitlich auf Messzeiträume mit engen Follow-Ups von 6 bis 24 Monaten [vgl. Burmeister et al. 2014]. Wirksamkeitsforschung kennt in ihrer derzeitigen Form – wie jede andere Forschung - Grenzen: Durch die übliche Praxis kurzer Zeiträume nach der Intervention und durch den Umstand, dass die Messung selbst durch die Behandelnden oder Angehörige des gleichen Klinikbetriebs vorgenommen werden, kann es zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen: Zum einen stellt sich die Frage, ob die Wirkung einer Therapie die Rückkehr der Patient_innen in die gewohnten Alltagsstrukturen und neue Phasen großen Stresses überdauert, zum anderen die nach der sozialen Erwünschtheit. Führen die vormaligen Behandler_innen selbst die Follow-Up-Untersuchungen durch, möchten die ehemaligen Patient_innen die Befragenden möglicherweise nicht enttäuschen, sofern sie mit der Therapiebeziehung zufrieden waren. Ehemaligen Patient_innen, die unzufrieden mit Therapiebeziehung und Behandlung waren, sind unter Umständen unmotiviert, sich überhaupt noch am

Follow-Up zu beteiligen. Zudem dürfte es zu positiven Verzerrungen kommen, wenn Wirksamkeitsforschung durch diejenigen, die ein Konzept selbst anwenden, erfolgt.

Im Rahmen der Therapieforschung hat es sich durchgesetzt, standardisierte Testinstrumente zu verwenden, um Veränderungen in der Symptombelastung der Patient_innen abzubilden. Diese Praxis birgt große Vorteile und entspricht wissenschaftlichen Standards. Ungeachtet dessen sollte sie nicht einziges Instrument bleiben: Wirksamkeitsforschung soll die Behandlung für die Klient_innen verbessern und nicht Selbstzweck sein. Wenn die Patient_innen ausschließlich standardisierten Befragungen bezüglich klinisch eingegrenzter Symptome oder Fremdbeobachtungen unterzogen werden, bleibt keine Möglichkeit mehr, sich zu Behandlungsabläufen kritisch in einem Rahmen zu äußern, der in die Forschungsergebnisse einfließt. Ebenso wenig finden Symptome Berücksichtigung, die von denjenigen abweichen, zu denen validierte Messinstrumente zur Verfügung stehen und angewandt werden. Patient_innen sind Individuen, und – begreifen sich Psychotherapie und Psychiatrie als Dienstleisterinnen – Kund_innen, die ein bestimmtes Angebot nutzen, weil es sich ihnen sinnvoller als die Alternativen anbietet. In diesem Sinne ist es unumgänglich, auch offene Frageformate in die Wirksamkeitsforschung einfließen zu lassen, und Patient_innen die Möglichkeit zu geben, Unstimmigkeiten oder Unzufriedenheit mit und die besonders hilfreiche Wirkung einzelner Aspekte zu benennen. Meißner [2014] konstatiert, dass in den vorliegenden Studien zur Wirksamkeit der DBT vor allem indirekte Parameter erhoben wurden und direkte Fragen an die Patient_innen, wie zum Beispiel nach der Zufriedenheit und Zielerreichung, bisher nur unzureichend Berücksichtigung fanden.

In der Untersuchung von Meißner [ebd.] zur Wirksamkeit der DBT unter expliziter Erhebung und Berücksichtigung der Patientenperspektive zeigt sich, dass insbesondere die therapeutische Allianz (41,8%) und der eigene Anteil (33,7%) als wirksam erachtet wird und nur zu 18,4% die Methode. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass sich

[...] ein Höchstmaß an Flexibilität in der Anwendung von verschiedensten Strategien, eine hohe Anpassungsfähigkeit an die individuellen Belange des Patienten auf Basis ausgeprägten empathischen Verständnisses, und ein besonders persönliches und emotionales Engagement als bedeutsam für die Patienten heraus stellen. [Meißner 2014: 178]

Inwiefern dies bei einer eher kurzen Therapiedauer im stationären Setting umgesetzt werden kann, bleibt abzuwarten.

3. Methodik

3.1. Umfrage

Die Befragung ist unentgeltlich und anonym online durchgeführt worden, der Link zur Umfrage im Schneeballprinzip über Mailinglisten und Borderline- und Gewaltbetroffenenforen verteilt. Das Anschreiben war ebenso wie der Begrüßungstext gegenüber der DBT neutral formuliert, es wurde lediglich Bezug darauf genommen, dass es wenig Kenntnis zu rückblickenden Einschätzungen zur DBT durch Patient_innen gibt. Der Originaldatensatz ist nach der Auswertung gelöscht worden. Die Teilnehmer_innen hatten die Möglichkeit, einzelne Fragen zu überspringen.

Die Umfrage besteht aus 2 offenen und 40 geschlossenen Items, von denen 9 die Möglichkeit einer offenen Zusatzkategorie („Sonstiges“) anbieten. Neben drei Fragen zur Soziodemographie bezieht sich die Umfrage auf fünf Teilbereiche: (I) Rahmen der erlebten Therapie, (II) Therapieablauf, (III) Umgang mit Traumata, (IV) Wirksamkeit und (V) offenen Anmerkungen. In den Teilbereichen II – IV wurde mehrheitlich die Zustimmung zu fast ausschließlich positiv formulierten Aussagen zur DBT über Likertskalen abgefragt, wobei sich beim Entwurf von Teilbereich (IV) an den Ergebnissen der bisherigen Wirksamkeitsforschung orientiert wurde. Die Umfrage ist vor der Veröffentlichung hin-

sichtlich ihres Inhalts und ihrer Verständlichkeit Tests durch Personen mit DBT-Erfahrung unterzogen worden.

3.2. Auswertung

In der Auswertung wurde der Möglichkeit von Mehrfachantworten dahingehend Rechnung getragen, dass neben Fällen abgebrochener Teilnahme auch eine zufällige Auswahl von 10 % der Gesamtfälle vor der Auswertung der geschlossenen Fragen entfernt wurde. Eine deskriptive Darstellung der Antworten auf die geschlossenen Fragen finden Sie nachstehend.

Die offenen Antworten wurden vollständig berücksichtigt. Die Auswertung erfolgte bei den offenen Antwortformaten („DBT in drei Worten“ und einem offenen Textfeld für Anmerkungen zur DBT oder zum Fragebogen) zugunsten der Datenreduktion mittels Kategorisierung: Die Antworten zu „DBT in drei Worten“ bestanden aus einem Wort oder (maximal) wenigen Sätzen, die bestimmten Themengruppen (Kategorien) zugeordnet werden konnten. Als Kategorien haben sich 1. Themen/Grundannahmen aus der DBT, 2. Inhalt der DBT, 3. Struktur, 4. Wirksamkeit/Wirkung und 5. Erleben der (mehrheitlich ehemaligen) Patient_innen ergeben.

Zur Auswertung der Antworten des offenen Textfeldes wurden die Antworten von zwei Personen – eine mit DBT-Erfahrung, eine ohne – unabhängig voneinander segmentiert (also in kleinere Abschnitte unterteilt, die jeweils eine inhaltliche Aussage enthalten), die Segmente codiert und Kategorien zugeordnet, die induktiv gebildet wurden (d.h., die Kategorien wurden nicht im Vorfeld festgelegt, sondern anhand der Antworten gebildet). Die in Kapitel 3.5 vorgestellten Inhalte sind den Kategorien a) Konzept, b) Diagnostik, c) Umsetzung, d) Wirkung, e) Mitpatient_innen, f) Behandelnde, g) Kritik und Sanktion, h) Eigeninitiative sowie i) Alternativen zur DBT zugeordnet. Zusätzlich wurde deduktiv (also von den Auswertenden vorher festgelegt) die Kategorie k) Umgang mit Trauma/Dissoziation gebildet, in der noch einmal alle Antwortsegmente, die sich auf Trauma/Dissoziation beziehen, gezielt betrachtet wurden. Den beschriebenen Kategorien nicht zugeordnet wurden die Anmerkungen zur Umfrage sowie Einzelinformationen zu Therapieort und -jahr oder -dauer (letzterer Punkt wurde bereits im Umfrageteil I abgefragt).

3.3. Stichprobe

In die Auswertung der geschlossenen Fragen sind nach Ausschluss abgebrochener Beantwortungen und der Reduktion um 10 % der übrigen Antworten, um Mehrfachantworten Rechnung zu tragen, N = 150 eingeflossen, die je nach Frage aufgrund der Möglichkeit, Fragen zu überspringen, leicht reduziert ist. Der Altersdurchschnitt liegt bei 31 Jahren. 81 % der Befragten haben als Geschlecht „weiblich“ gewählt, weitere 12 % die dritte Geschlechtsoption („X“), Männer bilden mit 7 % die kleinste Gruppe. Mit rund 45 % hat die größte Gruppe der Befragten die Allgemeine Hochschulreife, weitere 24 % die Fachhochschulreife und 21 % die Mittlere Reife. Lediglich 1 % der Befragten hat lt. Eigenangabe keinen Schulabschluss.

4. Ergebnisse

4.1.1. Rahmen der Therapie

Zu 31 % haben die Befragten die Gesamtzeit, die sie in DBT verbracht haben, mit 2 – 3 Monaten angegeben, weitere 21 % waren 4 - 6 Monate in DBT. 26 % der Befragten waren länger als ein Jahr in Therapie, kürzer als zwei Monate nur 5 %. Da dem Betroffenenrat im Vorfeld der Befragung häufig zugetragen wurde, dass zu Beginn einer DBT die Diagnose einer Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (F 60.31, im folgenden BPS) ungeachtet unpassender Symptomatik oder bereits vorliegender Diagnostik mit anderem Ergebnis (v.a. dissoziative Störungen betreffend)

vergeben worden sei, wurde gefragt, ob die Befragten in anderen, auf die DBT folgenden Therapien eine andere Diagnose erhalten hätten. 32 % bejahten die Frage, wobei die zeitlichen Abstände zwischen erster und folgender Diagnostik nicht bekannt sind. Die Mehrzahl derer, die eine andere Diagnose in einer späteren Therapie erhalten haben, hatten zum Zeitpunkt der DBT (mindestens) eine BPS-Diagnose (36 % der damit Diagnostizierten), die einzige andere Störung mit > 30 % nachfolgender Veränderung betrifft Diagnosen im Bereich Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 91/92).

Die DBT begannen die Befragten mit den Diagnosen BPS (59 %), komplexer PTBS (44 %), PTBS (38 %), DDNOS (28 %), DIS (28 %), einer Essstörung (26 %), Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (7 %) und/oder einer anderen Diagnose (15 %) (Mehrfachantworten möglich). Unter den offenen Antworten fällt auf, dass etwa zwei Drittel „*Depressionen*“¹ und/oder ausschließlich „*Selbstverletzendes Verhalten*“ (SVV) nennt. Unter den übrigen offenen Antworten werden u.a. ADHS, Substanzmissbrauch, Angst- und Somatisierungsstörungen genannt, zudem schreiben mehrere Befragte explizit, dass sie eigentlich eine dissoziative Störung hätten und die BPS-Diagnose nur für die DBT bekommen hätten, oder diese Diagnose pauschal ohne Rücksicht auf die Kriterien gestellt worden sei. Die Mehrzahl der Teilnehmenden hatte mindestens zwei Diagnosen, 41 % sogar drei, wobei die am häufigsten angegebene Kombination BPS in Verbindung mit einer PTBS und DDNOS oder einer PTBS und einer Essstörung ist.

Die Form der DBT, an der die Befragten teilgenommen haben, verteilte sich auf klassische DBT (69 %), DBT-PTSD/-PTBS (28 %), zu je 7 % bzw. 6 % auf DBT-A und DBT bei Essstörungen, 4 % hatten an sonstigen Formen (z.B. ausschließlich Arbeit mit dem Manual im Rahmen von Gruppentherapien) teilgenommen oder wussten nicht, um welche Form es sich gehandelt habe (Mehrfachnennungen mögl.). Die Befragten hatten zu 69 % bereits an stationärer DBT, zu 32 % an ambulanter Einzel- bzw. zu 24 % an ambulanter Gruppen-DBT und zu 16 % an teilstationären Formaten teilgenommen (Mehrfachnennungen mögl.). Die Therapie wurde von 99 % wie geplant aufgenommen und von 60 % wie geplant beendet, 13 % brachen die Therapie vorzeitig auf eigenen Wunsch ab, 6 % in Absprache mit den Behandelnden, in 11 % beendeten die Behandelnden die Therapie. Die offenen Antworten (9 %) umfassten zusätzlich andauernde Therapien, Rahmenbedingungen, die zu Therapieende führten (stationäre Aufnahme oder Entlassung, Kostenübernahme, Ausfall der Behandelnden, Neudiagnostik), sowie mehrfach den Hinweis darauf, die Therapie habe nur aus einer einzigen Intervention bestanden, sei online durchgeführt worden oder nur aufgrund persönlicher Anpassung an destabilisierende Umstände beendet worden. Ausbleibende Aufnahmen in die Therapie wurden u.a. mit zu ausgeprägter Symptomatik beschrieben. Die genauere Nachfrage nach den Gründen für Therapieabbrüche, die nicht ausschließlich auf eigenen Wunsch erfolgten, ergab neben einer geringeren Anzahl an weiteren rahmenbedingten Abbrüchen vorwiegend eine zu ausgeprägte Symptomatik (28 %)², zu große Instabilität (21 %) und Verstöße gegen Therapie- oder Stationsregeln (21 %) sowie in zwei Fällen Unzufriedenheit mit dem Konzept.

4.1.2. Therapieablauf

Die Umfrage enthält insgesamt 14 Fragen zum Therapieablauf, von denen sich 10 auf allgemeine Aspekte und 4 auf Krisensituationen und Maßnahmen gegen den Willen der Patient_innen beziehen. Den Befragten wurden mehrheitlich Items angeboten, zu denen sie Zustimmung oder Ablehnung auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit Codierung der extremsten Ausprägungen („überhaupt nicht“ bzw. „voll und ganz“) angeben konnten. Auch ohne Codierung können die Kategorien abgesehen von der Mittelkategorie tendenzieller Ablehnung bzw. Zustimmung zugeordnet werden, wenn Personen nicht die Mittelkategorie wählen, sondern eine Kategorie in Richtung vollständiger Ablehnung oder Zu-

¹ Zitate aus den offenen Antworten werden kursiv abgebildet.

² N = 29, Mehrfachantworten möglich.

stimmung. Um negativer Beeinflussung vorzubeugen, wurden mit Ausnahme der Frage nach zeitlichen Abläufen alle Fragen positiv formuliert.

Bei der Aussage „Ich war mit dem Aufbau der Therapie sehr zufrieden“ sind abseits der Mittelkategorie (26 %) Ablehnung (35 %) bzw. Zustimmung (39 %) relativ ausgewogen verteilt. Der Aussage, den DBT-Einzeltherapeut_innen zu vertrauen, stimmen 47 % der Befragten zu (24 % „voll und ganz“, 23 % weitere Zustimmung), 34 % lehnen ab. Dass die zeitlichen Abläufe in der Therapie unpassend seien, teilen nur 29 %, 41 % lehnen die Aussage ab. 50 % der Befragten können zustimmen, sich in Skillsgruppen ernst genommen zu fühlen, 34 % lehnen die Aussage ab. Der Aussage „Auf meine Symptome wurde im richtigen Ausmaß eingegangen.“ stimmen nur 28 % zu, von 59 % wird die Aussage abgelehnt. Gleichzeitig stimmen 59 % der Aussage zu, unabhängig von ihren Symptomen als Person wertschätzend behandelnd worden zu sein, 23 % lehnen diese Aussage ab. Einer guten Begleitung bei der Auswahl und Anwendung von Skills stimmen 43 % zu, 29 % lehnen ab. 47 % können sich keine DBT ohne Verhaltensanalysen vorstellen, 26 % können sich dies vorstellen.

Bei der Aussage „Die begleitende Medikation hat mir geholfen.“ geben 23 % an, keine begleitende Medikation zu erhalten, 10 % stimmen der Aussage „voll und ganz“ zu. Abgelehnt wird die Aussage von 36 %, wobei die deutliche häufigere Wahl der extremen Ausprägung („überhaupt nicht“) mit 21 % auffällig ist. Die Aussage „Wenn ich Krisen hatte, wurde damit gut umgegangen“ erfährt Zustimmung von 37 % der Befragten, von denen nur 15 % „voll und ganz“ wählen, abgelehnt wird die Aussage von insgesamt 42 %, von denen 21 % „überhaupt nicht“ angeben.

Der Aussage, an der Gestaltung des Therapieprozesses partizipieren zu können, stimmen 33 % der Befragten zu, 44 % lehnen diese Aussage ab. Der Aussage „Über die Therapieziele haben meine Therapeutin/mein Therapeut gemeinsam entschieden“ können dagegen 48 % zustimmen, 36 % lehnen die Aussage ab.

II. Therapieablauf					
Aussagen	Zustimmung zu den Aussagen in %, n = 150				
Wie sehr würden Sie der folgenden Aussage zustimmen?	„Überhaupt nicht“ „Voll und ganz“				
Ich war mit dem Aufbau der Therapie sehr zufrieden.	13.9 %	21.3 %	26.2 %	24.6 %	13.9 %
Ich vertraue/vertraute meiner DBT-Einzeltherapeutin/meinem DBT-Einzeltherapeuten.	12.6 %	21.0 %	20.2 %	22.7 %	23.5 %
Die zeitlichen Einteilungen im Therapieablauf waren für mich nicht passend.	20.0 %	20.8 %	28.3 %	23.3 %	7.5 %
Ich habe mich in den Skillsgruppen ernstgenommen gefühlt.	15.3 %	18.6 %	15.3 %	25.4 %	25.4 %
Auf meine Symptome wurde im richtigen Ausmaß eingegangen.	23.0 %	26.2 %	23.0 %	14.8 %	13.1 %
Ich wurde unabhängig von meinen Symptomen als Person wertschätzend behandelt.	11.5 %	12.3 %	17.2 %	22.1 %	36.9 %

II. Therapieablauf						
Aussagen	Zustimmung zu den Aussagen in %, n = 150					
Wie sehr würden Sie der folgenden Aussage zustimmen?	„Überhaupt nicht“ „Voll und ganz“					
Bei der Auswahl und Anwendung von Skills wurde ich gut begleitet.	10.1 %	19.3 %	27.7 %	28.6 %	14.3 %	
Ich könnte mir eine wirksame DBT ohne Verhaltensanalysen vorstellen.	18.3 %	28.7 %	27.0 %	11.3 %	14.8 %	
Die begleitende Medikation hat mir geholfen. ³	21.0 %	15.1 %	14.3 %	16.8 %	10.1 %	
Wenn ich Krisen hatte, wurde damit gut umgegangen.	21.0 %	21.0 %	21.0 %	21.8 %	15.1 %	
Ich konnte den Ablauf der Therapie durch eigene Vorschläge mitgestalten.	15.3 %	28.8 %	22.9 %	22.0 %	11.0 %	
Über die Therapieziele haben ich und meine Therapeutin/mein Therapeut gemeinsam entschieden.	11.9 %	23.7 %	16.1 %	28.0 %	20.3 %	

Drei Fragen beziehen sich auf Maßnahmen gegen den Willen der Patient_innen und Zwangsmaßnahmen im eigentlichen Sinne, die in der DBT nicht vorgesehen sind. Auf die Frage, ob Maßnahmen gegen den Willen der Befragten angewendet worden seien, antworten diesem Umstand zum Trotz 31 % mit „Ja“. Diese Personen werden befragt, ob sie diese Maßnahmen als hilfreich erlebt haben, was von 92 % abgelehnt wird. Bei der Frage, um welche Maßnahmen es sich gehandelt habe, orientieren sich die vorgeschlagenen Antwortkategorien einerseits an klassischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen – Fixierung und Medikation gegen den Willen der Patient_innen –, zum anderen an Maßnahmen, die in der realen Anwendung freiheitsbeschränkenden Charakter erlangen können, nämlich der Verlegung auf eine andere Station, sofern es sich bei dieser um eine geschlossene Station handelt, oder den unfreiwilligen Aufenthalt in einem „reizfreien Raum“ oder sog. „Time Out“-Raum.

Die Verlegung auf eine andere Station wird von 47 % angegeben, das Verbleiben in einem „Time Out“ oder einem „reizfreien Raum“ von einem Drittel derer, die Maßnahmen gegen ihren Willen erlebt haben. Fixierungen werden mit 20 % am seltensten angegeben, Medikation gegen den Willen der Befragten mit 49 % am häufigsten. Weitere Maßnahmen, die von den Befragten genannt werden, beziehen sich auf Ausgangssperren, Desinformation der Patient_innen, zeitweise Entlassungen/Therapiepausen (z.T. ohne sichere Unterkunft für diesen Zeitraum), somatische Maßnahmen wie z.B. die Nutzung von Ammoniaklösung, Körperkontakt gegen den Willen der Befragten, Traumakonfrontation oder die Konfrontation mit Angehörigen gegen den Willen der Befragten, Verpflichtung zu oder das Fortsetzen von einzelnen Interventionen nach klarem Wunsch, sie zu beenden, Nichtbeachtung in Krisensituationen, verpflichtende, als sinnlos empfundene Verträge sowie der Einsatz von Verhaltensanalysen als Strafinstrument und unfreiwillige Interaktionen mit einer Gruppe von Behandelnden.

³ An 100 fehlende Prozent: Keine begleitende Medikation.

4.1.3. Umgang mit Traumata

Nach der Frage, ob die Probleme der Befragten mit einer oder mehreren Traumatisierungen zu tun gehabt hätten, werden erneut 6 Aussagen in Verbindung mit Likert-Skalen angeboten.

Auf die Frage nach im Zusammenhang mit den Problemen stehenden Traumatisierungen stimmen 81 % der Befragten zu, 6 % verneinen und 13 % möchten dazu keine Angabe machen. Die Skalen im Zusammenhang mit Traumatisierungen sind von 94 Teilnehmenden beantwortet worden. Die Aussage „In der Therapie wurde über die Traumatisierungen gesprochen, wenn ich das wollte“ wird von 32 % der Befragten „überhaupt nicht“ geteilt, insgesamt wird sie von 47 % abgelehnt. „Voll und ganz“ stimmen 14 % zu, insgesamt wird die Aussage ganz oder teilweise von 31 % positiv beurteilt. Gleichzeitig wird die inhaltlich eher entgegengesetzte Aussage „Der Zeitpunkt, zu dem über Traumatisierungen gesprochen wurde, hat meine Therapeutin/mein Therapeut ausgesucht.“ wiederum von 33 % „überhaupt nicht“ geteilt und von 44 % insgesamt abgelehnt, 43 % stimmen ihr zu. Das Tempo und die Genauigkeit, mit der über die Traumatisierungen gesprochen wurde, ist aus Sicht von 25 % der Befragten voll und ganz selbst bestimmbar gewesen, 36 % lehnen diese Aussage vollständig, 20 % tendenziell ab. „Insgesamt fühlte ich mich im Umgang mit meinen Traumatisierungen ernst genommen“ erfährt umfassende oder teilweise Zustimmung von 40 %, 46 % lehnen die Aussage tendenziell oder vollständig (29 %) ab. Die abschließende Aussage „Zum jetzigen Zeitpunkt würde ich sagen, dass mir der Umgang mit Traumatisierungen in der DBT geholfen hat“ findet die Zustimmung nur von 29 % der Befragten, 50 % lehnen die Aussage ab, davon 34 % vollständig.

III. Trauma					
Aussagen	Zustimmung zu den Aussagen in %, n = 94				
Wie sehr würden Sie der folgenden Aussage zustimmen?	„Überhaupt nicht“ „Voll und ganz“				
In der Therapie wurde über die Traumatisierungen gesprochen, wenn ich das wollte.	31.9 %	14.9 %	22.3 %	17.0 %	13.8 %
Den Zeitpunkt, zu dem über Traumatisierungen gesprochen wurde, hat meine Therapeutin/mein Therapeut ausgesucht.	32.6 %	10.9 %	14.1 %	22.8 %	19.6 %
Ich konnte bestimmen, in welchem Tempo und wie genau über die Traumatisierungen gesprochen wurde.	35.9 %	19.6 %	9.8 %	9.8 %	25.0 %
Insgesamt fühlte ich mich im Umgang mit meinen Traumatisierungen ernstgenommen.	28.7 %	18.1 %	12.8 %	17.0 %	23.4 %
Zum jetzigen Zeitpunkt würde ich sagen, dass mir der Umgang mit Traumatisierungen in der DBT geholfen hat.	34.4 %	16.1 %	20.4 %	15.1 %	14.0 %

4.1.4. Wirksamkeit

Zur Wirksamkeit der DBT schließen sich 8 weitere Items an, die sich auf die allgemeine und symptombezogene Wirksamkeit der Therapie beziehen und sich anteilig an den in der Wirksamkeitsforschung untersuchten Kategorien orientieren.

Der Aussage „Durch die DBT konnte ich langfristig das Ausmaß meiner Symptome verringern“ stimmen 32 % der Befragten zu, abgelehnt wird die Aussage von 41 %. Der Aussage, nach der Therapie könne man besser zwischenmenschliche Beziehungen eingehen und diese seien stabiler („halten besser“), stimmen nur 15 % zu, während 58 % die Aussage ganz oder tendenziell ablehnen. Des Weiteren wurde die Zustimmung zu der Aussage „Vor der DBT hatte ich weniger Selbstvertrauen“ erfragt: Dieser Aussage stimmen immerhin 40 % zu, während sie von 36 % abgelehnt wird. Dass nach der DBT die eigenen Gedanken, Meinungen und Gefühle besser verstanden würden, teilen 44 %, während 35 % die Aussage ablehnen. Das Item „Ich kann aufgrund der DBT besser Verantwortung für mich übernehmen“ wird von 37 % der Befragten positiv beurteilt, 44 % lehnen es ab. Es wurde zusätzlich die Zustimmung zu der Aussage „Durch die DBT kann ich besser eigene Entscheidungen treffen“ erfragt. Sie beträgt 24 %, während 51 % die Aussage ablehnen.

Zuletzt wurde erst die Erwartung an die DBT abgefragt, wobei nur 5 % zustimmen, die DBT habe ihre Erwartungen an sie voll und ganz erfüllt, weitere 19 % stimmen tendenziell zu. Die Erwartungen „überhaupt nicht“ erfüllt habe die DBT für 33 %, weitere 20 % lehnen die Aussage tendenziell ab. Abschließend wurden die Teilnehmer_innen gefragt, ob sie der Aussage zustimmten, die DBT sei zur vollständigen Behandlung ihrer Probleme geeignet. Diese Aussage wurde von 76 % der Befragten abgelehnt, während 16 % ganz oder tendenziell zustimmten.

IV. Wirksamkeit					
Aussagen	Zustimmung zu den Aussagen in %, n = 150				
Wie sehr würden Sie der folgenden Aussage zustimmen?	„Überhaupt nicht“ „Voll und ganz“				
Durch die DBT konnte ich langfristig das Ausmaß meiner Symptome verringern.	19.0 %	22.4 %	25.9 %	22.4 %	10.3 %
Nach der DBT kann ich besser zwischenmenschliche Beziehungen eingehen und sie halten besser.	28.1 %	29.8 %	27.2 %	6.1 %	8.8 %
Vor der DBT hatte ich weniger Selbstvertrauen.	24.3 %	12.2 %	22.6 %	21.7 %	19.1 %
Nach der DBT verstehe ich meine Gedanken, Meinungen und Gefühle besser.	17.2 %	18.1 %	21.6 %	33.6 %	9.5 %
Ich kann aufgrund der DBT besser Verantwortung für mich übernehmen.	23.0 %	21.2 %	18.6 %	28.3 %	8.8 %
Durch die DBT kann ich besser eigene Entscheidungen treffen.	27.2 %	23.7 %	24.6 %	18.4 %	6.1 %
Die DBT hatte die Wirkung, die ich mir am Anfang gewünscht habe.	32.8 %	20.7 %	22.4 %	19.0 %	5.2 %
Insgesamt habe ich den Eindruck, dass die DBT geeignet ist, die <u>vollständige</u> Bandbreite meiner Probleme zu behandeln.	50.0 %	21.6 %	12.1 %	12.9 %	3.4 %

4.2. Offene Fragen

4.2.1. DBT in drei Worten

Das erste offene Frageformat zur DBT wurde von N = 125 Teilnehmenden (1. Begriff, 3. Begriff noch gewählt von N = 115) genutzt. Hier wurde die Möglichkeit geboten, in drei offenen Textfeldern jeweils ein Wort, einen Begriff oder einen Satz zur DBT anzugeben, mit dem die Teilnehmenden die DBT beschreiben würden („in drei Worten“). Insgesamt geben die Teilnehmenden 363 frei gewählte Begriffe an, die sie mit DBT in Verbindung bringen.

Die Antworten der Teilnehmenden lassen sich fast vollständig fünf Kategorien zuteilen; einzelne können zwei Kategorien zugeordnet werden: a) Wortwörtlich wiedergegebene Themen/Grundannahmen aus der DBT, b) auf die Inhalte der DBT bezogene Antworten (z.B. zu Verständlichkeit), c) Begriffe im Zusammenhang mit dem strukturellen Aufbau der DBT, d) Antworten, die die Wirksamkeit/Wirkung der DBT bewerten und e) Antworten zum Erleben der (mehrheitlich ehemaligen) Patient_innen bezüglich der Therapie erstens im Allgemeinen und zweitens in Zusammenhang mit anderen Personen.

Im Folgenden können nicht alle Antworten einzeln wiedergegeben werden, es erfolgt stattdessen eine zusammenfassende Darstellung mit Beispielen.

4.2.1.1. *Wortwörtlich*

In 20 Fällen wurden Elemente oder Sätze direkt aus der DBT übernommen. Dabei wiederholten sich „Achtsamkeit“ (5 Fälle), „Emotionsregulation“ oder ähnliche Formulierungen ohne Zusatz in drei Fällen, „Skills“ wurde ebenfalls mehrfach genannt.

4.2.1.2. *Inhalt*

Eine geringe Anzahl von Antworten (4) beschreibt einzelne Inhalte aus dem Therapiekonzept, ohne dass interpretierbar ist, ob es sich um erlebte Einzelaspekte oder die Gesamtheit dessen handelt, was die Betreffenden als DBT kennengelernt haben (z.B. „Gruppengespräche“). Weitere Antworten beziehen sich auf allgemeinere Aspekte wie „Krankheitsverständnis“ oder einzelne Symptome. Eine größere Gruppe von Antworten (insg. 8) bezieht sich auf die praktische Anwendbarkeit der Inhalte (z.B. „praxisorientiert“) oder auf den Prozess von Wissenserwerb: Mehrfach werden „lernen“/„üben“/„Übung“ genannt, konkret auf Wissenszuwachs beziehen sich 7 Antworten (z.B. „sehr gute Wissensvermittlung“). Auf Verständlichkeit/Einfachheit wird sich ebenfalls mehrfach bezogen, viermal ohne weitere Wertung, in 9 Fällen lautet der angegebene Begriff „oberflächlich“. In 26 weiteren Fällen wird konkreter benannt, was inhaltliche Kritikpunkte darstellen kann, die Antworten umfassen dabei achtmal Einseitigkeit (z.B. „Zu sehr auf Skills und Verhaltensanalysen fixiert“, „Skilloverkill“, „nicht ganzheitlich/umfassend genug“, „reine Symptombehandlung“), 7* fehlende soziale oder emotionale Komponenten (z.B. „[...] Dass der Mensch ein soziales Wesen ist, wird ignoriert.“, „zu sehr intellektuell gesteuert“), in 4 Fällen werden Inhalte als „(zu viel) Esoterik“ (o. ä.) bezeichnet und in 6 Antworten wird Unterforderung benannt („platt, die vermittelten Inhalte wirken auf mich wie Küchenpsychologie“, „unterfordernd“).

4.2.1.3. *Struktur*

Zweimal beziehen sich Antworten auf übergeordnete Strukturen, einmal in der Kritik am Mangel ambulanter Therapieplätze, einmal in der zu kurzen Dauer der DBT. In einem Fall wird auf die Fokussiertheit des Konzepts Bezug genommen, in 13 Fällen werden ohne Bewertung „Struk-

„strukturiert“/ „Grenzen“/ „Regeln“ oder Wörter im Zusammenhang mit einem standardisierten Ablauf angegeben. In 25 Fällen wird wertend auf Struktur eingegangen, dabei wird 6* der Begriff „unflexibel“ angegeben, 9* werden Ausdrücke wie „starr“, „Schema F“ oder „rigide“ gewählt. In weiteren 10 Fällen werden Wörter mit negativem Bezug auf standardisierte Abläufe gewählt, deren Spektrum von „verallgemeinernd“ über „schablonenartig“ bis zu „entmenschlichend“ (Letztgenanntes zweimal) reicht.

4.2.1.4. Wirksamkeit und Wirkung

„(Anteilig) wirksam“/ „sinnvoll“ (z.T. auf bestimmte Zielgruppen wie z.B. Menschen mit BPS eingegrenzt) werden 4* genannt, weitere 10* Begriffe wie „Hilfe“/ „(anteilig) hilfreich“. Häufiger (13*) werden Wörter oder Formulierungen zu Selbsterkenntnis oder -reflexion gewählt („Über-sich-selbst-Lernen“/ „Verbesserung der Selbstreflexion“). Weitere 8 Antworten beziehen sich auf Selbstakzeptanz oder Selbstvertrauen („Vertrauen in mich“), in einem Fall wird die Verbesserung der Fähigkeit zur Eigenverantwortung genannt. In ebenfalls 8 Antworten wird sich auf Stabilisierung bezogen, in 8 Fällen auf verringerte Symptome („Bessere Impulskon[t]rolle“, „svv-verbessernd“), wobei die Reduzierung von Selbstverletzendem Verhalten am häufigsten genannt wird. Weitere Antworten beziehen sich auf die Zukunft: „Hoffnung“/ „optimistisch“ oder ähnliche Wörter in 4 Fällen, „Erfolg“ oder erfolgsbezogene Begriffe wie „Erfolgserlebnis“ werden in 6 Fällen genannt, 6* wird sich auf die langfristige Wirkung von DBT bezogen („Die DBT ist [mehrere] Jahre her und ich ziehe immer noch Dinge für mein tägliches Leben daraus“). 13 Antworten lauten „unwirksam“/ „nicht wirksam“, in 9 weiteren wird „ungeeignet“, „wenig hilfreich“, „unpassend“ oder ausbleibende Verbesserung/Enttäuschung angegeben. Ein Einzelfall beschreibt die DBT als für Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung (DIS) ungeeignet. In 9 Antworten wird explizit „retraumatisierend“ und/oder „destabilisierend“ genannt.

4.2.1.5. Therapieerleben

Bei den allgemeineren Antworten wurde in 4 Fällen „Neu(land)“/ „Anfang“ angegeben, 7 bezogen sich auf Veränderung, Kreativität oder Turbulenz („Achterbahn“). In 4 Fällen wurde „spannend“/ „erlebnisreich“ angegeben. „Wertvoll“/ „gut“/ „positiv“ wurden 5* gewählt. In 5 weiteren Fällen wurde „schrecklich“/ „verwirrend“ o.ä. angegeben. Als „anstrengend“/ „Anstrengung“/ „anspruchsvoll“ wurde die DBT in 13 Antworten beschrieben, in 5 Antworten als „intensiv“ und 2* als „hart“. Je zweimal wurden „kämpfend“/ „entgegensetzen“ und „überleben“ geantwortet, 5* wird Bezug auf Wiederholungen genommen.

Antworten, die sich auf das direkte Erleben der Therapie im Zusammenhang mit anderen Personen, dem Praxis- oder Stationsklima beziehen, beziehen sich in zwei Fällen ausschließlich auf die Behandelnden/die Stationen: Einmal wird „Überforderung der Behandelnden“ angegeben, einmal unstrukturierte Anwendung der DBT, in einem weiteren Fall wird das Zusammenlegen von PTBS- und BPS-Patient_innen kritisiert. Auf den Umgang mit Diagnosen beziehen sich auch 4 Antworten zu (z.T. bereits vorher bestehenden) Fehldiagnosen, des Weiteren werden in 4 Antworten das „Negieren“ einer vorliegenden DIS-Diagnose, die Problematisierung von Transidentität und Unwissen der Behandelnden gegenüber PTBS und BPS beschrieben.

Antworten, die sich weniger auf zwischenmenschlich bedingte Rahmenbedingungen als vielmehr das eigentliche Erleben beziehen, lauten in 9 Fällen „wertschätzend“/ „vertrauensvoll“/ „Sicherheiten“/ „annehmend“ oder „geduldig“. Die weiteren 51 Antworten, die sich auf das Erleben der Therapie beziehen, sind weniger positiv. 10 Antworten beinhalten die Begriffe „Druck“ oder „Zwang“, z.B. „Kontrolle und Zwang von außen (kein selbstbestimmtes Handeln [e]rlaubt)“ oder „Ohnmacht“. In 10 weiteren Fällen werden Versionen der Begriffe „entmündigend“ oder „entwürdigend“ oder entsprechende Beschreibungen angegeben (z.B. „unwürdig, Patienten werden wie unmündige Teenager behandelt“, „herabsetzend“, „herablassend“). Weitere 12 Begriffe beziehen sich auf das Erleben von

Sanktionierung/Strafe oder Machtge- bzw. -missbrauch seitens der Behandelnden. Während Sanktionen, wo sie näher beschrieben werden, z.B. in Zusammenhang mit Verhaltensanalysen/Isolation stehen („Zu viel [B]estrafungsmaßnahme; aufs [Z]immer, VA schreiben“), bleibt Macht oft unspezifiziert (z.B. „[...] Macht ausübend seitens Behandler“, „gewaltvoll“, „übergriffig“, „Schmerzgrenzen überschritten“). Weitere 12 Antworten nennen „Kälte“/„empathielos“ oder ähnliche Begriffe (z.B. „Gefühlskälte“, „Dressur“, „Vertrauensverlust“), in 4 weiteren Antworten wird angegeben, nicht verstanden und/oder ernst genommen worden zu sein. In 3 Fällen wird „Victim Blaming“/„Schuldzuweisung“ angegeben.

Die von den Teilnehmenden gewählten Begriffe sind häufig wertend bzw. eindeutig negativ oder positiv konnotiert. Dabei handelt es sich bei 33 % um positiv konnotierte, bei 22 % um neutrale/nicht eindeutig zuweisbare und bei 45 % um negative Begriffe.

Bewertungen in den gewählten Begriffen		
N = 363 Begriffe		125 Teilnehmende
Konnotation	Absolute Häufigkeiten	Relative Häufigkeiten (%)
Positiv	119	32.8 %
Neutral	81	22.3 %
Negativ	163	44.9 %

4.2.2. Anmerkungen zur DBT (offenes Textfeld)

Als letztes Angebot der Befragung können die Teilnehmenden in einem freien Textfeld weitere Anmerkungen zur DBT oder Anmerkungen zum Fragebogen machen. Diese Möglichkeit wird von 68 Teilnehmenden genutzt, von denen zwei ausschließlich und einige anteilig (in Form einzelner Sätze) Anmerkungen zum Fragebogen machen. Die übrigen nutzen das Textfeld, um allgemeine Einschätzungen zur DBT („Meiner Erfahrung nach sollte man für die DBT stabil sein.“/18⁴) abzugeben, Einzelaspekte zu kommentieren oder Erfahrungsberichte mit z.T. sehr detaillierter Beschreibung von Situationen aufzuschreiben. Der kürzeste Beitrag umfasst zwei Zeichen, der längste über 5000.

4.2.2.1. *Konzept*

Aussagen zum Konzept der DBT umfassen mehrheitlich auf allgemeine Beurteilungen des Konzepts, einzelne Aspekte, seine Eignung unter bestimmten Voraussetzungen oder seine Verwendung im Allgemeinen.

Häufig werden Aussagen getroffen, die DBT sei der theoretischen Kenntnis des Konzepts nach womöglich eine gute Therapie, die erlebte Umsetzung sei aber nicht gut gewesen: „[...] wenn Verhal-

⁴ Originalaussagen kursiv, die nachfolgende Ziffer bezeichnet die Antwortnr., nicht Fall-ID der ges. Umfrage. Die Aussagen werden im originalen Schreibstil belassen, Änderungen in Satzbau oder Groß-/Kleinschreibung durch eckige Klammern markiert.

tenstherapie und insbesondere die DBT konzeptionell missbraucht werden, um Personal und Geld zu sparen, kann das nichts werden.“/25, weitere s.u. 4.2.2.3.). Tatsächlich stehen allgemeine positive Kommentare („DBT ist eine wichtige und nützliche Therapieform.“/47) mehrheitlich im Zusammenhang mit nachfolgender Kritik an der Umsetzung. Die meisten allgemeinen Anmerkungen zum Konzept kritisieren einen starken Fokus auf Symptome („DBT ist für mich eine reine Symptombehandlung, die die über die eigentlichen Ursachen und Symptomentstehung nur unzureichend aufklärt.“/14) oder mangelnde Flexibilität („Für mich sind zu wenig Gestaltungsmöglichkeiten in der Therapie vorhanden.“/49). Dabei wird die DBT z.T. durchaus „[...] als Ergänzung inzwischen als sinnvoll und als Unterstützung [empfunden].“/39 Bei der Nennung von Einzelaspekten wird die starke Strukturierung z.T. als hilfreich betrachtet („Der sehr transparente und planvolle Aufbau des Skilltrainings hat mir geholfen.“/67), Achtsamkeit wird gelobt, ebenso findet jemand „[...] das Modul 'Selbstwert' und 'Zwischenmenschliche Fähigkeiten' [super]. (Aus Büchern, nicht in 'realen Kursen').“/46, während als schwierig (oder im Widerspruch mit eigenen Haltungen stehend) die Unterdrückung von Gefühlen, Nihilismus, fehlende Ganzheitlichkeit, mangelnder Einbezug des sozialen Lebens und hohe Papierlast betrachtet werden.

Mehrere Antworten zielen darauf ab, dass die Inhalte der DBT nicht/wenig in Bezug zu den eigentlichen Problemen der Teilnehmenden stünden („Dbt mag für manche Patienten vielleicht hilfreich sein wenn die Problematiken tatsächlich so vorliegen.“/45). Einschätzungen dazu, wann und für wen DBT geeignet sei, machen die größte Gruppe der Antworten der Kategorie aus. Dabei wird sich einmal darauf bezogen, dass man für die DBT stabil sein müsse, einmal, dass Skills nicht nur psychisch als krank diagnostizierten Menschen helfen würden und einmal wird eine generelle Empfehlung der DBT für Traumapatient_innen ausgesprochen. Einige Antworten betreffen die angenommene oder erfahrungsbasierte Eignung für BPS-Patient_innen („DBT ist in meinen Augen die geeignetste Maßnahme, um BL einigermaßen in den Griff zu bekommen.“/5), die Mehrheit bezieht sich auf die Nichteignung der DBT für Traumapatient_innen („Ich kann nur alle mit Traumaerfahrung vor DBT warnen“/58) und dort besonders für komplex Traumatisierte („Das Übertragen von DBT-Methoden auf die Behandlung von Komplextraumatisierungen halte ich nach eigenen Erfahrungen für katastrophal schlecht.“/15).

4.2.2.2. Diagnostik

In 17 verschiedenen Antworten wird sich auf Diagnostik bzw. den Umgang mit bereits bestehenden Diagnosen im Rahmen der DBT bezogen. Dabei lassen sich drei unterschiedliche Bezugspunkte erkennen: Erstens Fehldiagnosen, zweitens das Nicht-Anerkennen bestehender Diagnosen und drittens das Anpassen von Diagnosen. Die Antworten, in denen es um Fehldiagnosen geht, beziehen sich mehrheitlich auf nicht erkannte Dissoziative Identitätsstörungen, andere dissoziative Störungen und komplexe PTBS. Mehrfach wird nicht beschrieben, welche Diagnose eigentlich zutreffend gewesen wäre („Ich hatte damals eine falsche Diagnose und wurde in 5 stationären Aufenthalten mit dieser falschen Diagnose behandelt. Ohne das den behandelern aufging das die Diagnose fehl war.“/52), eine Person gibt an, schließlich eine Asperger-Diagnose bekommen zu haben, und eine Person, neben einer psychiatrischen Fehldiagnose mehrere körperliche Erkrankungen gehabt zu haben, die als psychogen betrachtet wurden und deren „Diagnose um Jahre verzögert [worden ist], da über alles nicht bewertend hinwegmeditiert werden sollte“/1.

Der am häufigsten beschriebene Mechanismus zur Vergabe oder Übernahme von Fehldiagnosen bezieht sich auf den unkritischen Umgang mit BPS-Diagnosen, von denen nicht mehr abgerückt wird, z.B.

In der DBt landen aber einige Menschen mit einer falschen bps Diagnose, welche fix wie bei mir in 10 Minuten gestellt wurde und einfach ungefragt übernommen./57⁵

⁵ Längere Zitate werden der Lesbarkeit halber eingerückt, besitzen aber die gleiche Wertigkeit wie kürzere Zitate.

Die Nicht-Anerkennung bereits bestehender Diagnosen bezieht sich vollständig auf den Umgang mit DIS, z.B.

Bei beiden wurde ich mit der dissoziativen Identitätsstörung kaum bis gar nicht ernst genommen. Das obwohl meine ambulante Therapeutin die diagnose mehrfach bestätigt hat./38

Das Anpassen von Diagnosen beschreibt hier das gezielte Anders-Diagnostizieren von Personen („Man macht den Patient passend und negiert alles was nicht zu der Störung passt.“/35), etwa aus der Ansicht heraus, bestimmte Störungen gäbe es nicht:

Mir wurde gesagt: wenn es eine Dissoziative Identitätsstörung gäbe, hätten sie die. Da es das nicht gibt, müssen sie mal Krankheitseinsicht und den Willen, sich helfen zu lassen, zeigen./58

Als eine andere Begründung wird in einem beschriebenen Therapieverlauf die diagnostische Anpassung zu Studienzwecken genannt, z.B. „Sie [Therapeutin] hat [...] meine Behandlung inkl. Diagnose in eine Richtung gelenkt, die für ihre Studie passend war.“/22.

4.2.2.3. Umsetzung

Die Umsetzung der DBT aus Sicht der Teilnehmenden wird unter unterschiedlichen Gesichtspunkten näher beschrieben. Auf Antworten, die sich besonders auf das Verhalten von Mitpatient_innen oder Behandelnden beziehen, wird unter 4.2.2.5. und 4.2.2.6. näher eingegangen, auf Antworten, in denen sich auf Kritik oder Sanktion bezogen wird, in 4.2.2.7.

Mehrere Antworten beinhalten die Aussage, die Umsetzung sei nicht gut gewesen:

Gut möglich das meine sehr negative Einschätzung auf einer wirklich miesen Therapieerfahrung beruht, bei der die Therapie schlicht verkehrt durchgeführt wurde./16),

mehrfach wird dieser Umstand mit den Rahmenbedingungen stationärer Behandlung erklärt (großes Versorgungszentrum, Kosteneinsparungen, die zu ausbleibender Einzeltherapie führen, Vergleich stationärer und ambulanter Erfahrung, ...). Zum Stationsalltag werden das Fehlen von Rückzugsräumen und mangelnder Schutz vor Gewalt durch Mitpatient_innen benannt. In zwei Fällen wird beschrieben, dass nur Einzelteile aus der DBT angeboten worden sind, oder Einzeltherapie oder Skillsgruppen fehlten. Bezogen auf die Vermittlung von Therapieinhalten werden in zwei Fällen Anpassungen der Therapie an die Patient_innen beschrieben:

Ich habe z.B. in den Fragebögen mehrere Farben benutzt, für unterschiedliche Persönlichkeiten/Anteile und das Team hat unterschiedliche Vorschläge/Unterstützungsangebote gemacht, je nach dem "wer" von uns gerade "da" war. Das hat sehr geholfen./61

Mehrfach wird angemerkt, dass Therapieinhalte zu verarbeiten Zeit brauche („Vieles braucht Zeit und verändert sich vom Verständnis, bspw. 'Leichtes Lächeln'“/42), und dass (an)erkannt werden müsse, anstatt Verarbeitung oder den resignierten Verzicht auf Nachfragen als therapieschädigendes Verhalten/Verweigerung der Mitarbeit zu interpretieren.

In mehreren Antworten wird beschrieben, dass die Aufgaben überfordernd gewesen seien, v.a. dann, wenn sie im Nachgang nicht gründlich besprochen worden seien

[...] Listen über Listen mit Skills und Ressourcen, die mich völlig überfordert haben und in der Therapie kaum besprochen wurden./33,

wobei auch das spätere Besprechen in der Therapie teilweise als unlogisch betrachtet wird:

[...] [A]ls würde in der Schule etwas gesagt werden, was nicht nachvollzogen werden kann, zu Hause wird versucht es sich selbst beizubringen, in der Einzeltherapie wird geschaut, ob

das, was sich beigebracht wurde auch richtig ist und danach werden die Hausaufgaben gemacht./46

Ein weiterer wiederholt genannter Punkt betrifft die Erfahrung, dass an den nach Ansicht der Patient_innen relevanten Problemen vorbei „[s]tattdessen alles darauf hinaus [lief], Skills zu üben, zu finden und abzuspulen.“/41, der Umgang mit der Anwendung von Skills sei „[...] zwanghaft, wenn man sagte das etwas nicht hilft, musste man es immer wieder, auch wenn es nicht half.“/45. Kritisch gesehen werden ebenfalls bestimmte Regeln, z.B., alte Narben im Sommer vollständig abdecken zu müssen.

4.2.2.4. Wirkung

Die Teilnehmenden beschrieben zum Teil Kurz-, zum Teil Langzeitwirkungen der DBT für sich selbst. Unter „Wirkungen“ sind hier sowohl Aussagen zur symptombezogenen Wirksamkeit der DBT als auch zu anderen Folgen, die nicht im Rahmen der üblichen Wirksamkeitsaspekte von Verhaltenstherapien liegen, für die Teilnehmenden gemeint.

Bezogen auf kurzfristige Wirksamkeit wird zweimal Stabilisierung genannt, einmal die Möglichkeit zu „erste[n] Einblicke[n] ins Innenleben“/26. Anteilig ergeben sich Überschneidungen mit den bisher vorgestellten Kategorien: Mehrfach wird kritisiert, die Behandlung habe die tatsächlichen Probleme nicht einbezogen, die Nicht-Eignung zur Behandlung von Traumafolgen wird ebenfalls mehrfach angesprochen, besonders bei dissoziativen Störungen:

[W]enns "klappt", gehen die Pat. so getriggert aus der Behandlung, dass sie eine oder mehrere neue Alltagsabspaltungen haben, die sie stabil genug wirken lässt, um entlassen zu werden. Wenns schiefgeht, endet es unter Umständen sofort in der Akutpsychiatrie, weil ihre Symptome nicht verstanden werden./60

Häufig wird die DBT allerdings als *anteilig* hilfreich beurteilt. Soweit dieser Punkt ausgeführt wird, bezieht er sich in der Regel auf den Umgang mit Symptomen:

DBT ist das praktische und manchmal auch anstrengende Handwerkszeug, das ich an die Hand bekommen habe, um Situationen/Gefühle zu analysieren, alternative Impulskontrolle anzuwenden und Eigenverantwortung umzusetzen./2

Wirksamkeit in Bezug auf Einzelsymptome (besonders SVV) wird meist dergestalt genannt, dass im folgenden Teil der Antwort umfassendere/langfristige Wirksamkeit eingeschränkt oder verneint wird:

Mir hat die DBT sehr in[]Bezug auf das SVV geholfen. Aber auch nur darauf.“/52, „Die Ansätze sind gut und waren für mich teilweise hilfreich, langfristig war es für mich aber keine geeignete Methode meine Beschwerden zu lindern./14

In drei Fällen wird (langfristige) Wirksamkeit der DBT ohne darauffolgende Einschränkungen beschrieben („Nach der DBT war nicht alles sofort gut, doch es gab eine deutliche stetige Verbesserung.“/42), in 13 Fällen werden ausschließlich negative Wirkungen (gar keine Wirksamkeit bzw. ausschließlich negative Folgen) beschrieben.

Die Folgen, die sich außerhalb der Dichotomie Wirksamkeit bzw. Nicht-Wirksamkeit bezüglich einer Symptomatik bewegen, beziehen sich auf unterschiedliche Ebenen. Einige Antworten beschreiben den Zeitraum kurz nach dem oder das Therapieende selbst: In einem Fall wird das Problem beschrieben, nach Ende der Therapie das Erlernte weiterhin anzuwenden, in einem anderen Fall wird die Vorgehensweise des Therapieabbruchs durch die Behandelnden in der Kurzzeitwirkung als nicht zu verkräften beschrieben (langfristig äußert die Person sich als froh über das vorzeitige Therapieende). Des Weiteren wird berichtet, wie nach der Therapie eine mehrjährige Gewaltbeziehung aufgenommen wird, da

[...] Notwehr- und Nothilfereflexe abtrainiert [wurden], da als mangelnde Impulskontrolle fehlinterpretiert, setze Tätern keine Grenzen mehr, vertraue bei drohendem Übergriff meiner Wahrnehmung nicht mehr/1,

wobei die Begründung sich ebenso wenig auf den direkten Zeitraum nach der Therapie bezieht wie folgende Aussage über die Wirkung der DBT:

Nach der DBT rasanter Abbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten, Anstieg von Krisen bis zur vollen Erwerbsminderung auf Dauer. Als Auslöser gilt heuteb [sic!] die DBT./48

Zwei weitere Antworten beziehen sich ohne die Nennung von Zeiträumen der Folgen auf vermittelte Botschaften, nämlich darauf, die Verantwortung dafür zu tragen, wenn die Therapie nicht die gewünschte Wirksamkeit zeigt, was sich auf nachfolgende Therapieversuche auswirken kann:

Ich habe durch die DBT vorrangig gelernt, was an MIR das Problem ist [...] Sich auf andere Kliniken, Therapeut_innen oder therapeutische Behandlungen einzulassen, war und ist stets davon überschattet sich erneut mit einem DBT-Konzept konfrontiert zu sehen./65

4.2.2.5. Mitpatient_innen

Zu Mitpatient_innen wurde sich in sechs Antworten geäußert, von denen sich drei darauf bezogen, dass die gemeinsame Behandlung von Patient_innen mit BPS und Patient_innen mit Traumafolgestörungen ohne BPS schwierig sei. In einem Fall wird von einem Angriff durch eine Mitpatientin ohne Konsequenzen für diese berichtet. Eine Antwort bezog sich unabhängig von Diagnosen auf die Zusammensetzung:

Teilweise war es gut in einer Gruppe zu sein, teilweise richtig doof, weil das in so einem Kliniksetting ja nicht wählbar ist mit wem man da ist - das war teilweise so belastend, dass dadurch phasenweise gar kein Nutzen aus der Gruppe gezogen werden konnte./34,

eine sich auf „die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen“/17 in der Skillsgruppe. Die letzte Antwort mit Bezug auf Mitpatient_innen thematisiert die Statusunterschiede, die sich im stationären Rahmen bemerkbar machten:

[...] [D]ie soziale Ungleichheit der Pat. Untereinander (einer bekommt eine Intervall-Therapie, einer nicht, einer bekommt eine Krisenintervention, einer nicht, einer bekommt Traumatherapie, einer nicht) Es gibt Opfer mehrerer Klassen und Klassifizierungen und die Psychiatrie zieht nicht die Friedensgrenze, sondern steht mittendrin./44

Als Lösung wird Behandlung ausschließlich in ambulanten Settings vorgeschlagen.

4.2.2.6. Behandelnde

Zu den Behandelnden (Therapeut_innen, Stationsteams) gibt es mehr als 30 Antwortabschnitte. Ein Teil dieser Abschnitte bezieht sich auf das Fachwissen der Behandelnden und drückt den von den Teilnehmenden wahrgenommenen Mangel an Wissen der Behandelnden bezüglich der diagnostizierten Störungen oder im Umgang mit Traumafolgen aus:

Es ist schon besser, dass diese Menschen nicht Traumabearbeitung "anbieten", denn davon haben sie keine Ahnung. [...] DBT (so wie ich es erlebt habe) soll wohl mehr den BehandlerInnen helfen, mit ihrer Hilflosigkeit gegenüber Menschen mit Traumafolgeproblemen klarzukommen./60

In einem weiteren Teil wird sich auf den Stellenwert eines Therapiekonzepts gegenüber der Beziehung zu den Behandelnden bezogen. Sämtliche Antworten in diesem Bereich heben hervor, dass die Beziehung (zu Therapeut_innen und Stationsmitarbeitenden) und ggf. vorgenommene Anpassungen der Therapie an die Bedarfe der Patient_innen

Das reine Skillstraining und die anderen DBT Bausteine wären komplett an meinen Bedürfnissen vorbeigegangen (DIS), hätte die Einzeltherapeutin nicht so großartig auf mich geachtet und im Team darauf hingewirkt, dass das Programm für mich sehr flexibel gestaltet wurde./67

mindestens ebenso wichtig seien wie das Konzept

Mehr als die Methode an sich zählt, auf was für Menschen man trifft! Ohne meinen genialen Einzeltherapeuten hätte mir auch ein gutes Programm wie die DBT nicht so viel geholfen./9,

mehrheitlich werden die (Beziehungen zu) Behandelnden dabei positiv beschrieben. Die Beziehung zu den Behandelnden beschreiben weitere Antworten.

Dabei werden sehr unterschiedliche Statements abgegeben: Neben Differenzen zwischen Therapeut_innen und Team („Viele therapeuten brauchen mehr verständnis. Das team hatte viel verständnis und konnte gut auf einen eingehen.“/47) werden in zwei Fällen die Behandelnden gelobt („Wenngut war, lag das an netten Mitarbeitern da.“/68), auf der anderen Seite wird mehrfach mangelnde Wertschätzung

Den Patienten nicht ernst zu nehmen, sein Handeln ab zu tun und sauer zu sein, wenn etwas passiert im Sinne von svv oder Dissos, dann ist es nicht hilfreich sondern zerstört mehr in dem Menschen als zuvor eh kaputt war./59

oder das Absprechen der Wahrnehmung („Ich verstand sehr früh, dass mir nicht geglaubt wird, [...] somit wurde ich gezwungen zu lügen was mir große Not macht.“/57) gefolgt von Vertrauensverlust geschildert. Der Umgang mit Grenzen und Hilfesuche der Patient_innen wird von den Teilnehmenden mehrfach näher beschrieben. Neben den beiden Fällen, in denen die flexible Anpassung an die Patient_innen gelobt wird, finden sich hier mehrere Schilderungen umdeutender Umgangsformen mit

Habe ich deutlich gemacht, dass sich eine Methode absolut nicht richtig anfühlt für mich oder mich sogar weit über meine Grenzen treibt [...] wurde mir mangelnde Krankheitseinsicht unterstellt./30

bzw. Missachtung geäußerten Grenzen, z.B.

Ohne Kameras darf nicht an der DBT teilgenommen werden. Ohne DBT keine RPK. Die Kamera filmt mit (natürlich). Keine Chance sich so hinzusetzen, dass sie nicht im Blickwinkel ist oder andere Absprachen. Ich soll mich nicht so anstellen... Einzeltherapeutin nicht erreichbar./46

oder

ein therapie Vertrag macht nur Sinn, wenn sich beide Seiten dran halten. Wir haben di[a]r[y] card geführt waren bei suizidalen Ideen bei 5 tagelang. Die thera wusste davon und machte nichts! (Was im behandlungsvertrag anders geregelt war). [...] wir haben vorher alles gemacht um Hilfe zu bekommen, die Gedanken wie besprochen mitgeteilt./45

4.2.2.7. Kritik und Sanktion

Wiederholt beziehen sich Antworten auf die Umdeutung von Kritik zu mangelnder Mitwirkungsbereitschaft

Solange Einwände/ Widerstände von Patientinnen von DBT-Therapeuten als mangelnde Veränderungsbereitschaft gedeutet und als fehlende Mitarbeit sanktioniert werden können, ist das eine Methode, die Dominanzkultur und Paternalisierung fördert [...]./22

und den Folgen für die Patient_innen:

die Therapeuten wirkten außerdem nicht offen für Rückmeldungen/Kritik/Anregungen, wodurch bestimmte Gefühlsmuster ('ich bin selber schuld') verstärkt werden./14

Was als Sanktion erlebt wird, variiert. In Einzelfällen geht es dabei um Verhaltensanalysen („VAs sollten mehr als methode und nicht als strafe angewandt werden [...]“/47), es werden aber auch Sanktionen für „Unfähigkeit im Umgang mit [Mitpatient_innen mit BPS]“/1 und Kollektivstrafen beschrieben.

Als ich meine Grenzen genannt habe [...], haben alle 'Strafaufgaben' bekommen. Als ich abgedröft bin, dann sollte ich mich wortwörtlich 'gefälligst zusammenreißen'./46

Ein mehrfach genannter Mechanismus beschreibt die Forderung, eigene Grenzen zu überschreiten, wobei das darauf folgende Verhalten der Patient_innen sanktioniert wird:

Timeout stellte massiven trigger dar was in noch mehr svv endete, als wir deshalb nach dem 3. Mal svv im timeout waren und schließlich in die Chirurgie mussten, gab's halt timeout am nächsten morgen./45

4.2.2.8. Eigeninitiative

Mehrfach wird beschrieben, wie Teilnehmende in Eigeninitiative das DBT-Konzept durchgehen oder nach Problemlösungen suchen. Bezogen auf das Konzept bedeutet das, dass die entsprechende Literatur gelesen wird („So habe ich Bücher gekauft zum Thema, damit ich verstehen kann.“/46), einzelne Anteile der DBT selbstständig erweitert werden:

Und ich habe auch selbstständig Achtsamkeitsmeditationen begonnen, das war für mich ein sehr wichtiger Baustein, der über das Angebot in der DBT noch hinausging. Im stillen Achtsam-sein konnte ich erfahren, dass ich meine Emotionen aushalten und mich selbst beruhigen, mir gut tun kann./9

oder nach alternativen Lösungsansätzen gesucht wird:

Inzwischen habe ich andere Ansätze gelesen und konnte auch herausfinden wieso wir uns schneiden und siehe da, wir haben den längsten Abstand seit jahren geschafft ohne auch nur einen einzigen dbt skills anzuwenden./45

4.2.2.9. Alternativen zur DBT

Zweimal werden begleitend zur DBT wahrgenommene Therapien (einmal KBT, einmal Schematherapie) beschrieben („Ich hatte parallel eine sehr gute KBT Therapeutin, was zusätzlich geholfen hat.“/9), einmal, dass vor der DBT schon mehrere Jahre traumaspezifische Einzel- und emotionsfokussierte Gruppentherapie stattgefunden habe. Bei den 11 Antworten, in denen andere, nachfolgende Therapien zur Sprache kommen, wird die neue Therapieform viermal näher beschrieben („bin danach mit einer humanistischen und einer psychoanalytisch orientierten Behandlung sehr viel weiter gekommen“/25), die neben dem Beispiel genannten Formen sind ACT und Schematherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie und PITT. Einmal wird erwähnt, dass die jetzige Therapie ebenfalls Anteile der DBT enthalte. In vier Fällen wird die neue Therapie mit veränderter Diagnose oder Anerkennung der alten Diagnose („Ich fühle mich verstanden, bekomme Hilfe und niemand misstraut meiner DIS.“/55) in Verbindung gebracht, insgesamt fünf Antworten unterstrichen den anderen Umgang mit Traumafolgen in der nachfolgenden Therapie:

[seitdem] könnte ich andere Erfahrungen sammeln, haben eine neue Therapeutin die toll auf die traumatisierungen eingeht ganz ohne Druck und zwang!/45

Vergleichende Bewertungen werden auch ohne direkten Bezug auf Traumafolgen vorgenommen („und anderer Therapieansätze sind hilfreicher und effektiver“⁶/40), wobei z.T. die Vorteile der anderen Therapieform näher beschrieben werden (z.B. „In meiner jetzigen Therapie fühle ich mich wesentlich ganzheitlicher gesehen.“/30).

4.2.2.10. Zusatzkategorie: Umgang mit Trauma/Dissoziation

Es gibt eine Reihe von generellen Äußerungen zur nur anteiligen oder Nicht-Eignung der DBT zur Behandlung besonders von komplexen Traumafolgestörungen. Betrachtet man gezielt diejenigen Antworten, die sich auf den Umgang mit Trauma und Dissoziation in der DBT beziehen, fallen zwei thematische Gruppen von Antworten auf: Zum einen Antworten auf, die sich auf den Umgang mit Traumafolgen (Flashbacks, auf die traumatischen Situationen bezogene Panik, Dissoziation) beziehen. Zum anderen Antworten, die auf Deutung und Kontextualisierung von Gewalterfahrungen eingehen. Bezogen auf den Umgang mit v.a. Dissoziation sei zuerst auf die Kategorie Diagnostik verwiesen: Wenn Dissoziation im Zusammenhang mit Diagnostik genannt wird, geschieht das dergestalt, dass auf die mangelnde Berücksichtigung Bezug genommen wird. Neben generellen Aussagen („Dissoziation sollte mehr beachtet werden“/19) wirken auch ausführlichere Antworten zum Umgang mit Dissoziation im Behandlungsverlauf kritisch, z.B.

Ich gehe [in der heute anderen Therapieform als DBT] nie dissoziativ aus einer Sitzung, werde aufgefangen. Das hatte ich in den zehn Jahren vorher nicht./55

Besonders im Zusammenhang mit der Nutzung von Skills werden Probleme beschrieben:

Gerade die Hochstressskills stellen für viele Innenpersonen große Trigger da, da so in der Vergangenheit auch von Tätern Dissoziationen unterbrochen wurden./8

Damit meist in Zusammenhang genannt wird der Umgang mit den Grenzen von Patient_innen durch die Behandelnden (s.o.): Das Benennen von Methoden oder bestimmten Skills als nicht geeignet/nicht möglich oder Dissoziation im Behandlungsverlauf führen in den Beschreibungen in zwei Fällen zur flexiblen Anpassung der Therapieinhalte und -methoden („Verhaltensanalysen, Spannungskurve, Time Out, Achtsamkeitstraining, so manche Hausaufgabe..fielen für mich weg.“/67). In der Mehrheit der Kommentare berichten Teilnehmende, dass benannte oder anders gezeigte Belastungsgrenzen bzw. Dissoziation zu wenig beachtet („Dissoziation wurde als Problemverhalten festgehalten, jedoch waren die Maßnahmen zur Reduktion von Dissoziation nicht ausreichend.“/48) oder umgedeutet werden (s.o.):

Habe ich deutlich gemacht, dass sich eine Methode absolut nicht richtig anfühlt für mich oder mich sogar weit über meine Grenzen treibt - Was, wie ich heute weiß, in diesen Fällen durch massive Retraumatisierungen zustande kam. - wurde mir mangelnde Krankheitseinsicht unterstellt./30

oder mit Ärger reagiert wird (s.o.).

Im Zusammenhang mit Traumainhalten wird ein ähnlicher Umgang beschrieben:

Ich möchte auf meine Grenzen hören, darf es aber nicht. Und diese Grenze ist nicht "Bequemlichkeit", sondern Schutz vor Flashbacks. Und ich habe keine Alternative zur Vermeidung, weil ich die Techniken erst in der DBT erlernen soll. Kann ich aber nicht, weil ich gegen die Flashbacks ankämpfen muss, die die Kamera und somit das Kopfkino anrichtet./46,

der für die Patient_innen nicht folgenlos bleibt: Neben drei Kommentaren, in denen der Begriff „Retraumatisierung“ oder das entsprechende Adjektiv/Adverb genannt wird, wird von Destabilisierung

⁶ Sic!

(z.B. „Nach drei Wochen DBT war ich bereits so destabilisiert, dass die Weiterführung der Therapie nur unter erheblichen Problemen möglich war.“/48) und Suizidversuchen berichtet, z.B.

Als wir aus absoluter Hilflosigkeit - die Therapeutin machte trauma Konfrontationen mit uns und auch im realen Umfeld lief es schwierig, harten extrem viele flashbacks kaum Orientierung mehr ins hier und jetzt - Tabletten nahmen [...]/45

oder

Da Traumata einfach ausgegraben wurden und ich sollte erzählen, da man eben die DIS nicht sehen wollte gab es schweres SV und und einen suizidverduch durch Anteile die völlig übersehen wurden./57

In einem Fall wird die Erwerbsunfähigkeit auf die Folgen der DBT zurückgeführt (s.o.). Im Zusammenhang mit der wahrgenommenen Sichtweise auf Gewalterfahrungen und ihre Folgen wird mehrfach das Wahrnehmen einer „Schulduweisung“ an erlebter Gewalt bzw. den Folgen beschrieben, z.B.

Th. bestritt Traumatisierung und Vorliegen von Gewalterfahrungen trotz Gerichtsurteil, gab mir die Schuld am Geschehen (Wohnort selbst ausgesucht)./1, [D]ie Art und Weise, wie [Leid] in DBT [...] dargestellt wird, ist für mich pure Opferbeschuldigung. Die Verantwortung der Täter, und auch der Gesellschaft, wird total geleugnet./7

5. Interpretation der Ergebnisse

5.1. Grenzen der Befragung

Bei der Interpretation gilt zu bedenken, dass es sich um eine, wenn auch nicht durch Laien, so doch nicht im Rahmen akademischer Forschung, sondern im Ehrenamt durchgeführte Befragung handelt. Den zeitlichen und finanziellen Mitteln, die bei der Erstellung und der Auswertung zur Verfügung standen, waren damit enge Grenzen gesetzt. Mehrfachantworten können aufgrund des Vorzugs, der der Anonymität der Teilnehmenden gegeben wurde, nicht ausgeschlossen werden. Diesem Umstand wurde bei der statistischen Auswertung durch die zufällige Reduktion der Stichprobe Rechnung getragen. Eine Repräsentativität der Stichprobe kann nicht vorausgesetzt werden, da die Eigenschaften und die Anzahl aller Personen, die im deutschsprachigen Raum bisher an DBT teilgenommen haben, unbekannt sind. In der Stichprobe nicht enthalten sind Personen, die keinen Zugang zum Online-Fragebogen hatten oder diesen aufgrund mangelnder Barrierefreiheit nicht nutzen konnten. Zudem wurde die Umfrage nur in deutscher Sprache angeboten. Die Motivation zur Beteiligung an der Umfrage könnte bei Personen, die mit der DBT unzufrieden sind, höher gewesen sein als bei denjenigen, die die Therapie positiv wahrgenommen haben. Die Antworten der offenen Felder zeigen allerdings, dass unter den Teilnehmenden ebenso Personen sind, die die DBT weiterempfehlen würden, und diejenigen, die Kritik üben, mehrheitlich nicht vereinfachend beurteilen. Stattdessen erwähnen sie neben der expliziten Aussage, für sie oder Menschen mit den gleichen Problemkonstellationen sei die DBT nicht geeignet, die Nützlichkeit von Einzelaspekten oder vermerken explizit, dass der schlechte Eindruck auch an schlechter Umsetzung gelegen haben könne.

5.2. Äußerer Rahmen

Die an der Umfrage Teilnehmenden waren zu 95 % mindestens zwei Monate in DBT, haben also mehr als nur kurzfristige Einblicke in die Therapie gewonnen. Bei den DBT-Formen, mit denen Erfahrung gemacht worden ist, handelt es sich mehrheitlich um normale DBT, der Anteil derer, die die – noch verhältnismäßig neue – DBT-PTSD kennengelernt haben, ist angesichts der Angebotslage DBT ↔ DBT-PTSD hoch. Während die Verwendung von einzelnen Elementen aus der DBT ebenso wie die Nutzung von Einzelelementen aus anderen Verhaltenstherapie-Richtlinien und -Konzepten keine

Seltenheit sein dürfte, mutet es merkwürdig an, wenn Personen angeben, erst gegen Ende ihrer Therapie über die angewandte Therapieform aufgeklärt worden zu sein.

Die Mehrheit der Befragten war mindestens einmal in stationärem Rahmen in DBT-Therapie. Stationäre Therapien bieten manche Vorteile wie z.B. höherfrequente Therapiearbeit in einem Rahmen mit fester Tagesstruktur. Stationäre Therapien können aber auch Nachteile bedeuten. Besonders letztere sind in der Befragung in den offenen Antworten genannt worden, auf einzelne (Behandlungsteam, Behandlungsmaßnahmen) wird im weiteren Verlauf noch eingegangen. An dieser Stelle sei an den Hinweis einer teilnehmenden Person verwiesen, die DBT sei eine Art Standardangebot in vielen Kliniken geworden, und an den einer weiteren Person, DBT werde als vergleichsweise kurze Zeit in Anspruch nehmendes Therapieprogramm genutzt, um Kosten einzusparen. Möglicherweise liegt in der relativen Kürze der Therapie eine Begründung dafür, weshalb 31 % der Befragten der Aussage zustimmten, die zeitlichen Abläufe seien unpassend gewesen. Eine Besonderheit stationärer Therapie ist sicherlich, dass medikamentöse Einstellungen dort, wo Patient_innen einer psychopharmakologischen Behandlung zustimmen, leichter vorgenommen werden können. Offenkundig scheint dieser prinzipielle Vorteil stationärer Therapie bei den Teilnehmenden der Umfrage nicht angekommen zu sein: Bei knapp 77 % der Teilnehmenden, die eine Medikation während der Behandlung bekommen haben, wird diese Medikation von 50 % als nicht einmal tendenziell hilfreich betrachtet, 21 % verneinen hilfreiche Wirkung der Medikation vollständig. Eine solche Verteilung der Antworten lässt fragen, aus welchen Gründen die medikamentöse Begleittherapie bei den Teilnehmenden überhaupt stattgefunden hat und warum sie nicht dahingehend angepasst worden ist, den Befragten wenigstens tendenziell zu helfen. In Betracht zu ziehen ist die Möglichkeit, dass über die Medikation nicht oder nur unzureichend aufgeklärt wurde.

5.3. Diagnostik

Die Diagnosen, unter denen an der DBT teilgenommen wurde, entsprechen in der Verteilung ungefähr den angegebenen DBT-Varianten, wobei die Teilnehmenden im Durchschnitt mehr als eine Diagnose hatten. Die Angaben im offenen Antwortfeld sind erstaunlich: Personen sind in der DBT entweder aufgrund von Depressionen oder Selbstverletzendem Verhalten behandelt worden – erstere stellen eine Diagnose dar, die keine klare Indikation für eine DBT bedeutet. Bei SVV handelt es sich dagegen lediglich um ein Symptom, dessen Behandlung nicht von den Versicherungsträgern ohne eine Diagnose übernommen würde. Den mit „SVV“ antwortenden Befragten dürfte ihre Diagnose entweder nicht bekannt sein, oder die Angemessenheit der DBT zur Behandlung ihrer psychischen Probleme könnte ihnen gegenüber so ausdrücklich mit einem Symptom begründet worden sein, dass die Nennung der formalen Diagnose ihnen in der Umfrage unpassend erschien. Beide Optionen wecken Zweifel am Umgang mit der Informationspolitik gegenüber Patient_innen. Die Diagnostik, die die Teilnehmenden erlebt haben, wirft auch an zwei anderen Punkten Fragen auf: Zum einen haben 32 % angegeben, nach der Therapie eine andere Diagnose erhalten zu haben, wobei sowohl absolut als auch relativ die Mehrzahl dieser Patient_innen zum Zeitpunkt der DBT eine BPS-Diagnose hatte. Es läge hier nahe, davon auszugehen, dass sich Symptome durch die Therapie so verändert haben, dass in Folgetherapien andere Diagnosen passender erschienen sind – dagegen sprechen allerdings die Anmerkungen, die die offenen Antworten zur diagnostischen Praxis enthalten, und die sich mit der dem Betroffenenrat im Vorfeld mitgeteilten Kritik an der Umsetzung der DBT und besonders der DBT-PTSD decken: Erstens kann es zu Fehldiagnosen kommen, wenn besonders dissoziative Symptome nicht beachtet werden, zweitens werden vorherige Diagnosen nicht auf ihre Güte hin geprüft und wahlweise negiert oder unkritisch übernommen, selbst wenn die Patient_innen Zweifel äußern, da ihnen die diagnostischen Kriterien bekannt sind (s.o.).

Zum anderen scheint es gelegentlich zu einer Negation von Diagnosen im Spektrum dissoziativer Störungen mit der Argumentation zu kommen, das zugehörige Störungsbild sei nicht existent. Diese Praxis fällt ebenso wie das gezielte Anpassen von Diagnosen im Rahmen von Therapieforschung unter ethisch verwerfliche Verhaltensweisen, die langfristige negative Folgen für die Patient_innen

nach sich ziehen können. Patient_innen wird die Selbstwahrnehmung abgesprochen, Fehlbehandlungen, die die Probleme von Patient_innen unbeachtet lassen, geben ihnen gegebenenfalls das Gefühl zu scheitern und nehmen ihnen die Motivation, sich in Zukunft andere professionelle Unterstützung zu suchen. Hier sei auch auf spätere Gelegenheiten verwiesen, zu denen Patient_innen alte diagnostische Dokumente anbringen müssen: deren Auswertung kann über Teilhabe- und Förderungschancen z.B. im Bereich beruflicher Wiedereingliederung maßgeblich mitentscheiden. Besonders unzutreffende Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen, denen nach wie vor das Stigma der Unheilbarkeit anhaftet, können negative Auswirkungen auf die Wahlfreiheit zukünftiger Berufsausbildungen haben, ebenso wirken sie sich stark z.B. auf Begutachtungen im Rahmen von Opferentschädigungs- oder Strafprozessen aus. Darüber hinaus kann von Diskriminierung gesprochen werden, wenn Eigenschaften wie die Geschlechtszugehörigkeit einer Person von Behandler_innen zu einem Problem erhoben werden.

5.4. Theorie und Praxis – das Konzept und seine Umsetzung

Das Konzept der DBT wird von den Teilnehmenden höchst unterschiedlich wahrgenommen. Von Begeisterung bis zur vollständigen Ablehnung liegen Beurteilungen vor, quantitativ stimmen 39 % der Befragten der Aussage mindestens tendenziell zu, mit dem Aufbau zufrieden zu sein, während 35 % die Aussage ablehnen. Die DBT wird als sehr strukturiert wahrgenommen. Bisweilen wird diese feste innere Struktur als hilfreich oder anteilig hilfreich (z.B. durch den transparenten Aufbau) beurteilt oder als leicht verständlich. Die Befragten nennen in der Mehrheit vor allem einzelne Elemente als hilfreich oder die DBT mit ihren Inhalten als nützlichen Anteil einer Behandlung. Die feste Struktur der DBT wird in den offenen Antworten mehrheitlich eher negativ gesehen und die DBT als unflexibel bezeichnet, gelegentlich ist von Unterforderung die Rede. Die starke Symptomorientierung ist einer der häufigsten Kritikpunkte. Auffällig ist, dass gleichzeitig die Aussage, auf die eigenen Symptome sei im richtigen Ausmaß eingegangen worden, von 49 % der Befragten abgelehnt wird, was den Schluss zulässt, das falsche Ausmaß sei wahlweise zu starke Symptomorientierung gewesen – oder (nicht zuletzt in Kombination mit den diagnostischen Schwierigkeiten und der häufigen Kritik zum Umgang mit Dissoziation in der DBT) die mehrfach genannte Anmerkung, die DBT verfehle die eigenen Probleme. Dazu passt, dass Partizipation bei der Gestaltung des Therapieablaufs von 49 % der Befragten tendenziell oder vollständig verneint wird. Die Aussage zur Partizipation an der Entscheidung über die Behandlungsziele wird dagegen nur von 36 % abgelehnt und von 48 % tendenziell oder vollständig bejaht.

Beachtenswert ist, wie viele Teilnehmer_innen bei ihrer Kritik an der DBT anmerken, dass ihre schlechten Beurteilungen auch auf mangelhafte Umsetzung eines guten Konzepts zurückgehen könnten. Angesichts der Hauptpunkte der recht eindeutig konzeptbezogenen Kritik, nämlich der starken Strukturiertheit und damit einhergehender geringer Flexibilität sowie der verhaltenstherapeutischen Fokussierung auf Symptome, sind hier gegebenenfalls auch andere Erklärungen möglich. Flexibilität oder der Mangel derselben sind dabei aber selbstverständlich von der Bereitschaft der Behandler_innen vom Grundkonzept abzuweichen abhängig: Zwei von drei Fällen, in denen Menschen mit Dissoziativer Identitätsstörung ihre Erfahrungen mit der DBT als positiv schildern, beinhalten die gezielte Anpassung der DBT an diese Patient_innen hinsichtlich der Methoden, des Verzichts auf bestimmte Instrumente (z.B. Verhaltensanalysen, Gruppensituationen) der DBT und der Therapieziele. Solche Flexibilität könnte bei der Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen als Best Practice gelten. Flexibilität ist spätestens dann notwendig, wenn Elemente eines Konzepts sich als nutzlos und frustrierend oder schädlich für Patient_innen erweisen. In der Mehrheit der Fälle scheint diese Anpassung nicht vorgenommen worden zu sein. Stattdessen scheint – wie aus den offenen Fragen bzw. Antworten hervorgeht – dort, wo Elemente sich bereits als ungeeignet erwiesen haben, weiterhin erwartet worden zu sein, dass Patient_innen sich an das Konzept anpassen. Vor dem Hintergrund, dass Personen mit individuellen biographischen Erfahrungen, Fähigkeiten und Problemen durch die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung Unterstützung suchen und selbst in stationären Kontexten Anpassungen von Behandlungen möglich sind, ist eine solche

Assimilationserwartung an Patient_innen nicht zielführend. Es stellt sich die Frage, ob die zuständigen Behandelnden in diesen Fällen bedacht haben, dass bei Psychotherapien die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Patient_innen das Ziel darstellt. Diese Verbesserung kann nicht aus Assimilationsleistungen an als von den Patient_innen unwirksam oder schädlich wahrgenommenen Anforderungen bestehen. Wenn notwendige Anpassungen aufgrund von Rahmenbedingungen etc. nicht möglich sind, wäre es professionelles Verhalten, dies zu benennen und mit den Patient_innen alternative Behandlungsmöglichkeiten zu suchen, anstatt die Patient_innen um jeden Preis in der DBT halten zu wollen.

Unter den flexiblen Anpassungen wurde u.a. der Verzicht auf Verhaltensanalysen (VA) genannt. Eine DBT ohne VA kann sich mit 26 % nur eine Minderheit der Teilnehmenden vollständig oder tendenziell vorstellen, in einigen Fällen werden sie als hilfreich erwähnt. Gleichzeitig wird mehrfach erwähnt, dass VA ihren hilfreichen Charakter dadurch verlieren, als Sanktionen oder trotz klarer Überlastung durch ihr Verfassen eingesetzt zu werden. Dieses Ergebnis deckt sich bezüglich der Überlastung mit den Ergebnissen von Meißner [Meißner 2014: 107 - 109]. Ebenso deutet die Nennung von VA als offene Antwort in einer Fragestellung, die neben Verlegung klassische Zwangsmaßnahmen als Antworten anbietet, darauf hin, dass die Verwendung – und die Pflicht zum Besprechen vor Mitarbeiter_innen oder Mitpatient_innen – von VA und die Kommunikation ihres Zwecks einer kritischen Reflexion bedarf. Wenn wichtige Bausteine der DBT als Zwangsmittel oder Strafe wahrgenommen werden, ist nicht zu erwarten, dass sie von den Patient_innen als wirksame Hilfe angewandt werden können.

Einen guten Umgang mit Krisensituationen, die in Therapien auftreten können, erlebten nur 37 % der Befragten wenigstens tendenziell, 42 % lehnten die Aussage ab, davon die Hälfte voll und ganz. Es ist davon auszugehen, dass sich ein Teil der hier Ablehnenden in den 31 % der Befragten wiederfindet, die Maßnahmen gegen ihren Willen erlebt haben. Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen ist nicht als Teil der DBT vorgesehen, da das Konzept hohe intrinsische Motivation der Patient_innen voraussetzt. Dass trotzdem ein Drittel der Teilnehmenden Maßnahmen gegen ihren Willen, davon die Hälfte medikamentöse Behandlung gegen ihren Willen und ein Fünftel Fixierungen im Rahmen der Therapie angegeben haben, wirft Fragen zur Kompetenz einzelner Behandler_innen/Teams bzw. zu angemessenen Rahmenbedingungen für eine so komplexe Behandlung auf. Eine weitere Maßnahme, die angegeben wurde, betrifft die Verwendung von Ammoniaklösung – wahrscheinlich als antidissoziativer Skill – gegen den eigenen Willen. Ammoniaklösung wirkt in Riechampullen reizend auf die Schleimhäute des oberen Atemtraktes, ist abhängig von der Konzentration bei direktem Kontakt ätzend⁷ und vermutlich, da es über die Schleimhautreizung in körperliche Abläufe von Patient_innen eingreift, in der Anwendung im weiteren Sinne mit einer Medikamentengabe wider Willen vergleichbar. Immerhin insgesamt 10 % der Umfrageteilnehmenden zählen den Aufenthalt in „Time Outs“ bzw. reizfreien Räumen oder Verlegung auf eine andere Station zu den Maßnahmen gegen ihren Willen. Der eigentliche Sinn von Time Outs besteht in einem Rückzugsraum für Personen, die ihn nach Absprache und freiwillig für eine Auszeit nutzen, nicht in einer Form der Abschottung, bei der Personen gegen ihren Willen Isolation und Reizentzug erfahren, der ebenso wie das Alleingelassenwerden in Krisensituationen, das bei der Frage nach der Form der Maßnahmen angegeben wurde, mit Sicherheit weder das Vertrauen der Patient_innen in die Behandelnden noch in die Therapie verstärkt und für schwer traumatisierte Menschen hohes Retraumatisierungspotential beinhaltet.

Die Verlegung auf andere Stationen kann ebenso wie die Zweckentfremdung von Time Outs zu Isolationsräumen Kliniken die Möglichkeit z.B. zum Freiheitsentzug bieten, wenn die DBT-Station offen geführt wird, oder zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wenn die Therapiestation diese nicht zulässt. In Fällen starker Selbstgefährdung können solche Maßnahmen ausnahmsweise sinnvoll, weil beschützend sein. Die Nennung solcher Maßnahmen gegen den eigenen Willen übersteigt allerdings ein Ausmaß, bei dem von Ausnahmen zu reden wäre. Die Herausforderung an Behandelnde besteht darin, das Konzept so umzusetzen, dass es bei Ausnahmen bleibt, über die die Patient_innen im Vor-

⁷ GHS-Gefahrstoffkennzeichnungen 05 (ätzend), 07 (Achtung) und 09 (umweltschädlich).

feld aufgeklärt worden sind. Dass die Maßnahmen noch im Nachhinein als gegen den eigenen Willen erfolgt und nur von 8 % der Betroffenen im Nachgang als hilfreich beurteilt werden, lässt annehmen, dass im Vorfeld der Therapie über die grundsätzliche Anwendung dieser Maßnahmen und den dazu führenden Bedingungen nicht ausführlich genug aufgeklärt wurde und/oder die zukünftigen Patient_innen nicht die Möglichkeit hatten, einen für sie hilfreichereren Umgang mit Krisensituationen zu vereinbaren oder die Therapie abzulehnen.

5.5. Zwischenmenschliche Aspekte

Dass der Kontakt mit Mitpatient_innen je nach Zusammensetzung der Gruppensituationen als belastend (besonders, wenn sich Personen mit hoher emotionaler Instabilität und Personen mit anderen Problemen eine Station teilen) oder als Bereicherung erlebt wird (wobei von der gemeinsamen Organisation von Protest gegenüber als ungerecht erlebten Verhaltensweisen durch die Mitarbeitenden bis zur Wertschätzung des gemeinsamen Austauschs von Erfahrungen unterschiedliche Aspekte betont werden), liegt in der Natur stationärer Aufenthalte. Allerdings ist im Sinne der Patient_innen notwendig, dass Behandler_innen Konzepte dafür haben, allen Patient_innen einen sicheren Aufenthalt zu ermöglichen.

Neben konzeptbezogenen Faktoren zur Umsetzung der DBT wurden den Teilnehmenden der Umfrage auch vom Konzept unabhängige Aussagen angeboten, die sich auf die Beziehung zu den Behandelnden beziehen. Vertrauen in und erlebte Wertschätzung ungeachtet der Symptome durch Behandelnde sind neben der Partizipation an der Auswahl der Therapieziele diejenigen Aussagen, die die häufigste mindestens tendenzielle Zustimmung mit 47 % bis 59 % erfahren. In den offenen Antworten wird mehrfach der positive Einfluss guter Einzeltherapeut_innen und/oder Stationsteams betont. Neben der bereits erwähnten Flexibilität wird hier besonders Geduld als positives Merkmal beschrieben.

Gleichzeitig wird neben dem Umstand, dass viele Teilnehmende den positiven Aussagen nicht einmal tendenziell zustimmen wollten, erschreckend häufig von mangelnder Fachkompetenz der Behandelnden im Umgang mit Traumafolgen berichtet. Zudem werden unprofessionelle Verhaltensweisen wie Abwertung von Patient_innen oder unrealistische Anforderungen durch die Behandelnden beschrieben, wie etwa, wenn Patient_innen Fähigkeiten anwenden sollen, zu deren Aneignung sie gerade erst die Therapie begonnen haben, oder wenn Patient_innen in Überforderungssituationen anstelle von Unterstützung in offensichtlicher Not nicht ernst genommen, sondern allein gelassen werden. Besonders kritisch zu sehen sind hier Abläufe, bei denen letzten Endes Maßnahmen gegen den Willen von Patient_innen deshalb erfolgen, weil Patient_innen Überforderung mit einer Situation und die Bitte um Hilfe/das Ende einer Intervention geäußert haben, jedoch nicht ernst genommen worden und in Krisensituationen geraten sind. Besonders auffällig ist dabei der mehrfach genannte Mechanismus, benannte Belastungsgrenzen von Patient_innen oder Kritik zu mangelnder Therapiebereitschaft umzudeuten oder sie kurzerhand zu übergehen.

In der DBT gelten Grundannahmen (eine Auflistung derselben nach Linehan s. z.B. bei Reicherzer 2015: 139, für die Weiterentwicklungen z.T. in erweiterter Form, vgl. Bohus 2011: 142). Davon bezieht sich ein Teil auf Annahmen zu Einstellungen und Lebenssituationen der Patient_innen. Ein Teil bezieht sich konkret auf die Therapie. Beidem gemein ist, dass „[jeder] Therapeut [...] sich mit ihnen vertraut machen und vor ihrem Hintergrund eine verpflichtende Position einnehmen [sollte].“ [Reicherzer 2015: 139]. Dabei fallen vor dem Hintergrund der von den Teilnehmenden geschilderten Erfahrungen und der Zustimmung bzw. Ablehnung der Aussagen in der Umfrage besonders drei ins Auge, die die Therapiebeziehung betreffen:

- „1. Das Hilfreichste, was ein Therapeut tun kann, ist, seinen Patienten dabei zu helfen, sich so zu verändern, dass sie ihren eigenen Zielen näherkommen
2. Klarheit, Genauigkeit und Mitgefühl sind das Wichtigste bei der Durchführung von DBT

[...]

4. Die Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens sind allgemein gültig und betreffen somit Therapeuten und Patienten gleichermaßen“

[Ebd., Hervorh. u. Nummerierung im Orig.]

Bei der Annäherung an eigene Ziele von behandelnder Seite Unterstützung zu erfahren, setzt voraus, dass die Behandelnden bereit sind, sich mit diesen Zielen auseinander zu setzen und die Patient_innen ernst zu nehmen. Mitgefühl als eine fundamentale Eigenschaft therapeutischer Beziehungen in der DBT ist etwas, das die berichteten Erlebnisse der Teilnehmenden oft vermissen lassen. Hält man sich vor Augen, welchen Stellenwert zwischenmenschliche Fertigkeiten im Konzept der DBT genießen, wird deutlich, dass in den Fällen, in denen nicht von mitfühlenden, sondern abwertenden Verhaltensweisen Behandelnder berichtet wird oder in denen Grenzen und Ziele (z.B. hinsichtlich der Definition, was behandelt werden soll) der Patient_innen nicht ernst genommen werden, Behandelnde sich nicht an die Grundannahmen ihres eigenen Therapiekonzepts halten. Auf welchem Wege die Patient_innen unter diesen Voraussetzungen einen respektvollen, wertschätzenden und mitfühlenden Umgang gegenüber anderen Menschen und sich selbst gegenüber lernen oder aufrechterhalten sollen, bleibt offen.

5.6. Umgang mit Macht und Trauma

Patient_innen befinden sich in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung in einer Rolle, in der die Behandelnden ihnen gegenüber in einer Machtposition sind. Findet die Behandlung in stationärem Rahmen statt, in dem die Patient_innen die Tage und Nächte vollständig in einer von den Behandelnden geschaffenen Situation verbringen, in der sowohl die Erfüllung von Grundbedürfnissen vorgenommen als auch Therapiearbeit und Freizeit verbracht werden, die Patient_innen sich also in einer Totalen Institution aufhalten (wobei der Kontakt nach außen im digitalen Zeitalter ggf. nicht so stark eingeschränkt ist), ist dieses Machtungleichgewicht noch einmal verstärkt [vgl. Goffman 1973]. Zum Teil scheinen Behandelnde professionell mit ihrer Position umzugehen und werden von ihren (früheren) Patient_innen für ihre Geduld, Empathie und Bereitschaft, sich den Patient_innen anzupassen, gelobt. Gerade Patient_innen mit traumatischen Gewalterfahrungen im zwischenmenschlichen Bereich sind darauf angewiesen, dass Behandelnde mit der ihnen zur Verfügung stehenden Macht verantwortungsvoll umgehen.

Kollektive Bestrafung, Willkür, Kontaktentzug durch Isolation oder Desinteresse, wenn Patient_innen um Hilfe bitten, ausbleibender Schutz vor Gewalt durch Mitpatient_innen und das Verunmöglichen von Kritik, indem diese – im Umgang mit Diagnosen – zu mangelnder Krankheitseinsicht oder zu fehlendem Commitment umgedeutet wird, sind allerdings Verhaltensweisen, die auch ungeachtet jedes im Hintergrund stehenden Therapiekonzepts und jeder Diagnose respektlos und entwürdigend sind. Bei Patient_innen mit Traumafolgestörungen kann solches Verhalten durch Behandelnde zu einer Retraumatisierung führen, wenn die einzelnen Aspekte an den früheren Machtmissbrauch an den Patient_innen erinnern und besonders, wenn Patient_innen, falls es ihnen gelingt, diese Ähnlichkeit bzw. die dadurch entstehenden Belastungsgrenzen zu benennen, persönliche Unfähigkeit suggeriert wird, anstatt dass die Benennung eigener Grenzen gewürdigt und ernst genommen wird. Die Häufung der Beschreibungen problematischer Erlebnisse spricht dagegen, dass es sich hier um isolierte Probleme einer einzelnen Klinik handelt.

Der Umgang mit vorherigen Traumatisierungen im Rahmen der Therapie wird rückblickend von der Hälfte der Umfrageteilnehmenden, die dazu eine Einschätzung vorgenommen haben, als nicht hilfreich betrachtet. Über die Hälfte konnte nicht bestimmen, in welchem Tempo und mit welcher Genauigkeit über die traumatischen Erfahrungen gesprochen wurde, annähernd die Hälfte fühlte sich nicht ernst genommen und nur ein knappes Drittel konnte den Zeitpunkt tendenziell oder ganz bestimmen, zu dem Traumatisierungen Thema in der Therapie wurden. Die Situation, über die Rahmenbedingungen und die Genauigkeit im Umgang mit einflussreichen, aber extrem sensiblen Erfah-

rungen nicht selbst oder mehrheitlich selbst bestimmen zu können, sondern sich an äußere Anforderungen anzupassen, kann destabilisierend sein. Verfrühte Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen, die destabilisierend bis zur Suizidalität gewesen ist, wird nur von einzelnen Teilnehmenden in den offenen Antworten näher beschrieben, könnte angesichts des hohen Anteils Teilnehmender, die wenig Gestaltungsmöglichkeit im Umgang mit Traumatisierungen angeben, aber häufiger vorkommen.

Es ist fraglich, weshalb angesichts solcher Erfahrungen und Einschätzungen nur eine Minderzahl der Umfrageteilnehmenden die Therapie unfreiwillig oder freiwillig vorzeitig beendet hat. Eine Antwort beschreibt, dass die betreffende Person von den Behandelnden zur Fortsetzung der Behandlung genötigt worden sei. Häufiger werden Anpassungsprozesse beschrieben, die deshalb möglich waren bzw. geschehen sind, weil traumabezogene Anpassungsmechanismen reaktiviert wurden. Zudem besteht die Möglichkeit, dass bei wiederholter Zuschreibung von Verantwortung dafür, dass die Therapie unter der Missachtung Persönlichkeitsstrukturen wie einer DIS oder von Belastungsgrenzen keine Wirksamkeit zeigt, manche Teilnehmenden versucht haben, die Erwartungen der Behandelnden über die eigenen Grenzen hinaus und gegen die eigenen Bedürfnisse doch noch zu erfüllen. Neben der direkten Zuschreibung von Verantwortung für therapeutische Misserfolge oder z.B. der Aufforderung, sich angesichts von Intrusionen „zusammenzureißen“, wird auch der Umgang mit Leidenszuständen im Zusammenhang mit Traumafolgen kritisch gesehen: Während in der DBT die Patient_innen für ihr Wohlergehen und eine Veränderung ihrer Situation zum Positiven selbst Verantwortung tragen, machen Menschen besonders mit sexualisierter Gewalterfahrung in Deutschland regelmäßig die Erfahrung, ihre Situation allen Bemühungen zum Trotz nicht oder nur unter erheblichen Schwierigkeiten zum Besseren verändern zu können, da gesellschaftliche und (sozial-)politische Strukturen gegen ihre Bemühungen wirken. Zudem tragen Menschen mit Gewalterfahrungen Verantwortung dafür, unter diesen widrigen Umständen ihr (Über-)Leben so gut wie möglich für sich zu gestalten – die Verantwortung für die Entstehung (und zum Teil die Aufrechterhaltung) der Traumafolgen muss aber klar bei den Gewalttäter_innen und deren Unterstützer_innen und nicht bei den Gewaltbetroffenen gesucht werden. Dies sollte für alle mit Traumatisierten arbeitenden Behandler_innen selbstverständlich sein und Betroffenen gegenüber auch so kommuniziert werden.

In Verbindung der geschlossenen Items mit den offenen Antworten, die sich auf den Umgang mit Traumafolgen besonders im dissoziativen Bereich beziehen, ist die Anwendung der vollen DBT und ihrer Erweiterungen in einer starren, manualisierten Art und Weise bei traumatisierten Menschen vor allem mit komplexer PTBS oder dissoziativen Störungen derzeit – mit positiven Ausnahmen – kritisch zu betrachten, wobei einzelne Elemente auch von dieser Zielgruppe als nützlich wahrgenommen werden und in anderen Verfahren adaptiert werden könnten.

5.7. Wirkung

Unter den abgefragten Items zur Wirksamkeit wird am häufigsten einem besseren Verständnis für Gefühle, Gedanken und Meinungen zugestimmt, was sich mit den offenen Antworten zum Informationsgehalt der DBT und der Nützlichkeit einzelner Elemente deckt. Ebenso einen höheren Anteil an Zustimmung denn an Ablehnung erfährt die Aussage über die Steigerung des Selbstvertrauens. Gemessen daran, wie häufig die DBT als herausfordernd und intensiv erlebt worden ist, erwächst möglicherweise ein Anteil dieses Selbstvertrauens aus dem erfolgreichen Durchlaufen der Therapie, vor allem aber könnte besonders ein besseres Verständnis für sich selbst zu einer Steigerung des Selbstvertrauens beitragen, ebenso erlernte Möglichkeiten zum Beenden prozesshafter Selbstabwertungen. In Bezug auf die Wirksamkeit im emotionalen Bereich können die positiven Ausprägungen der beiden Items als Bestätigung der von der Therapieforschung ermittelten Wirksamkeit betrachtet werden, erinnert sei hier auch an die offenen Antworten, in denen sich Optimismus ausdrückt. Im Gegensatz zu letzterer kann die Befragung die Verringerung der Symptome jedoch nicht bestätigen – während bei der klinischen Therapieforschung in kurzen Zeiträumen nach der Therapie eine Symptomreduktion überprüft wurde, wurden die Teilnehmenden der Umfrage nach ihrer Zustimmung

dazu gefragt, ob sich das Ausmaß der Symptome langfristig verringert habe. Neben einer vergleichsweise häufigen Wahl der Mittelkategorie wird die Aussage häufiger abgelehnt, als dass sie Zustimmung erfährt. Möglicherweise ist die DBT in Bezug auf Symptomreduktion vor allem in von Follow-Ups üblicherweise abgedeckten Zeiträumen wirksam.

Mit der Entdeckung der klinischen Forschung, dass die DBT in Bezug auf zwischenmenschliche Fertigkeiten nur bedingt wirksam sei, stimmen die Umfrageergebnisse nahezu überein, sie zeichnen lediglich ein deutlicheres Bild: Die deutliche Mehrheit lehnt eine Verbesserung ihrer zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit nach der DBT ab. Es wäre zu prüfen, ob der hohe Grad an Standardisierung der DBT und das damit (den offenen Antworten folgend) häufig einhergehende Gefühl, wenig bis gar nicht individuell nach einem starren Schema behandelt zu werden, die Elemente der DBT, die zwischenmenschliche Beziehungen zum Inhalt haben, auf reine Psychoedukation reduzieren. Die geringe Wirksamkeit könnte ebenfalls aus negativen oder zu wenig Spielraum bietenden Beziehungserfahrungen während der DBT oder dem Fokus auf der Eigenverantwortlichkeit der Patient_innen für ihr Wohlergehen resultieren. Angesichts der hohen Standardisierung der DBT und der mehrfach genannten Kritik, die Anwendung von Skills stelle die Antwort auf nahezu alle sich ergebenden Probleme dar, ist wenig überraschend, dass die Aussage, nach der DBT könnten besser eigene Entscheidungen getroffen werden, ebenso wie die Frage nach verbesserter Eigenverantwortung mehrheitlich Ablehnung erfährt. Es stellt sich die Frage, wie (abgesehen vom verbesserten Verständnis für sich selbst) angesichts der berichteten starken Fokussierung auf Skills die Übernahme von Eigenverantwortung während der Therapie gestärkt werden soll, während die Erwartung an Patient_innen hinsichtlich der Übernahme von Eigenverantwortung Ausdruck in den Grundsätzen der DBT findet. Dabei stellt sich diese Frage nur, wenn Eigenverantwortung nicht ausschließlich mit dem Verzicht auf schädliche Verhaltensweisen gleichgesetzt wird.

Insgesamt beurteilen die Teilnehmenden die Wirkung der DBT im Vergleich mit ihren Erwartungen zu Beginn der Therapie eher schlecht, für mehr als die Hälfte wurden anfängliche Erwartungen überhaupt nicht (ein Drittel) oder tendenziell nicht erfüllt, eine vollständige oder anteilige Erfüllung der anfänglichen Erwartungen wird von beinahe einem Viertel angegeben. In Verbindung mit den offenen Antworten und der dort geäußerten Kritikpunkte lässt sich der Schluss ziehen, dass die Teilnehmenden, deren Erwartungen enttäuscht worden sind, nicht ausreichend über Inhalte und Schwerpunkte der DBT in ihrer jeweiligen Anwendungsform am Behandlungsort informiert worden sind. Ebenso gut – wenngleich nicht zu hoffen, da es sich mehr oder weniger um Täuschung handeln würde – wäre möglich, dass den Teilnehmenden nicht zutreffende Informationen über die Spannbreite der Inhalte, die Umsetzung im jeweiligen Kontext und die Eignung für die Behandlung bestimmter Probleme gegeben worden sind, die notgedrungen zu Enttäuschungen geführt haben. Dies wäre z.B. der Fall, wenn eine Klinik damit würde, auch starke Dissoziation zu behandeln, den Patient_innen aber eine bereits vorliegende Diagnose aus dem dissoziativen Spektrum abspricht und auf Dissoziation während der Behandlung mit regelhafter Nichtbeachtung reagiert. Sicher zu schlussfolgern ist, dass Therapieinteressierte im Vorfeld besser über Möglichkeiten, vor allem aber auch Grenzen des jeweiligen DBT-Angebotes informiert werden müssen. Eingeschlossen sind dabei Informationen über den Umgang mit Krisensituationen und die Nicht-Anerkennung von Diagnosen. Diese Informationen weiterzugeben liegt sowohl in der Verantwortung als auch – letzten Endes – im Interesse der jeweiligen Therapieanbieter_innen, um Misserfolge und Enttäuschungen bezüglich des eigenen Angebotes zu vermeiden.

Zum Umfang der mit der DBT behandelbaren Probleme lehnen 70 % der Teilnehmenden die Aussage ab, die DBT sei zur Behandlung der vollständigen Bandbreite für sie geeignet (wobei die vollständige Ablehnung der Aussage von 50 % gewählt wird und sie damit die stärksten abgelehnte Aussage der ganzen Umfrage ist). Der DBT wird sowohl in den vorangegangenen Items zu einzelnen Aspekten als auch in den offenen Antworten vielfach anteilige Wirksamkeit bei guter Umsetzung des Konzepts bescheinigt. Teilnehmende erleben sie als teilweise hilfreich, wobei sich der erlebte Nutzen mehrheitlich auf „Handwerkszeug“ in Form von Skills bezieht, gelegentlich auch auf kurzfristige Stabilisie-

rung oder die Verringerung von SVV. Dieser teilweise Nutzen der DBT ist hoch zu schätzen und über die Anwendung der betreffenden Elemente in anderen Therapieformen nachzudenken.

Gleichzeitig muss bedacht werden, dass dieser anteilige Nutzen für die Patient_innen mehrheitlich nicht ausreichend und teilweise durch die begleitenden Behandlungsumstände oder nicht vorhandene Probleme, auf deren Behandlung sich Maßnahmen beziehen, nicht gegeben ist. Es ist also dringend dafür Sorge zu tragen, dass trotz der zunehmenden Erweiterung der DBT auf unterschiedliche Problematiken hin flächendeckend ausreichend Behandlungsalternativen auch im stationären Rahmen zur Verfügung stehen und andere (auch: nicht verhaltenstherapeutisch orientierte) Verfahren (weiter-)entwickelt und evaluiert werden.

Vor dem Hintergrund der von den Teilnehmenden geschilderten Erfahrungen hinsichtlich der Anwendung von Maßnahmen gegen den eigenen Willen, inklusive klassischer Freiheitsbeschränkung, der Ausübung von Zwang, der Missachtung von Grenzen, dem oftmals absolut unzureichenden Umgang mit Traumatisierungen und dem häufig geäußerten Eindruck, sich einem unflexiblen, starren Schema anpassen zu müssen, bleibt zu unterstreichen, dass Therapiekonzepte allenfalls so wirksam sein können wie die Personen professionell sind, die sie umsetzen sollen. Angesichts mancher geschilderter Wirkungen von DBT-Therapien auf die Teilnehmenden (z.B. Retraumatisierungen, Suizidversuche, Berufsunfähigkeit, anhaltendes Misstrauen gegenüber therapeutischer Unterstützung) muss die Frage gestellt werden, was verhindert, dass Patient_innen (entsprechend den Berichten) vor allem in stationären Kontexten die Möglichkeit haben, sich über entwürdigende und/oder destabilisierende Maßnahmen zu beschweren und die Therapie abzubrechen, ehe sie zu ernsthaften Folgeschäden führt. Hier muss auf die Schilderungen aus den offenen Antworten zurückgegriffen werden:

Bei der Ausübung von Druck, die Therapie durchzuhalten, der Zuweisung von Verantwortung durch die Behandelnden für die Schäden, die die Patient_innen aufgrund bestimmten Verhaltensweisen der Behandelnden tragen, und nicht zuletzt der bereits gelernten Anpassung an Gewaltsituationen kann ein Beenden der Therapie – bzw. ein Beenden ohne den Umweg eines Suizidversuchs – schwer bis unmöglich sein.

Beschwerden sind Menschen am ehesten dann möglich, wenn sie sich nicht in Abhängigkeitssituationen befinden. Menschen in stationärer psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung befinden sich je nach Klinik in einer Abhängigkeitssituation par excellence, die unter Umständen auch nach der Entlassung nicht endet, wenn die ehemaligen Patient_innen im Einzugsgebiet der betreffenden Klinik leben und nicht sicher sein können, ob Beschwerden ihnen nicht bei einem zukünftigen unfreiwilligen Aufenthalt im Haus zur Last gelegt werden könnten. Ebenso können sie aufgrund des Labels einer psychischen Erkrankung nicht darauf vertrauen, dass ihren Beschwerden überhaupt Rechnung getragen wird. Was deutlich wird, ist, dass Kliniken, die DBT anbieten, ein gut nutzbares Beschwerde- und Fehlermanagement brauchen [zu notwendigen Elementen vgl. Fegert 2010: 123 - 175]. Es mag sein, dass ökonomische Rahmenbedingungen DBT- wie auch anderen Stationen Sparzwänge auferlegen, die zu einer qualitativen Verschlechterung von Angeboten führen. Unprofessionelles Verhalten und mangelnde Bereitschaft zur Anpassung von Verfahren an die Bedarfe von Patient_innen sind aber eher eine Frage der Haltung von Behandelnden, wenn diese Anpassungen keinen unmäßigen Aufwand, sondern lediglich den Respekt vor den Grenzen der Patient_innen fordern.

6. Fazit

Es wird immer nur über Soforterfolge gesprochen. Die was Suizidalität und Selbstverletzungen angehen auch enorm gut ist. Aber über Langzeitwirkung wird nie gesprochen./12

Es erweist sich als dringend notwendig, über die Langzeitwirkung der DBT zu sprechen: Zum einen weisen die Ergebnisse der Umfrage auf eine eingeschränkte Wirksamkeit der DBT hin, was eine unabhängige (nicht durch Vertreter_innen der DBT durchgeführte) wissenschaftliche Evaluation zur Langzeitwirkung in größerem Maßstab und mit ausreichenden zeitlichen und finanziellen Mitteln

erforderlich macht. Eine solche Evaluation wäre nicht zuletzt im Interesse der Leistungsträger, denen infolge von langfristig wenig oder unwirksamen Behandlungen Kosten entstehen. Da die genannten Probleme bei und Kritikpunkte an der DBT häufig von unterschiedlichen Teilnehmenden der Umfrage wiederholt werden, ist davon auszugehen, dass es sich bei ihnen nicht um singuläre, sondern um flächendeckend auftretende Probleme handelt, die teilweise im Konzept oder einer vermittelten Nachrangigkeit bestimmter Konzeptinhalte wie der wertschätzenden Haltung von Behandler_innen begründet sein dürften. Damit wird zum anderen deutlich, dass eine Homogenisierung besonders stationärer Therapieangebote unbedingt zu vermeiden ist: die DBT scheint für bestimmte Personengruppen wie emotional instabile Menschen, die keine starken PTBS-spezifischen Schwierigkeiten haben, ausgesprochen hilfreich zu sein, eignet sich aber auch beim Versuch einer Anpassung an bestimmte Störungsbilder für viele Patient_innen nur eingeschränkt oder ohne sehr flexible Gestaltung gar nicht.

Ebenso deutlich wird, dass auf Wirksamkeitsforschung grundsätzlich unabhängige Befragungen zur Nutzungszufriedenheit folgen müssen: Die genannten Kritikpunkte der Umfrageteilnehmenden finden sich mit wenigen Ausnahmen wie der Wahrnehmung von Verhaltensanalysen als Sanktion nicht in den einschlägigen Forschungsberichten wieder. Das ist wenig verwunderlich (spätestens angesichts der berichteten Anpassung von Diagnosen zu Forschungszwecken), wirkt letzten Endes aber einer tatsächlichen Verbesserung der therapeutischen Angebotslandschaft im Sinne der Patient_innen entgegen. Es wäre ebenso im Sinne der die DBT in Deutschland vertretenden Gesellschaften, offen gegenüber der Kritik ehemaliger Patient_innen zu sein, um das vertretene Therapiekonzept nicht an den Bedarfen zukünftiger Patient_innen vorbei weiter zu entwickeln, was der Umfrage nach mindestens anteilig bei der DBT-PTSD geschehen zu sein scheint.

Es sei außerdem darauf hingewiesen, dass die Ausbildung für DBT anbietende Therapeut_innen und Stationsteams nicht nur der Vermittlung von Techniken, sondern definitiv auch der Haltungsarbeit zum respektvollen Umgang mit Menschen bedarf. Der Umgang mit den Patient_innen variiert stark. Neben wertschätzendem, kreativem und unterstützendem Verhalten der Behandelnden kommen leider derart häufig Erfahrungen zur Sprache, die sich auf ausbleibende Anerkennung der Patient_innen als Individuen durch unterlassene Anpassung des Konzept oder auf erlebte Sanktionssysteme beziehen, oder in denen die Missachtung eigener Belastungsgrenzen von Patient_innen gefordert wird, dass sich unweigerlich die Frage stellt, wie bessere Grundkenntnisse bei Behandelnden a) zu Traumafolgen und b) zu Machtstrukturen und Gestaltungsmöglichkeiten besonders in direktiven Therapiekonzepten erreicht und eine professionelle Positionierung gegenüber unprofessionellen Verhaltensweisen zum Standard werden können. Die DBT bietet grundsätzlich über die Grundannahmen ausreichend Anlass, sich als Behandler_in mit dem eigenen Umgang mit Patient_innen und Kolleg_innen zu befassen. Wenn DBT-Anbieter_innen nicht in der Lage sind, ihren eigenen Grundannahmen gemäß mit Patient_innen (und Kolleg_innen) umzugehen, kann keine gute Therapie stattfinden.

Ursprünglich ist die Befragung als ein unabhängiger erster Überblick zur Wirksamkeit der DBT im Erleben ehemaliger Patient_innen im deutschsprachigen Raum geplant gewesen. Die Chance, jenseits der begrenzten Abfrage einzelner Partizipations-, traumabezogener und Wirksamkeitsaspekte auch die vielen positiven oder negativen Erfahrungen und daraus resultierender Folgen für die Leben der Befragten zu erfassen, ist der großen Bereitschaft der Umfrageteilnehmenden geschuldet, aus eigenem Antrieb die freien Antwortbereiche der Umfrage zu nutzen. An diese Stelle möchten wir uns herzlich bei allen bedanken, die durch das Testen der Umfrage im Vorfeld oder ihre Teilnahme und ihre Bereitschaft dazu, offen von guter Praxis oder Missständen zu berichten, geholfen haben.

7. Literatur

- von Auer, A. K./Bohus, M. [Hrsg.] 2017: *Interaktives Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A). Das Therapeutenmanual*, Schattauer, Stuttgart.
- Bohus, M./Dyer, A. S./Priebe, K./Krüger, A./Steil, R. 2011: *Dialektisch Behaviorale Therapie für Posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD)*, in: *Psychother. Psych. Med.* 2011, Bd. 61, 140 – 147.
- Burmester, K./Höschel, K./von Auer, A. K./Reiske, S./Schweiger, U./Sipos, V./Philipsen, A./Priebe, K./Bohus, M. 2014: *Dialektisch Behaviorale Therapie – Weiterentwicklungen und empirische Evidenz*, in: *Psychiatr. Praxis* 2014, Bd. 41, 242 – 249.
- Fangerau, H./Fegert, J. M./Ziegenhain, U. 2010: *Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*, Juventa, Weinheim [u.a.].
- Fegert, J. M. 2010: *Erfahrungswissen aus anderen Disziplinen*, in: Fangerau, H./Fegert, J. M./Ziegenhain, U. 2010: *Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*, Juventa, Weinheim [u.a.], 123 – 175.
- Friedrich, J. 2012: *Interviews nach Abbruch ambulanter Dialektisch-Behavioraler Therapie*, *Verhaltenstherapie u. Psychosoz. Praxis* 2012, Bd. 44-3, 537 – 553.
- Goffman, E. 1973: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Kliem, S./Kröger, C./Kossfelder, J. 2010: *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. A meta-analysis using mixed-effects modeling*, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010, Bd. 78, 936-951.
- Linehan, M. M. 2008: *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*, korr. Neuaufl., CIP-Medien, München.
- Meißner, J./Bischkopf, J./Stiglmayr./C., Fydrich/T., Renneberg, B. 2016: *Wie erleben Klientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung ihre ambulante dialektisch-behaviorale Therapie?*, in: *Verhaltenstherapie u. Psychosoz. Praxis* 2016, Bd. 48-1, 67 – 81.
- Meißner, J. 2014: *Differenzielle Wirkung und Wirkungsweise dialektisch-behavioral orientierter Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Patientenperspektive. Eine naturalistische, multimethodale Untersuchung*, Dissertation, Mathematisch-Naturwissenschaftl. Fak. II, Humboldt-Universität zu Berlin, zuletzt abgerufen 30.06.2017 unter: <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/17761>
- Reicherzer, M. 2015: *Die therapeutische Beziehung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)*, in: *Psychotherapie* 2015, Bd. 20-2, 117 - 145.