



Lammers

Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung

Techniken der Verhaltenstherapie



E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

3 Techniken der Gesprächsführung

Die therapeutischen Gesprächstechniken müssen als Fertigkeiten zur praktischen Realisierung der therapeutischen Beziehung verstanden werden. Zusammenfassend handelt es sich hierbei um die *interpersonellen Kompetenzen* einer Therapeutin. Zu diesen gehören im Wesentlichen die Fähigkeiten, andere Menschen wahrzunehmen, zu verstehen, mit ihnen zu kommunizieren und ihnen bei der Entwicklung von Lösungen und der Reduktion dysfunktionaler Verhaltensweisen zu helfen (Anderson et al., 2009). Diese interpersonellen Kompetenzen sind insbesondere entscheidend für die Beziehungsgestaltung in schwierigen Therapiesituationen und in der Zusammenarbeit mit schwierigen Patienten (Schöttke et al., 2015).

Funktionale Beziehungsgestaltung. Vorweg sei auf die Problematik der Vielfalt und teilweise auch Widersprüchlichkeit der verschiedenen Strategien der Gesprächsführung hingewiesen. Insbesondere junge Therapeutinnen sind häufig zu Recht verunsichert, ob sie in einem gegebenen Augenblick der Therapie z. B. eher präzise nachfragen, empathisch konfrontieren, validieren, zusammenfassen, aktiv zuhören, anleiten oder lenken sollen. Die Antwort auf diese Frage ist nicht in diesem Buch zu finden, denn wie Hoyer und Wittchen (2011) zu Recht feststellen, fehlt in der Verhaltenstherapie eine aus dem psychologischen Grundlagenwissen ableitbare, mehr oder weniger geschlossene und etablierte Theorie der Gesprächsführung. Diese kann es auch deswegen nicht geben, da verschiedene Patienten bzw. der gleiche Patient in verschiedenen Situationen von verschiedenen Gesprächstechniken und Beziehungsangeboten profitieren. Die Frage, welche Technik der Gesprächsführung wann und mit welchem Patienten gewählt werden sollte, kann demnach nur vor dem Hintergrund der Persönlichkeit und Problematik des Patienten, der jeweiligen Therapiesituation, dem konkreten interaktionellen Verhalten des Patienten etc. beantwortet werden. Somit können verschiedene Techniken bei einem Patienten zu einem gegebenen Zeitpunkt, je nach dem Kontext und der Zielrichtung, richtig und hilfreich sein, genauso, wie sie wiederum auch unpassend oder sogar falsch sein können. Mithilfe dieser Gesprächstechniken sollen die drei Charakteristika der therapeutischen Arbeitsbeziehung nach Bordin (Übereinstimmung in Zielen und Techniken sowie ein affektives Bündnis; Bordin 1979) bestmöglich realisiert werden, wie das nächste Fallbeispiel exemplarisch zeigen soll.

Fallbeispiel

Es handelt sich um einen 28-jährigen Patienten mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Sein Therapieziel ist es, endlich eine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können (Übereinstimmung in Zielen). Dieses Ziel hat er bislang nicht erreicht, da er entsprechende Versuche wegen Konflikten mit seinen

Kollegen abgebrochen hat. Zu Beginn der Therapie exploriert die Therapeutin typische Konfliktsituationen, in welchen der Patient sein Problemverhalten in Form eines sozialen Rückzugs zeigt (Technik des aktiven Zuhörens, empathisch-validierende Haltung). Da der Patient ein großes Bedürfnis danach hat, die Ursachen für seine Selbstunsicherheit zu verstehen, werden mehrere Stunden der biografischen Arbeit gewidmet (Übereinstimmung in Techniken, kooperatives Vorgehen). Grundlegend war sein Aufwachsen ohne Vater und eine überforderte Mutter, die zum Zeitpunkt seiner Geburt erst 17 Jahre alt war.

Die biografische Arbeit leitet über in eine Schemaanalyse für sein Problemverhalten, das geprägt ist von der Vermeidung von Scham- und Schuldgefühlen bei interaktionellen Konflikten oder Kritik (u. a. empathisch-validierende Gesprächsführung). Es werden diesbezügliche dysfunktionale automatische und konditionale Gedanken identifiziert (geleitetes Entdecken) und korrigierend an diesen und den dazugehörigen Grundannahmen gearbeitet (u. a. sokratischer Dialog im Sinne der empirischen und funktionalen Disputation). Um dem Patienten die Möglichkeit der direkten Regulation seiner Scham- und Schuldgefühle zu ermöglichen, werden ihm u. a. emotionsregulatorische Techniken vermittelt (emotionsfokussierte Gesprächsführung).

Als er für konkrete Schritte bzgl. seines Therapieziels eine ausreichende Stabilität erreicht, wird vereinbart, dass er bis zur nächsten Stunde drei Firmen anruft, um sich nach Praktika zu erkundigen. Diese Aufgabe führt er jedoch nicht durch und berichtet auf Nachfrage, dass er sich vor einer Ablehnung gefürchtet habe. Deswegen wird die Situation der Anfrage in einem Rollenspiel trainiert, was dem Patienten zunächst schwer fällt (aktives, anleitendes Vorgehen). Als er auch zur nächsten Stunde bei den Firmen nicht angerufen hat, problematisiert die Therapeutin dieses Vermeidungsverhalten vor dem Hintergrund der Ziele des Patienten (empathische Konfrontation). Er wird noch einmal an seine vielfältigen Kompetenzen erinnert, welche den Erfolg einer Praktikumsanfrage für ihn wahrscheinlich machen (ressourcenorientiertes Vorgehen).

Infolge führt er die Telefonate durch und erhält den gewünschten Praktikumsplatz. Dieses Engagement wird von der Therapeutin durch deren sichtbare Freude und Lob verstärkt (Verstärkerfunktion der Therapeutin).

Praktischer Hinweis

Neben dem Weiterbildungscurriculum gibt es zahlreiche praktische Möglichkeiten, neue Verhaltensweisen zur Beziehungsgestaltung zu erlernen und diese weiterzuentwickeln. Dazu gehören u. a. folgende Strategien:

- Die Therapeutin schaut sich Videosequenzen ihrer Therapiesitzung an, mit denen sie zufrieden war, und solche, mit denen sie eher unzufrieden war. Dabei beobachtet sie ihr Verhalten und versucht einerseits ihre therapeutische Beziehungsgestaltung bzw. Gesprächsführung zu erfassen (z. B. wie warm klingt die

Stimme, wie wirkt die Sitzhaltung, wie reagiert der Patient auf sie etc.). Andererseits erfasst sie mit Hilfe einer Strichliste das Ausmaß von wichtigen Verhaltensweisen (z. B. wie häufig sie mit dem Kopf genickt oder wie häufig sie eine positive Äußerung gemacht hat).

- ▶ Vor einer Sitzung kann sich die Therapeutin vornehmen, in dieser Stunde eine bislang vernachlässigte Technik der Gesprächsführung bewusst anzuwenden.
- ▶ Supervisionen sollten grundsätzlich videotextet sein, damit das konkrete Beziehungsverhalten evaluiert und bearbeitet werden kann.
- ▶ In Supervisionen sollten häufig Rollenspiele stattfinden, um konkrete Techniken der Gesprächsführung zu erarbeiten.
- ▶ Das Lernen am Modell ist grundsätzlich hilfreicher als das Lernen aus Büchern. Deswegen sollten Lehrtherapeutinnen in Workshops etc. so häufig wie möglich in Rollenspielen oder durch eigene Videos Gesprächstechniken und Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung demonstrieren.

3.1 Grundsätzliche Aspekte der Gesprächsführung

3.1.1 Struktur der Therapiestunde

Eine verhaltenstherapeutische Therapiestunde hat eine klare und verlässliche Struktur, die einen sinnvollen Aufbau und die Durchführung der Therapie unterstützt. Außerdem stellt eine solche Struktur für den Patienten eine verlässliche Orientierung im therapeutischen Prozess dar, denn sie gibt ihm u. a. Antwort auf die folgenden Fragen:

- ▶ »Welches Ziel hat die heutige Stunde?«
- ▶ »Mit welchen Techniken soll dieses Ziel verfolgt werden?«
- ▶ »Was wird von mir erwartet?«
- ▶ »Welche Erfolge habe ich bereits erzielt?«

Durch die Strukturierung der Therapiestunde wird außerdem immer wieder ein wichtiger Aspekt der Verhaltenstherapie vermittelt, nämlich die Bearbeitung von Problemen durch ein zielorientiertes und strukturiertes Vorgehen.

Die Struktur einer Therapiesitzung kann beispielhaft wie folgt aussehen:

- (1) **Begrüßung, Frage nach besonderen Vorkommnissen:** »Wie geht es Ihnen? Gibt es irgendetwas Besonderes, was wir vorab besprechen sollten?« Die Eingangsfrage »Wie geht es Ihnen?« klingt banal, aber sie wird von vielen Patienten erwartet, gibt ihnen Raum zur Darstellung ihrer Befindlichkeit, und drückt die Fürsorge und das Interesse der Therapeutin aus.
- (2) **Frage nach Aufgabe und Erfolgen:** »Wollen Sie mir von der Durchführung Ihrer Aufgabe berichten?«, »Was ist Ihnen in der letzten Woche gut gelungen?«, »Wo gab es Hürden?«
- (3) **Festlegung des Ziels und der Gestaltung der Therapiestunde:** »Worum soll es in der heutigen Stunde gehen?«, »Was wäre der nächste Schritt, wenn wir uns die Inhalte

der letzten Therapiestunde noch einmal vergegenwärtigen?«, »Wie wollen wir dieses Ziel heute verfolgen?«

- (4) **Durchführung der Interventionen**
- (5) **Zusammenfassung der Stunde und Feedback:** »Wie haben Sie die Stunde heute erlebt?«, »Haben Sie den Eindruck, dass wir auf dem richtigen Weg sind?«, »Fühlen Sie sich von mir verstanden?«, »Sie haben sich heute Ihren Schamgefühlen gestellt und an denen wirklich ausgezeichnet gearbeitet!«
- (6) **Absprache von Aufgaben**

3.1.2 Flipchart

Die Verwendung des Flipcharts ist ein wichtiges Mittel in der Verhaltenstherapie, mithilfe dessen Inhalte der Therapie veranschaulicht, an ihnen gearbeitet, wichtige Ergebnisse bzw. Punkte festgehalten und dem Patienten mit nach Hause gegeben werden können. Sie ist auch Teil der therapeutischen Beziehungsgestaltung, da das Problem des Patienten durch den Gebrauch des Flipcharts kognitiv externalisiert wird, also aus der Person des Patienten heraus verlagert wird. Der Patient »ist« nicht das Problem, sondern er »hat« ein Problem. Somit wird durch das Flipchart symbolisch aus der dyadischen Therapeutin-Patient-Beziehung eine triadische Therapeutin-Patient-Problem-Beziehung gemacht (Laireiter, 1995). Therapeutin und Patient können sich praktisch und symbolisch gegen das Problem verbünden und gemeinsam mit geeigneten Techniken und Strategien bearbeiten (»Wenn Sie sich einmal den Angstkreislauf anschauen, den wir am Flipchart erarbeitet haben, haben Sie eine Idee, wie Sie an Ihrer Angst am besten arbeiten könnten?«).

Wichtig ist, dass die Therapeutin nicht längere Zeit am Flipchart steht und damit konstant auf den Patienten herabschaut. Das erinnert viele Patienten an unangenehme Schulsituationen bzw. gibt ihnen das Gefühl, von einer allwissenden Therapeutin behandelt zu werden. Entweder setzt sich diese immer mal wieder hin oder bittet den Patienten, sich an das Flipchart zu stellen.

3.1.3 Gesprächsverhalten der Therapeutin

Das verbale und nonverbale Gesprächsverhalten der Therapeutin hat einen entscheidenden Einfluss darauf, ob der Patient sie als vertrauenswürdig, kompetent und sympathisch erlebt. Im Folgenden seien einige zentrale Aspekte dieses Verhaltens aufgezeigt (Merten, 2001).

Nonverbale Signale

- eine aufrechte Körperhaltung der Therapeutin (signalisiert Interesse und Engagement)
- offene Armhaltung und wenig Beinbewegung

- ▶ ein hohes Maß an posturaler Kongruenz mit dem Patienten, d.h., die Therapeutin spiegelt dessen Sitzverhalten
- ▶ Blickkontakt und Gesten während des Sprechens
- ▶ Äußerung von Aufmerksamkeit und Interesse (z.B. durch Kopfnicken oder Lächeln)

Sprachgebrauch

Die Wortwahl der Therapeutin, die Länge und Komplexität ihrer Sätze tragen viel zu einer gelungenen Kommunikation bei. Das folgende Beispiel mag einen Eindruck geben, wie befremdlich und irritierend eine therapeutische Fachsprache sein kann:

»Ihre Angsterkrankung, genauer gesagt Ihre Panikattacken mit der agoraphobischen Symptomatik, zeigt sich symptomatisch nur noch selten, da Sie mit Ihrem Vermeidungsverhalten den auslösenden Stimuli erfolgreich ausweichen. Dieses Verhalten trägt jedoch wesentlich zur Aufrechterhaltung ihres Problems bei, da Sie hierunter keine korrigierenden Erfahrungen machen können. Die negativen Konsequenzen bzw. Kosten dieses Vermeidungsverhaltens, in Form von Verstärkerverlust und Einsamkeit, sind aber mit der Zeit zu hoch geworden, sodass Sie sich zunehmend mit einer depressiven Stimmungslage konfrontiert sehen.«

Da die Kommunikation mit dem Patienten durch solche Sätze beträchtlich erschwert wird, sollte die Therapeutin sich in Form einer einfachen, anschaulichen und fremdwörterarmen Sprache auszudrücken wissen. So ließe sich der wesentliche Inhalt des obigen Beispiels vereinfacht so ausdrücken:

»Sie stecken wirklich in der Zwickmühle: Gehen Sie vor die Tür, dann kommt wieder die Angst. Bleiben Sie jedoch zu Hause, ist die Angst geringer, aber dann fühlen Sie sich traurig und einsam«

Praktischer Hinweis

Es ist davon auszugehen, dass viele Patienten Wörter wie »Diagnostik«, »Intervention«, »Prognose«, Struktur«, »Schema« oder auch »Symptom« nicht verstehen.

Im Sinne des ressourcenorientierten Vorgehens versucht die Therapeutin bereits in den ersten Gesprächen sich auf die Wortwahl und Ausdrucksformen des Patienten aktiv einzustellen, indem sie wiederkehrende Begriffe und Metaphern in ihr Vokabular übernimmt.

Fallbeispiel

Ein depressiver Patient berichtet von Leistungseinbußen und wie sehr er darunter leidet.

P: »Ich war eigentlich immer ein Macher, der die Zügel in der Hand hatte.«

T: »Bislang haben Sie Ihr Leben also gut im Griff gehabt.«

P: »Ja, ich habe immer auf einem hohen Level performt.«

T: »Und das Gefühl, nicht mehr so gut performen zu können, ist quälend.«
P: »Ja, ich bin echt tief gesunken.«
T: »Ja, Sie konnten Ihr hohes Level nicht mehr halten und wahrscheinlich haben das andere Menschen in Ihrer Umgebung auch bemerkt?«
P: »Ja, klar. Ich bekomme ja nur noch mitleidige Blicke.«
T: »Das ist für jemanden, der früher der Macher gewesen ist, besonders verunsichernd, wenn er nicht mehr die Zügel in der Hand hat und andere Menschen das mitbekommen.«
P: »Ja, ich fühle mich wirklich wertlos.«

Es ist jedoch therapeutisch sinnvoll, aus den oftmals unscharfen und metaphorischen Beschreibungen und Begriffen des Patienten im Laufe der Therapie differenzierte Begriffe zu entwickeln, welche nicht nur eine genauere Analyse, sondern auch eine fokussierte therapeutische Arbeit an seiner Problematik ermöglichen. Zu solchen unscharfen Begriffen gehören z. B. »Hölle« für Angstattacken oder »Ich bin doch der Trottel der Kompanie« für Schamgefühle. Häufig trägt die begriffliche Präzisierung der Beschwerden alleine schon dazu bei, dass der Patient sich von diesen kognitiv distanzieren kann und Erleichterung erlebt.

Gesprächsstil

Der therapeutische Gesprächsstil der Therapeutin sollte verständnisvoll, ruhig, warmherzig, positiv und interessiert sein. Sie stellt mehr Fragen, als dass sie erklärt, verbalisiert die Probleme des Patienten und lässt ihm ausreichend Zeit zum Nachdenken, zum inneren Erleben und zur inneren Exploration.

Praktischer Hinweis

Ein zu großer Rededrang ist ein häufiges Problem von Therapeutinnen, welches nicht zuletzt auf Ungeduld und der Auffassung beruht, dass der Patient mit zunehmender Menge an Information immer mehr von der Therapie profitiert. Ob eine Therapeutin selbst dazu neigt, kann sie z. B. sehr einfach dadurch überprüfen, dass sie auf ihren Therapievideos wahllos verschiedene Zeitpunkte der Therapie anklickt. Hört sie dabei überwiegend sich selbst reden und weniger den Patienten, dann kann dies ein Hinweis darauf sein, dass sie zu viel geredet hat. Sie kann sich dann die Frage stellen, warum ihr Redeanteil so hoch ist: Hat sie das Gefühl, dem Patienten etwas bieten zu müssen? Hält sie Pausen schlecht aus? Vermeidet sie das Erleben von Gefühlen? Oder gibt es andere Gründe?

Eine gute Regel für ein angemessenes Gesprächstempo bzw. eine angemessene Informationsfülle ist für die Therapeutin die Vorstellung, sie würde mit einem fremdsprachigen Patienten über einen Dolmetscher sprechen. Unter solchen Bedingungen müsste sie nämlich immer wieder nach zwei, drei Sätzen eine Pause machen, da sonst der Dolmetscher mit der Übersetzung nicht hinterherkäme.

Die Beeinflussung des Gesprächsverhaltens des Patienten kann exemplarisch durch den Gegensatz von offenen und geschlossenen Fragen verdeutlicht werden. Bei geschlossenen Fragen sind die Antwortmöglichkeiten entweder durch die dichotome Antwortmöglichkeit »Ja« oder »Nein« oder durch die Vorgabe einer Auswahl an Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Geschlossene Fragen dienen der Informationsgewinnung, wie sie z. B. zu Beginn der Therapie bei der Anamneseerhebung notwendig sind. Sie befördern aber eine passive Haltung beim Patienten. Bei offenen Fragen, welche auch als W-Fragen bezeichnet werden (Wie ...? Wann ...? Warum ...? Womit ...? Wodurch ...? Was ...?) hingegen wird keine Antwortmöglichkeit vorgegeben, sodass der Patient eigene Gedanken entwickeln muss. Hierdurch wird ein aktiver Prozess der Selbstexploration und der Interaktion mit der Therapeutin angeregt.

Beispiel

- »Wollen Sie an Ihrem Problem arbeiten?« (geschlossene Frage)
- »Was spricht für Sie dafür, an Ihrem Problem zu arbeiten?« (offene Frage)

- »Sind Sie eher ein Einzelgänger oder eher der gesellige Typ?« (geschlossene Frage)
- »Könnten Sie beschreiben, wie Ihre sozialen Kontakte aussehen?« (offene Frage)

- »Können Sie sich die Ursachen Ihrer Angst erklären?« (geschlossene Frage)
- »Womit würden Sie die Ursachen Ihrer Angst erklären?« (offene Frage)

In dem Buch »MiniMax-Interventionen« von Manfred Prior (2016) werden u. a. eine Reihe von präzisen Interventionen aufgezählt, durch welche die häufig defizitorientierten Sprachgewohnheiten von Patient und Therapeutin durch scheinbar minimale Veränderungen der Wortwahl hin zu einem ressourcenorientierten Sprachstil verändert werden. Beispielhaft werden die folgenden Vorschläge für die Sprache der Therapeutin gemacht:

- (1) Eine Therapeutin sollte die Wörter »immer« (z. B.: »Immer werde ich kritisiert«) oder »nie« (z. B.: »Nie schaffe ich es, xyz zu tun«) durch Wörter wie »manchmal«, »oft« etc. ersetzen (»Ich habe verstanden, dass sie oft kritisiert wurden. Wann wurden Sie denn mal gelobt?« bzw. »Sie haben es manchmal nicht geschafft, xyz zu tun, aber wann ist es Ihnen denn mal gelungen?«).
- (2) Wenn ein Patient von einem nicht erreichten Ziel spricht, kann die Therapeutin hierauf unter Verwendung des Ausdrucks »noch nicht« reagieren (z. B.: »Ich schaffe es nicht, mit der Bahn zu fahren« Antwort der Therapeutin: »Sie haben es bislang noch nicht geschafft, diese Aufgabe zu bewältigen«).
- (3) Patienten neigen häufig zu einer katastrophisierenden, polarisierenden Sprache (z. B.: »Das war unerträglich«, »Das ist vollkommen unmöglich« oder »Ich bin verrückt vor

Angst geworden«). Die Therapeutin sollte in ihrer Antwort diese Extreme durch eine eher sachliche und realistische Sprachwahl abmildern (»Das war für Sie schwer auszuhalten«, »Sie sehen große Schwierigkeiten darin...« oder »Sie haben große Angst erlebt«). Diese Abmilderung lässt den Patienten seine Problematik realistischer sehen und schafft dadurch Möglichkeiten der Veränderung.

Gesprächsvorbereitung

Eine Therapeutin sollte sich vor der Therapiestunde auf die in Frage kommenden Inhalte kurz vorbereiten. Zu den inhaltlichen Gesichtspunkten zählen Fragen wie:

- Was war das Thema der letzten Stunde?
- Was war die Aufgabe zu dieser Stunde?
- Welches könnte der nächste Schritt im Therapieablauf sein?

Gleichermaßen empfiehlt sich eine Vorbereitung auf die therapeutische Beziehungsgestaltung mit dem individuellen Patienten. Zu den diesbezüglich hilfreichen Fragen gehören u. a.:

- Welche Beziehungsgestaltung ist für diesen Patienten passend und was könnte ich in dieser Stunde vor diesem Hintergrund verstärkt tun?
- Welche Gefühle und Reaktionen ruft der Patient bei mir hervor und welcher Umgang hiermit ist am hilfreichsten?
- Wie kann ich die Ressourcen dieses Patienten am besten aktivieren?
- Auf welche Techniken, Beziehungsangebote etc. hat der Patient bislang am positivsten reagiert?
- In welche Falle möchte ich nicht wieder tappen?

3.1.4 Kontakt über E-Mail und Handy

Bislang gibt es keine eindeutigen Empfehlungen seitens der Fachgesellschaften und der Psychotherapeutenkammern zum Umgang mit den modernen Medien und hier insbesondere mit elektronischen Nachrichten. Grundsätzlich muss sich jede Therapeutin die Frage stellen, inwieweit sie sich dem Patienten über das Maß der Therapiestunde hinaus für Notfallkontakte zur Verfügung stellen will. Die Entscheidung liegt hierbei alleinig bei der Therapeutin, sodass es große Unterschiede in der Handhabung gibt. Während die eine Therapeutin für ihre Patienten in keiner Weise zwischen den Therapien zu erreichen sein will (und für Notfälle auf die nächste psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik verweist), gibt die andere Therapeutin ihren Patienten eine Handynummer für Notfallsituationen (dies sollte jedoch nicht ihre private Handynummer sein, sondern eine separate Nummer, die nur beruflichen Zwecken dient). Und es gibt Therapeutinnen, die es ihrem Patienten frei stellen, sie zu abgesprochenen Zwecken über E-Mail zu kontaktieren, ihm aber keine Handynummer geben. Gewarnt werden muss allerdings vor einem nicht zweckgerichteten, unkontrollierten und hochfrequenten Kontakt über Handy und E-Mail, da sich der therapeutische Kontakt grundsätzlich auf die vereinbarten Therapiestunden beschränken sollte.

Praktischer Hinweis

Die Therapeutin sollte sich vom Patienten eine schriftliche Erlaubnis für einen Kontakt per E-Mail geben lassen, selbst wenn dieser vom Patienten initiiert wird. Ein E-Mail-Austausch hat den Stellenwert eines Schriftverkehrs, sodass datenschutzrechtliche Bestimmungen hierbei beachtet werden müssen. Die Therapeutin sollte außerdem alle E-Mails, die sie von einem Patienten empfangen und an diesen verschickt hat, elektronisch speichern bzw. ausgedruckt aufheben, da diese bei juristischen Auseinandersetzungen als Beweismaterial dienen können.

Exemplarisch wird der Notfallkontakt per Handy in der DBT mit Borderline-Patientinnen durchgeführt, welche von ihrer Therapeutin hierzu eine Handynummer erhalten. Dies dient dazu, dass sie in Krisensituationen (z. B. Suizidalität, Selbstverletzungsdruck) mit ihr Kontakt aufnehmen können, um eine möglichst schnelle Lösungsstrategie zu entwickeln. Dabei geht es nicht um einen längeren Austausch von Nachrichten oder die Erarbeitung komplexer Strategien, sondern eher um aufmunternde Worte der Therapeutin, die Erinnerung an erlernte Strategien oder klare Empfehlungen zum Vorgehen in der akuten Situation.



Viele Therapeutinnen haben immer noch Bedenken, eine berufliche Handynummer an ihre Patienten zu geben, da sie einen Missbrauch dieses Kontaktes befürchten. Allein jedoch die Erfahrung zahlreicher DBT-Therapeutinnen spricht gegen diese Befürchtung, denn die Patientinnen gehen in der Regel verantwortungsbewusst mit dieser Möglichkeit der Kontaktaufnahme um. Sollte es dennoch zu einem Missbrauch kommen, dann wird dies als Problemverhalten in den Mittelpunkt der nächsten Therapiestunde gerückt und entsprechend bearbeitet. Voraussetzung für einen funktionalen Gebrauch von Notfallhandys ist immer eine klare Absprache zwischen Therapeutin und Patient, in welchen Fällen eine Nachricht erlaubt ist und wie dieser Kontakt dann zu gestalten ist.

3.2 Einzelne Techniken der Gesprächsführung

3.2.1 Empathisch-validierende Gesprächsführung

In Abschnitt 2.4.4 wurde die Bedeutung der Empathie, Validierung und Akzeptanz für die therapeutische Beziehungsgestaltung hinreichend erklärt, sodass an dieser Stelle nur ausgewählte praktische Aspekte zur Darstellung kommen sollen.

Empathie

Die Therapeutin kann ihre Empathie zu unterschiedlichen Zwecken einsetzen (Bischkopf, 2013):