



Koerner

# Praxisbuch DBT

Strategien der Dialektisch-  
Behavioralen Therapie

**BELTZ**

Leseprobe aus: Koerner, Praxisbuch DBT, ISBN 978-3-621-28059-4

© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28059-4>

# 7 Der Einzeltherapeut und die Supervisionsgruppe

Eine angemessene Versorgung der Klienten kann die eigenen Fertigkeiten und emotionale Belastbarkeit übersteigen. Wenn Menschen unter chronischer Suizidalität leiden und zu emotionaler Instabilität neigen, dann wird angesichts von Problemen in der Therapie und schleppenden Veränderungsprozessen die Behandlung des Therapeuten genauso wichtig wie die Behandlung des Klienten. In der DBT ist die »Behandlung« des Therapeuten ein obligatorischer Bestandteil des Modells. Das Ziel der Supervisionsgruppe ist es, bei jedem Teammitglied die Motivation und die Fertigkeiten zu unterstützen, die für die anspruchsvolle Arbeit notwendig sind. Dieses Kapitel macht deutlich, wie die DBT-Supervisionsgruppe die DBT auf den Therapeuten anwendet und wie der Therapeut die DBT auf sich selbst anwendet.

Wir alle erlebten schon Fallbesprechungen, in welchen wir den Klienten beschreiben und dann gemeinsam mit unseren Kollegen oder Supervisoren die Informationen begutachten. Ganz so, als legten wir ein Objekt auf den Tisch, und alle starrten dann dieses Objekt, den Klienten, an. Wenn wir den Fall eines Klienten präsentieren, reagieren unsere Kollegen manchmal mit intellektuellen Diskussionen, vergleichen theoretische Ansätze oder geben uns höflich billigende oder kritische Rückmeldungen – was uns weder zufriedenstellt noch weiterhilft. Unter solchen Umständen belohnen die Kollegen sogar, dass wir kompetent auftreten und unsere Schwierigkeiten eher nicht offenlegen – wir hinterlassen einen guten Eindruck, sind dann jedoch wieder allein und stecken immer noch mit unseren Problemen fest.

Die DBT-Supervisionsgruppe unterscheidet sich davon. Sie ist keine Gruppe von Experten, die zusammenkommen und den Klienten als Fall diskutieren. Vielmehr ist das DBT-Team eine Gruppe von Gleichgesinnten, die sich zur gemeinsamen Arbeit treffen und gegenseitig allen die gleiche Sorge, Aufmerksamkeit und Strenge entgegenbringen wie ihren Klienten. *Der Therapeut ist der Klient*. Der Therapeut stellt *sich selbst* auf die Tagesordnung und lenkt die Aufmerksamkeit ausdrücklich dorthin, wo er Probleme damit hat, eine qualitative DBT anzubieten. Das Team arbeitet mit dem Therapeuten, um seine Motivation und seine Fertigkeiten zu erweitern; das Team wendet die DBT auf den Therapeuten an. Eine gut funktionierende DBT-Supervisionsgruppe ähnelt einer erfolgreichen Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern oder Künstlern, die gemeinschaftlich die Arbeit aller Beteiligten verbessern möchte.

## 7.1 Ziel und Aufbau der DBT-Supervisionsgruppe

Ein typisches DBT-Team besteht aus sechs bis acht Mitgliedern und kommt für 60 bis 90 Minuten wöchentlich oder alle zwei Wochen zusammen. Die Mitglieder eines DBT-Teams gehen üblicherweise gegenseitig zwei zentrale Verpflichtungen ein.

- (1) Die Mitglieder erklären sich bereit, an den Teambesprechungen teilzunehmen. Die Teams sollten die Details der »Teilnahme« klar definieren, wie beispielsweise die Erwartungen hinsichtlich der Anwesenheit, der Pünktlichkeit, oder ob jeder Therapeut individuelle DBT-Fälle mitbringen sollte. Wichtiger ist jedoch, dass das Team eine Haltung etablieren sollte, auf der die Zustimmung zu einer Teilnahme gründet: Sich einem Team anzuschließen heißt, dass man vereinbart, sich nach Kräften zu bemühen, die eigene Effektivität als DBT-Therapeut und die der anderen Mitglieder zu verbessern. Mit anderen Worten ist das Ziel der DBT-Supervisionsgruppe, die Mitglieder in der Anwendung der Prinzipien der DBT (und nicht in anderen Therapiemethoden) zu unterstützen. Das bedeutet, dass die Teammitglieder bei der Zusammenarbeit danach streben, mithilfe gegenseitiger Unterstützung ein Festhalten an der und eine Kompetenz gegenüber der DBT zu entwickeln, anstatt Ideen oder Debatten aus anderen Modellen anzuführen. Im Wesentlichen einigt sich das Team darauf, während der Besprechung eine gemeinsame Sprache zu verwenden und ausgehend von einem gemeinsamen Modell zu arbeiten, auch wenn die einzelnen Therapeuten des Teams in anderen Zusammenhängen andere Therapiemodelle einsetzen. »Sich nach Kräften zu bemühen« schließt auch ganz grundlegende Maßnahmen ein, wie zum Beispiel eine nicht-wertende Atmosphäre für Problemlösungen zu schaffen, die zu Selbstöffnung und Selbstkritik ermutigt und alle dazu anregt, bereitwillig einfühlsame, direkte Rückmeldungen zu geben und anzunehmen. Die Normen der Gruppe sollten widerspiegeln, was für jede therapeutische Beziehung gilt: Alle Mitglieder tragen Sorge dafür, dem Klienten (in diesem Falle dem Therapeuten) zu helfen. Alle Mitglieder hören aktiv zu. Alle üben sich in Selbstdisziplin, um den Gesprächsfluss direkt darauf auszurichten, dem Beratungsbedarf des Therapeuten zu entsprechen. Sie bemühen sich darum, sich kurz und präzise zu fassen und nicht vom Thema abzuschweifen. Teilnehmen bedeutet, dass man einvernehmlich darauf hinarbeitet, sich gegenseitig zu verstehen, insbesondere bei Unstimmigkeiten. Die Arbeit findet sachlich und lösungsorientiert statt, um Probleme zu beheben, die ein Fortschreiten des Teams behindern. Sie als Therapeut würden es wahrscheinlich auch nicht akzeptieren, wenn ein Klient zu einer Therapiesitzung zu spät kommt oder ein Therapeut in Anwesenheit eines Klienten Papierkram erledigt oder die Sitzung für eine Nachricht oder einen Anruf unterbricht. Entsprechend gilt auch die Norm, mit ungeteilter Aufmerksamkeit an der Supervisionsgruppe zu partizipieren und Probleme in dieser Hinsicht aktiv zu lösen. Kommt zum Beispiel ein Teamkollege zu spät zu einem Treffen, dann analysiert er in einem gut funktionierenden Team selbst spontan die Gründe dafür und entwirft eine Lösung, damit das nicht wieder passiert. Er erwartet von sich, dem Team gegenüber eine ähnlich respektvolle Entschuldigung und Wiedergutmachung zu äußern, wie er das auch einem Klienten gegenüber tun würde. Geschieht das nicht spontan, dann fragt vermutlich ein anderer Teamkollege, was geschehen und was eigentlich geplant gewesen sei, und der Therapeut würde so das Problem erkennen und lösen.

- (2) Die Mitglieder vereinbaren, dass sie für die Ergebnisse aller Klienten, die sie im Team behandeln, verantwortlich sind, nicht nur für die Ergebnisse der eigenen Klienten. Die Schlussfolgerung hier lautet, dass der Suizid eines Klienten dazu führen würde, dass alle Therapeuten mit »Ja« auf die Frage antworten, ob jemals einer ihrer Klienten Selbstmord begangen habe. Diese Verpflichtung bringt die Teammitglieder dazu, sich verantwortlich zu fühlen und Probleme zu lösen, ähnlich wie die Viermal-Fehlen-Regel. Wenn Teammitglieder diesen Verpflichtungen gegenüber Widerwillen empfinden, deutet das möglicherweise auf grundsätzliche Probleme hin, die einer Lösung bedürfen, damit im Team Vertrauen in die Arbeit aller besteht.

### Beispiel

Stellen Sie sich beispielsweise eine Therapeutin vor, die erhebliche finanzielle Probleme aufgrund einer komplizierten Scheidung löste, indem sie mehr Klienten behandelte. Sie konnte nicht Nein sagen und nahm auch stark gefährdete Klienten auf. Wegen ihres gequälten und abweisenden Stils verstanden die anderen Mitglieder der Supervisionsgruppe nicht, was sie gerade tat – und das bereitete dem Team Sorge. Ohne die Verpflichtung, die Verantwortung für alle Klienten zu teilen, würden die meisten von uns sich für eine passive, höfliche Reaktion entscheiden: »Nun, da habe ich schon meine Bedenken, aber ich möchte mich nicht aufdrängen ...«, und die Therapeutin dann instabil weiter schlingern lassen, sodass sie durch schwerwiegende Fehler das gesamte Team einer Haftbarmachung aussetzen könnte. Eine gemeinsame Verantwortlichkeit führt stattdessen auf eine Ebene aktiver Problemlösung: »Carol, ich mache mir wirklich Sorgen, ob Sie unter den Belastungen, die Sie gerade haben, noch durchhalten können. Ich möchte Ihnen gerne helfen, weil jeder, der so instabil ist, manche Dinge einfach übersieht und wir dann am Ende womöglich einen Suizid haben. Ich möchte nicht, dass das Ihnen oder Ihrem Klienten oder mir oder dem Team passiert, also müssen wir als Team mit allem gebotenen Respekt dafür sorgen, Ihre Probleme mit diesen sehr riskanten Fällen besser zu erkennen.«

Wie bei anderen Vorgehensweisen in der DBT treffen die Teammitglieder ausdrückliche Absprachen darüber, wie sie zusammenarbeiten werden. Die grundlegenden sechs Vereinbarungen der Supervisionsgruppe werden im Folgenden aufgeführt (Linehan, 1993a).

- (1) **Vereinbarung über eine dialektische Philosophie.** Wir vereinbaren, eine dialektische Philosophie anzuerkennen: Es gibt keine absolute Wahrheit. Wenn wir zwischen zwei gegensätzlichen Positionen hin- und hergerissen sind, dann werden wir den Wahrheitsgehalt beider Positionen ausfindig machen, eine Synthese anstreben und dazu beispielsweise die Frage stellen: »Was wurde übersehen?«
- (2) **Vereinbarung über die Rücksprache mit dem Patienten.** Wir stimmen darin überein, dass das Ziel dieser Gruppe darin besteht, unsere Fähigkeiten als DBT-

Therapeuten zu verbessern, und nicht darin, untereinander als Vermittler für unsere Patienten zu dienen. Wir behandeln unsere Patienten und uns untereinander nicht übervorsichtig. Im Umgang mit anderen Mitgliedern sind wir überzeugt davon, dass jeder für sich selbst sprechen kann.

- (3) **Vereinbarung hinsichtlich der Konsistenz untereinander.** Da Veränderung eine naturgemäße Erscheinung im Leben ist, kommen wir überein, Vielfalt und Veränderung so zu akzeptieren, wie sie naturgemäß auftreten. Das bedeutet, dass wir untereinander nicht einverstanden sein müssen, wie wir auf bestimmte Patienten reagieren, und dass unser eigenes Verhalten nicht konsistent mit dem Verhalten aller anderen sein muss.
- (4) **Vereinbarung über die Wahrung der eigenen Grenzen.** Wir kommen überein, die eigenen Grenzen zu wahren. Als Therapeuten und Gruppenmitglieder vereinbaren wir, andere Mitglieder nicht dafür zu verurteilen oder zu kritisieren, dass ihre Grenzen sich von unseren eigenen Grenzen unterscheiden (z. B. zu eng, zu weit, »genau richtig«).
- (5) **Phänomenologische Empathie.** Wir vereinbaren, das Verhalten von unseren Patienten, von uns selbst und von anderen Mitgliedern unvoreingenommen und phänomenologisch empathisch zu interpretieren. Wir gehen davon aus, dass wir und unsere Patienten unser Bestes geben und uns verbessern wollen. Wir streben danach, die Welt aus Sicht unserer Patienten und aus Sicht der anderen Teammitglieder zu sehen. Wir üben uns in einer nicht-wertenden Haltung gegenüber den Patienten und untereinander.
- (6) **Vereinbarung über unsere Fehlbarkeit.** Wir kommen im Voraus überein, dass wir alle fehlbar sind und uns irren können. Wir stimmen überein, dass wir wahrscheinlich jeden Fehler, der uns vorgeworfen wird, zumindest teilweise begangen haben. Folglich können wir davon ablassen, eine Verteidigungshaltung einzunehmen, um unsere Vorzüge oder unsere Kompetenz zu zeigen. Da wir fehlbar sind, ist ausgemacht, dass wir unausweichlich alle hier vorliegenden Vereinbarungen verletzen werden. Wenn dies geschehen ist, vertrauen wir darauf, uns gegenseitig auf die Polarität aufmerksam zu machen und eine Synthese zu erreichen.

Möchte ein neues Mitglied sich dem Team anschließen, dann sollten die Therapeuten der Supervisionsgruppe ausführlich besprechen, inwiefern das Ziel und die Gestaltung des Teams mit den professionellen Zielen des »neuen« Therapeuten übereinstimmen. Das neue Mitglied muss sich uneingeschränkt bereit erklären, die Verpflichtungen zu erfüllen, die aus dem Beitritt zum Team entstehen. Der Teamleiter oder Zuständige für die Einführung des potentiellen Mitglieds (oder manchmal sogar das gesamte Team) sollten in einem Gespräch seine professionellen und persönlichen Ziele kennenlernen, soweit sie mit dem Beitritt zusammenhängen, und erkunden, in welcher Weise die Ziele und die Arbeitsweise des Teams damit übereinstimmen. Die Teilnahme an einer DBT-Supervisionsgruppe muss freiwillig sein. Das Commitment kann mithilfe von Commitment- und anderen Strategien gefördert werden. Dazu kann auch beitragen, im Vorhinein mögliche Problemquellen zu bedenken. Ein ausdrücklich formuliertes

Commitment geht mit der Erwartung aller Mitglieder einher, dass das neue Mitglied sich daran halten wird.

### **Das Meeting der Supervisionsgruppe**

Das Teammeeting an sich beginnt damit, dass ein Mitglied die Rolle des Moderators übernimmt und eine fünfminütige Achtsamkeitsübung anleitet. Die Übung kann aus dem DBT-Skills-Handbuch (Linehan, 1993b) stammen oder aus einer anderen Quelle. Weil jede Aktivität achtsam ausgeführt werden kann, können die Übungen thematisch an die Bedürfnissen des Teams angebunden werden, wenn das nützlich ist (z. B. bei Burnout einiger Mitglieder des Teams eine beliebige Aktivität achtsamen Zuhörens, etwa ein vorgetragenes Gedicht oder eine achtsame schriftliche Beantwortung der Frage: »Welche klinischen Aspekte bereiten mir Schwierigkeiten?« oder: »Was brauche ich in der Supervision heute?«). Hinsichtlich hervorragender Anweisungen zu den Grundlagen der Vermittlung von Achtsamkeit in einem klinischen Kontext siehe auch Dimidjan und Linehan (2003). Es folgt ein Beispiel (auf der Basis von Salzberg, 2006) einer grundlegenden Anweisung:

»Nehmen Sie eine bequeme Haltung ein, beide Füße fest auf dem Boden, die Arme liegen bequem auf. Während Sie bequem dasitzen, hören Sie vielleicht die Geräusche um Sie herum, Sie hören vielleicht die Geräusche in Ihrem Inneren, vielleicht hören Sie auch eine gewisse Stille (15–30 Sekunden Stille).

Achten Sie auf die Beschaffenheit Ihrer Aufmerksamkeit, während Sie die Geräusche hören ... wie Ihr Geist präsent ist, wenn Sie einfach nur zuhören; eine offene, weite Beschaffenheit.

Wir nehmen wahr, wie das Objekt des Geräusches auftaucht und hören einfach hin, wir hören einfach nur zu. Wir müssen nichts tun, damit das Geräusch kommt oder geht. Wir müssen nichts bestimmen oder etwas anderes tun, damit wir es hören können, und uns damit verbinden können. Der Geist ist entspannt und weit (30 Sekunden Pause).

Versuchen Sie nun, dasselbe Gefühl, die Beschaffenheit der entspannten, offenen, weiten Achtsamkeit zu behalten, wenn Sie bewusst Ihren Atem wahrnehmen, dort, wo Sie ihn am deutlichsten spüren. Ihr Atem muss nicht tiefer oder länger oder anders sein, als er gerade ist, oder sich verändern. Nehmen Sie ihn einfach nur bewusst wahr, einen Atemzug nach dem anderen (10 Sekunden Pause).

Wenn Ihre Aufmerksamkeit abschweift, dann kehren Sie, ganz entspannt und geduldig, einfach zu Ihrem Atem zurück. Um zu beginnen, werde ich jetzt dreimal die Glocke läuten, und zum Beenden werde ich sie am Schluss einmal läuten.« (Alle bleiben noch 3–4 Minuten sitzen).

Die Teammitglieder tragen diese achtsame Beschaffenheit der Aufmerksamkeit in die weitere Besprechung hinein, ganz ähnlich wie eine Truppe Improvisationstänzer oder Musiker: ausgeglichen, hellwach und bereit, alles Notwendige zu unternehmen, um gemeinsam zu arbeiten und bereichernde Erfahrungen zu machen. Jedes Teammitglied ist aufmerksamer geworden und bereit, zuzuhören und Bedingungen herzustellen, die einem Therapeuten eine vertrauensvolle Offenlegung seiner Schwierigkeiten ermöglicht.

Nach der Achtsamkeitsübung fragt der Moderator die Teammitglieder: »Wer hat Beratungsbedarf?«, teilt die Zeit für die Tagesordnung auf der Basis klinischer Bedürfnisse auf und setzt die Zielhierarchie genauso zur Priorisierung der Gruppenzeit ein

wie bei einer Einzelsitzung. Verschiedene Supervisionsgruppen haben dafür verschiedene Methoden, zentral dabei ist jedoch, dass die Therapeuten, die Unterstützung bei der Behandlung lebensbedrohender Verhaltensweisen und drohender Behandlungsabbrüche brauchen, zuerst an die Reihe kommen, gefolgt von denjenigen mit dringendem Beratungsbedarf bei teamstörenden oder therapiestörenden Verhaltensweisen, und so fort. Manche Teams überlassen vollständig dem Ermessen der einzelnen Therapeuten, die für sie notwendige Zeit zu erbitten. Andere Gruppen müssen möglicherweise den Status aller Klienten kennen und entwickeln eine Methode zur schnellen Meldung von Vorfällen mit hoher Priorität (z. B. eine Tafel, auf der Problemverhaltensweisen der Phase 1 aufgelistet sind und auf der jeder Therapeut beim Eintreten die Initialen seines Klienten vermerkt, um zu kennzeichnen, welche davon seit der letzten Teamsitzung aufgetreten sind.).

Jeder Therapeut ist bestrebt, so gut vorbereitet zu der Besprechung zu erscheinen, dass er prägnant beschreiben kann, welchen Problemen er gegenübersteht hinsichtlich der Durchführung einer qualitativen DBT. Das führt dazu, dass das Team unmittelbar den Kern des Beratungsbedarfs erfasst und die oft begrenzte Zeit optimal nutzen kann. Im Wesentlichen äußert der Therapeut: »Hier bin ich, dort muss ich hin, und dabei möchte ich von Ihnen folgende Unterstützung: (...).« Ein Therapeut könnte beispielsweise sagen: »Ich muss ein klareres Konzept entwickeln«, »Ich brauche Ideen für den Therapieplan«, oder: »Ich kann nur schwer Empathie empfinden und möchte mit Ihrer Hilfe herausfinden, warum«, oder: »Ich möchte mit Ihnen gerne den Erfolg meines Klienten in der letzten Woche teilen, damit Sie mich, wenn ich nächste Woche wieder die Hoffnung verloren habe, daran erinnern können, dass wir schon einige Lichtblicke hatten!«. Meistens benötigen Therapeuten Hilfe dabei, überhaupt eine Diagnose zu stellen und klar zu erfassen, was die Therapie beeinträchtigt oder was der Klient braucht. Alle Teammitglieder überwachen den Fortschritt der Gruppe, um sicherzustellen, dass den Bedürfnissen der Therapeuten entsprochen wird. Der Moderator (oder ein anderer vorgesehener Zeitnehmer) behält die Zeit im Auge.

## **7.2 Wie die DBT-Supervisionsgruppe den Therapeuten »behandelt«**

Das Team behandelt jeden Therapeuten, der um eine Beratung bittet, wie einen Klienten, und wendet die DBT an, um ihn zu unterstützen. Wenn die Teammitglieder einem Kollegen zuhören, verwenden sie den gleichen Bezugsrahmen wie bei ihren Klienten: »Was steht der Person im Weg, im Hinblick darauf, wo sie hin möchte? Was läuft gut?« »Ist der Betreffende motiviert?« »Wie können wir den Therapeuten dabei unterstützen, seine Ziele zu erreichen?« Die Gruppe setzt auch die gleichen Techniken ein: die Kettenanalyse zur Ermittlung der bestimmenden Variablen und eine Kombination aus Hervorheben, Lösungsanalyse und Strategien zur Verhaltensänderung, Validierung und dialektische Strategien. Abbildung 7.1 zeichnet die Schritte nach, die die Teammitglieder einsetzen, wenn sie ein Konzept zum Hilfesuch eines Therapeuten entwickeln und darauf reagieren.

1. Einigkeit über die Problemdefinition oder die therapeutische Aufgabe?

2. Motiviert für die therapeutische Aufgabe?

3. Welche Hindernisse stehen im Weg?

3a. Fehlende Skills?

3b. Kontingenzen?

3c. Emotionen

3d. Kognitive Inhalte oder Prozesse?

4. Was könnte die Hindernisse aus dem Weg schaffen?

4a. Skills-Training einsetzen

4b. Kontingenzmanagement einsetzen

4c. Exposition einsetzen

4d. Kognitive Umstrukturierung,  
kognitive Defusion, etc.

**Abbildung 7.1** Konzeptentwicklung hinsichtlich des Beratungsbedarfs des Therapeuten

Bei der Beratung mit einem Therapeuten besteht der erste Schritt für den Moderator und die Teammitglieder darin, das Anliegen des Therapeuten wiederzugeben, um zu überprüfen, ob alle den Bedarf des Therapeuten erfasst haben. Das Anliegen muss klar formuliert sein. Manchmal braucht der Therapeut nur eine genauere Problemdefinition und weiß genau, was zu tun ist, sobald der Sachverhalt geklärt ist. In allen anderen Fällen wenden die Teammitglieder dann wie bei ihren Klienten eine verhaltenstherapeutische Beurteilung an, um festzustellen, ob der Therapeut die notwendige Motivation und die Fertigkeiten besitzt, die therapeutische Aufgabe zu lösen.

In einigen Fällen benötigt der Therapeut nur etwas Hilfestellung bei der Problemlösung. Der Therapeut beschreibt das Dilemma und die Teamkollegen bieten Lösungen dazu an.

### Beispiel

Eine Therapeutin wollte abklären, ob sie bei einer Klientin in ausreichendem Maße mögliche Problemquellen bedacht, eine Orientierung auf die Prinzipien der Therapie und Arbeit am Commitment vorgenommen hatte. Die Klientin hatte eine komplizierte Beziehung zu ihrem Psychiater. Sie sah ihn wöchentlich bei einstündigen Terminen, angeblich zur medikamentösen Versorgung, und er hatte über viele suizidale Krisen hinweg zu ihr gehalten, während andere frühere Therapeuten längst ausgestiegen waren. Die Therapeutin äußerte ihre Sorge in Bezug darauf, dass die Klientin zwei Bezugstherapeuten gleichzeitig hätte, und erforschte die Bereitschaft und die Bedenken der Klientin, überhaupt in das DBT-Programm einzusteigen. Die Therapeutin fasste den sehr auf Zusammenarbeit ausgerichteten Austausch mit ihrer Klientin so zusammen: Die Klientin habe die Sorge der Therapeutin verstanden und gemeinsam hätten sie den Wechsel durchdacht. Anschließend habe die Klientin mit ihrem Psychiater gesprochen und berichtet, dass dieser aufrichtig der Auffassung zustimmte, die Rolle



als Einzeltherapeut abzutreten und stattdessen nur noch die medikamentöse Versorgung zu leisten. An dieser Stelle bemerkte ein Teammitglied: »Das klingt doch alles sehr gut, aber offenbar haben Sie trotzdem noch Bedenken? Was bereitet Ihnen denn Sorge?« Die Therapeutin erwiderte, dass sie nicht überzeugt davon wäre, dass die Klientin das Vorhaben angemessen dargestellt habe, und auch nicht darauf vertrauen könnte, dass der Psychiater tatsächlich mit »an Bord« sei, wenn sie nur den Bericht der Klientin hätte. Das Team machte daraufhin Vorschläge, wie die Therapeutin auf Basis der DBT-Strategie der »Rücksprache mit dem Patienten« gemeinsam mit der Klientin einen Brief an den Psychiater schreiben und ein anschließendes Telefongespräch planen könnte. So könnte sie sicherstellen, dass alle Rollen klar verteilt und alle Parteien sich einig wären, was bei einer Krise zu tun sei. In diesem Beispiel bedurfte es lediglich einer gewissen Klärung und Validierung der Bedenken der Therapeutin und einer Ideensammlung dazu, wie die Strategien der DBT zur Lösung führen können.

In anderen Situationen ist der Therapeut aufgrund fehlender Fertigkeiten eingeschränkt. In diesem Fall trägt die Supervisionsgruppe dazu bei, die erforderlichen therapeutischen Skills zu erwerben, zu verbessern oder zu übertragen.

### Beispiel

Ein Therapeut weiß vielleicht nicht, wie eine notwendige Therapieaufgabe durchzuführen ist, zum Beispiel ADHS bei einem Erwachsenen zu diagnostizieren oder einen angemessenen Sicherheitsplan für eine Klientin in einer Beziehung mit häuslicher Gewalt zu erstellen. Der Therapeut kennt möglicherweise die Methoden bei typischen Begleitscheinungen wie Panikattacken, sozialen Ängsten oder Problemtrinken nicht. Oder er braucht Hilfe dabei, persönliche Fertigkeiten, über die er eigentlich verfügt, in einer neuen Situation anzuwenden (z. B. wie einem sehr sensiblen Klienten am besten die Nachricht beizubringen sei, dass die Therapeutin schwanger ist und Elternzeit nehmen wird). Oder der Therapeut benötigt eine Verhaltensübung: Er möchte am Modell lernen, wie er einen Klienten anleitet, der Schamgefühle nicht mehr regulieren kann und während der Sitzung dann dissoziiert. Der Therapeut könnte dies an einem Rollenspiel üben und dann Rückmeldungen bekommen. Ein sehr veränderungsorientierter Therapeut bringt eine Aufzeichnung einer schwierigen Situation in der Therapie mit und fragt dann nach Vorschlägen, wie er mehr validieren könnte, anstatt wiederholt zu versuchen, den Klienten zu verändern.

Manchmal verfügt der Therapeut zwar über die notwendigen Fertigkeiten – eine Mischung aus emotionaler Reaktion, Abhängigkeiten und kognitiven Inhalten oder Prozessen hindert ihn jedoch daran, sie einzusetzen. In diesem Fall behandelt das Team den Therapeuten mit einer passenden Kombination von Verfahren zur Verhaltensänderung.