**Adhärenz Rating Skala für DBT-PTSD (Release Version)**

**(ARS-DBT-PTSD-R)**

Rater: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum des Ratings: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patientencode: \_\_\_\_\_\_ Sitzung Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teil 1: Allgemeine Bestandteile des Manuals**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Achtsamkeitsübung anleiten**  Der Therapeut leitet als Erstes eine kurze Achtsamkeitsübung (max. 10 min.) an, führt diese gemeinsam mit dem Patienten durch und bespricht sie, wenn nötig, nach. | |
| 0 | Zu Sitzungsbeginn leitet der Therapeut keine Achtsamkeitsübung an. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Zu Sitzungsbeginn leitet der Therapeut eine kurze Achtsamkeitsübung an und bespricht sie im Anschluss mit dem Patienten. |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Tagebuchkarte besprechen**  Der Therapeut bespricht mit dem Patienten zu Sitzungsbeginn die Tagebuchkarte. Er hebt eine positive Entwicklung hervor und geht auf negative Ereignisse wie z.B. Selbstverletzung, suizidale Gedanken etc. näher ein, indem er deren Bearbeitung auf die Tagesordnung setzt. | |
| 0 | Der Therapeut bespricht zu Beginn der Sitzung nicht die Tagebuchkarte. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Der Therapeut bespricht zu Beginn der Sitzung die Tagebuchkarte und geht auf positive und negative Ereignisse ein. |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Hausaufgaben auswerten**  Der Therapeut wertet Hausaufgaben (welche in der letzten Stunde aufgegeben wurden) aus. Es sollte immer eine Hausaufgabe aufgegeben und dementsprechend auch ausgewertet werden. Ausnahme: In Sitzung 1 vergeben Sie eine 2 bei diesem Item. | |
| 0 | Der Therapeut wertet Hausaufgaben nicht aus oder er sucht nicht nach Gründen und Lösungen warum der Patient keine Hausaufgaben gemacht hat und holt sie auch nicht in der Stunde nach. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Der Therapeut wertet die Hausaufgaben aus. (Wenn der Therapeut die Hausaufgaben nachträglich in der Stunde mit dem Patienten gemeinsam macht oder von ihm machen lässt und dies klar benennt, vergeben Sie eine 2; wenn die Hausaufgaben zwar in der Stunde nachgeholt werden, dem Patienten jedoch nicht klar gesagt wird, dass das eigentlich die Hausaufgabe gewesen wäre, vergeben Sie eine 1) |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Festlegung des Sitzungsfokus/ der Sitzungsfoki**  Der Therapeut bespricht mit dem Patienten zu Sitzungsbeginn (i.d.R. nach Auswertung der Tagebuchkarte) die Inhalte, die Teil der aktuellen Sitzung sein sollen. Wenn die Tagebuchkarte nicht besprochen wurde, kann max. eine 1 kodiert werden. | |
| 0 | Zu Sitzungsbeginn bespricht der Therapeut die Sitzungsinhalte nicht. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Zu Sitzungsbeginn bespricht der Therapeut die Sitzungsinhalte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Umgang mit schwierigen Situationen im Alltag z.B. Konflikte, Obdachlosigkeit, Schwangerschaft usw.** | |
| 0 | Der Therapeut übergeht massive Alltagskrisen oder bespricht Kleinigkeiten zu lange und ausführlich |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut bespricht aktuelle Alltagskrisen so lang wie nötig und so wenig wie möglich. Er nutzt diese, um die Umsetzung von Skills alltagsnah mit dem Pateinten einzuüben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Dynamische Behandlungshierarchie berücksichtigen:**  Der Therapeut berücksichtigt bei der Sitzungsplanung, die dynamischer Behandlungshierarchie; Dabei folgt er einerseits der linear logischen Abfolge von 5 Behandlungsphasen mit ihren entsprechenden phasenspezifischen Foki. Andererseits gibt es Ereignisse, die, wenn sie denn auftreten, in jeder Behandlungsphase umgehend bearbeitet werden müssen. Diese ereignisgesteuerten Foki können während des gesamten Verlaufs der Behandlung in den Vordergrund treten.  Tritt ein solcher Foki ein, soll der Therapeut manualgetreu damit umgehen:  die zu verändernden Verhaltensweisen als dysfunktionale Bewältigungsstrategien benennen, die eingesetzt werden um unangenehmen Gefühlen/ Gedanken zu vermeiden und dass das leider zu ernsthaften Krisen, immer neuen Problemen, und insbesondere nicht zur langfristigen Verbesserung der Trauma-assoziierten Symptome führt. Den Fokus möglicht positiv formulieren und die Unterstützung bei der Problemlösung betonen. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien werden am einfachsten verändert, indem man funktionalere Lösungen für übergeordneten Problemen oder Plänen erarbeitet.  Behandlungshierarchisierung:   1. Schwerwiegendes krisenerzeugendes Verhalten (z.B. Drängende Suizidalität, schwerwiegendes SVV, Hochrisikoverhalten, schwerwiegende Alkohol- oder Drogenintoxikation, gefährliche Fremdaggression, ungeplante Klinikaufenthalte) 2. Verhalten, das die Aufrechterhaltung der Therapie gefährdet (z.B. Verhalten, das Gefängnisstrafen mit sich bringt, Bedrohung/schwerwiegende Verunsicherung des Therapeuten, Bedrohung/Gefährdung von anderen Patienten, Vernachlässigung von körperlichen Erkrankungen, die damit eine stationäre Behandlung erfordern, regelhaftes Versäumen von Therapien) 3. Verhalten, das die Wirksamkeit der Interventionen für die PTBS massiv beeinträchtig (z.B. schwere dissoziative Symptome, schwere Störungen des Essens und Trinkens, schwere Schlafstörungen, Benzodiazepin-Abusus, Alkohol-Drogen Missbruach, Therapieaufgaben werden dauerhaft nicht durchgeführt, Vermeidung der Exposition, andere schwerwiegende psychosoziale Probleme wie drohende Obdachlosigkeit)   Wenn keine Tagebuchkarte ausgewertet wurde und es auch keine weitere Information zu möglichen ereignisgesteuerten Foki gibt, kann maximal eine 1 vergeben werden. | |
| 0 | Der Therapeut berücksichtigt die dynamische Behandlungshierarchie nicht. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Der Therapeut berücksichtigt die dynamische Behandlungshierarchie. |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Umgang mit Problemverhalten**  Sofern kein Problemverhalten erkennbar ist, was zu bearbeiten wäre, kodieren Sie bitte eine 2.  Wenn keine Tagebuchkarte ausgewertet wurde und es auch keine weitere Information zu möglichen ereignisgesteuerten Foki gibt, kann maximal eine 1 vergeben werden. | |
| 0 | Der Therapeut übergeht wichtiges Problemverhalten oder bespricht dazu durchgeführte Analysen des Pateinten nicht |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut identifiziert und benennt gezeigtes Problemverhalten. Er geht auf gezeigtes Problemverhalten ein z.B. Auswertung von Verhaltensanalysen. |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Identifikation und Modifikation von Escape- und Vermeidungsverhalten**  Sofern kein Escape- oder Vermeidungsverhalten erkennbar ist, was zu bearbeiten wäre, kodieren Sie bitte eine 2. | |
| 0 | Der Therapeut übergeht Escape- oder Vermeidungsverhalten oder wendet keine geeigneten Techniken zur Modifikation an. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut erarbeitet und bearbeitet Escape-Strategien auf Ebene der Gedanken (z.B. Ablenken, Grübeln, Suizidgedanken, Verharmlosen), auf Ebene der Gefühle (z.B. Wut auf andere, Wut auf sich selbst, Selbsthass, Dissoziation), auf Ebene des Verhaltens (z.B. Suizidversuche, Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten, Drogen/Medikamente/Alkohol, Essanfälle) |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Anwendung kognitiver Techniken zur Exploration/Identifikation/Modifikation von traumaspezifischen dysfunktionalen Gedanken**  Sofern kein traumaspezifischen dysfunktionalen Gedanken erkennbar sind, welche zu explorieren/ zu bearbeiten wären, kodieren Sie bitte eine 2. | |
| 0 | Der Therapeut übergeht traumaspezifische dysfunktionale Gedanken oder wendet keine geeigneten Techniken zur Modifikation an. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut identifiziert und exploriert detailliert die traumaspezifischen Gedanken wie z.B. „Ich bin Schuld an dem was mir passiert ist“ oder „Wenn ich über das Trauma spreche, wird es mir immer schlechter gehen.“. Er wendet die im Manual vorgesehenen Techniken zur Modifikation dysfunktionaler traumaspezifischer Gedanken korrekt an (z.B. Colombo Technik, sokratischer Dialog, Erklärung des Hindsight Bias, Verantwortungskuchen, 4-Felder-Schema) |

|  |  |
| --- | --- |
| **10. Sitzungsabschluss**  Der Therapeut leitet zum Ende der Therapie erneut eine kurze Achtsamkeitsübung z.B. achtsames Hören durch oder sorgt auf eine andere Art und Weise (z.B. Zusammenfassung der Sitzung) für einen guten Sitzungsabschluss. | |
| 0 | Der Therapeut sorgt nicht für ein wind down beim Patienten. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Der Therapeut sorgt für ein wind down beim Patienten |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Hausaufgaben geben**  Der Therapeut gibt Hausaufgaben auf, falls vom Manual vorgesehen. | |
| 0 | Der Therapeut gibt keine Hausaufgaben. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Der Therapeut gibt Hausaufgaben, die im Manual vorgeschlagen werden, zum Behandlungskonzept passen oder: es gab laut Manual keine Hausaufgaben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **12. Verstärkerprinzipien anwenden**  Der Therapeut setzt Verstärkerprinzipien ein, dabei wird günstiges Verhalten (z.B. Einsatz neu erlernter Verhaltensweisen; Hausaufgaben intensiv bearbeitet) von ihm verstärkt (z.B. Zuwendung, extra Telefonat vereinbaren, loben und ungünstiges Verhalten (z.B. Problemverhalten, gelöscht (z.B. wegrücken vom Patienten, unterbrechen) | |
| 0 | Therapeut setzt keine Verstärkerprinzipien ein. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Therapeut setzt Verstärkerprinzipien ein um günstiges Verhalten zu verstärken und ungünstiges zu löschen. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **13. Zeitmanagement**  Der Therapeut hält sich an die vorgegebene Sitzungslänge von 50 Minuten. Bei Expositionssitzungen darf die Sitzungsdauer bis zu 150 Minuten betragen.   |  |  | | --- | --- | | Sitzungsdauer in Minuten: |  | | |
| 0 | Der Therapeut überzieht die Sitzung wesentlich (mehr als 10 Minuten) oder verkürzt die Sitzungsdauer wesentlich (um mehr als 10 Minuten). |
| 1 | teilweise umgesetzt (mehr oder weniger als 5 Minuten) |
| 2 | Der Therapeut hält sich an die Zeitvorgabe. |

|  |  |
| --- | --- |
| **14. Gesamtstrategie**  **Der Sitzungsinhalt entspricht gemäß der Sitzungszahl dem zu erwartenden Stand nach Manual** | |
| 0 | Nicht zutreffend |
| 1 | teilweise |
| 2 | zutreffend |

**Teil 2: Einzelne Interventionsbausteine**

|  |  |
| --- | --- |
| Der Therapeut führt die vorgesehene Intervention manualgetreu durch. Als Intervention gilt alles, was planmäßig vom Therapeuten verfolgt, durchgeführt und ausgewertet wird. Dabei gilt: | |
| 0 | soll codiert werden, wenn der Therapeut bei bestimmten Interventionen nicht auf den jeweiligen Aspekt eingeht oder er diese nicht adhärent durchführt (z.B. wichtige Aspekte nicht beachtete). |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | soll kodiert werden, wenn die Intervention adhärent umgesetzt wurde d.h. es soll beurteilt werden, ob der Therapeut bei dieser Intervention das Manual umgesetzt hat (darin ist auch enthalten ist, ob der Therapeut die entsprechenden Arbeitsmaterialien nutzt, d.h. die vorgegebenen Abbildungen, Arbeitsblätter, Modelle etc.). |
| 9 | soll kodiert werden, wenn die Komponente nicht Thema der Stunde ist |

|  |  |
| --- | --- |
| **15. Durchführung DBT-PTSD spezifischer Interventionen allgemein** | |
| 0 | Der Therapeut führt ohne nachvollziehbaren Grund keine DBT-PTSD spezifischen Interventionen durch. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut führt DBT-PTSD spezifische Interventionen durch oder es ist auf Grundlage des Manuals erklärbar, warum der Therapeut in dieser Sitzung keine DBT-PTSD spezifischen Interventionen durchführt. |

|  |  |
| --- | --- |
| **16. Durchführung einer Verhaltensanalyse oder Kettenanalyse/ Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit Problemverhalten** | |
| 0 | Der Therapeut führt keine VA oder Kettenanalyse durch oder er führt sie durch aber lässt wichtige Aspekte (z.B. kurz/langfristige Konsequenzen) außer Acht. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut führt an geeigneten Stellen VAs oder Kettenanalysen durch. Dies kann z.B. sein: letzter Suizidversuch, Essanfall, Selbstverletzung, therapiestörendes verhalten. Dabei werden alle wichtigen Ebenen/Aspekte (Situation, Verhalten, Gedanken etc.) des Verhaltens besprochen. Es wird an geeigneter Stelle eine Modifikation des Verhaltens erarbeitet. |
| 9 | Nicht zutreffend |

|  |  |
| --- | --- |
| **17. Allgemeine Psychoedukation zur PTBS und Störungsmodellen** | |
| 0 | Der Therapeut gibt keine Psychoedukation. Er erklärt nicht oder kaum die Entstehung- und aufrechterhaltenen Bedingungen der Störung oder nimmt keinen oder sehr geringen Bezug zum Modell alter/neuer Weg oder führt keine oder keine manualtreue Analyse zu prägenden Bezugspersonen durch. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut gibt an geeigneten Stellen Psychoedukation zu den Besonderheiten der PTBS. Er entwickelt oder nutzt an geeigneten Stellen sowohl das Modell zum alten/neuen Weg als auch das PTBS Störungsmodell. Er führt die Analyse zu prägenden Bezugspersonen wie im Manual beschrieben durch und verweist an geeigneter Stelle immer wieder darauf. |
| 9 | Nicht zutreffend |

|  |  |
| --- | --- |
| **18.Vermittlung von Belastungstoleranzskills** | |
| 0 | Der Therapeut gibt dem Patienten keine Skills an die Hand oder er erklärt deren Einsatz nicht |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut erarbeitet z.B. mit Hilfe von Anspannungskurven den Einsatz von Belastungstoleranzskills |
| 9 | Nicht zutreffend |

|  |  |
| --- | --- |
| **19. Vermittlung von Strategien zum Umgang mit und Bearbeitung von Trauma bezogenen Gefühlen** | |
| 0 | Der Therapeut identifiziert keine traumabezogenen Gefühle beim Pateinten oder übersieht sie. Er gibt keine hilfreichen Anweisungen zu Regulation. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut erarbeitet mit dem Patienten das allgemeine Emotions-Modell, er erarbeitet Skills zum generellen Umgang mit Gefühlen und Identifiziert spezifische Trauma bezogene Gefühle (wie Ohnmacht, Angst, Schuld, Scham, Wut, Trauer)und vermittelt Möglichkeiten zu deren Regulation bzw. bearbeitet diese. |
| 9 | Nicht zutreffend |

|  |  |
| --- | --- |
| **20. Vorbereitung der Exposition** | |
| 0 | Der Therapeut übergeht Ängste und Befürchtungen bzgl. der Exposition oder lässt diese Unbearbeitet im Raum stehen oder verstärkt diese. Er plant nicht den genauen Ablauf der Exposition oder startet ohne Überprüfung der notwendigen Bedingungen. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut exploriert Befürchtungen gegenüber der Exposition und versucht diese zu bearbeiten z.B. mit Colombo Technik oder Konkretisieren oder gezielte Gegenmaßnahmen. Der Therapeut erklärt dem Ablauf der Exposition, klärt mit dem Pateinten Rahmen und Unterstützungssysteme, überprüfen den Notfallkoffer, bespricht die Checkliste Ready for Exposure, führt bei Bedarf ein Paar- oder Angehörigengespräch und definiert gemeinsam mit dem Patienten das Indextrauma. |
| 9 | Nicht zutreffend |

|  |  |
| --- | --- |
| **21. Durchführung der Exposition** | |
| 0 | Der Therapeut führt eine Exposition durch, diese ist jedoch nicht skills-assistiert oder er beginnt und führt sie nicht zu Ende oder übergeht wichtige inhaltliche Aspekte |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut lässt den Patienten einen mündlichen Bericht des traumatischen Ereignisses in der Sitzung geben und bespricht diesen nach, er bereitet den schriftlichen Traumabericht mit dem Patienten vor, lässt ihn vorlesen und bereitet ihn nach. Er führt eine skills-assistierte Exposition in sensu mit dem Patienten durch und bespricht diese im Anschluss nach z.B. auch radikale Akzeptanz oder Alptraumbehandlung in Bezug auf das Trauma. Er plant und bespricht die skills-assistierte Exposition im Selbst-Management |
| 9 | Nicht zutreffend |

|  |  |
| --- | --- |
| **22. Interventionen, die dem Patienten helfen sein Leben zu entfalten** | |
| 0 | Der Therapeut geht nicht auf spezifische gelernte Inhalte ein. Er thematisiert Rückfalle und den möglichen Umgang damit nicht. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut nutzt auf die Ziele des Patienten abgestimmte Intervention aus den Bereichen Selbstwert und Selbstkonzept, Reduktion des Gefühls der Beschmutztheit, Verhinderung von Reviktimisierung, Probleme im Bereich Körper und Sexualität, Alptraumbehandlung bei nicht-Trauma bezogenen Inhalten, Verbesserungen im Bereich Partnerschaft und soziales Netzwerk und Verbesserung im Bereich berufliche Tätigkeit |
| 9 | Nicht zutreffend |

|  |  |
| --- | --- |
| **23. Rückfallprophylaxe und Abschied** | |
| 0 | Der Therapeut bespricht mit dem Patienten Ziele für sein zukünftiges Leben, gibt dem Pateinten jedoch keine Interventionen zur Umsetzung an die Hand. |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Manualtreu: Der Therapeut nutzt die Therapiegeschichte des Patienten zur Zusammenfassung und Wiederholung von hilfreichen Therapieinhalten. Er nimmt sich Zeit für den Abschied und validiert diesen z.B. durch eine gemeinsame Aktivität am Ende. |
| 9 | Nicht zutreffend |

**Teil 3: Manualfremde Techniken und globale Manualtreue**

|  |  |
| --- | --- |
| **24. Interventionen aus anderen Therapierichtungen**  Der Therapeut wendet Interventionen an, die nicht dem Behandlungskonzept entsprechen, z.B. tiefenpsychologische und analytische Interventionen (zentraler Fokus auf die Analyse von Traumata oder negativer Lebensereignisse, Arbeiten mit Übertragung und Gegenübertragung, freies Assoziieren, Arbeit mit unbewussten Inhalten u.v.m.), systemische/familientherapeutische Interventionen (Analyse systemischer Zusammenhänge und interpersoneller Beziehungen in Gruppen, Verwendung von Techniken wie z. B Familienskulpturen, Soziogrammen, paradoxe Interventionen) und / oder Elemente aus anderen psychotherapeutischen Behandlungsmanualen (z.B. zu anderen Störungsbildern gehörende Interventionen). | |
| 0 | Der Therapeut verwendet eine oder mehrere der o.g. therapeutischen Interventionen |
| 1 | teilweise umgesetzt |
| 2 | Es werden vom Therapeuten keine Interventionen aus anderen Therapiemethoden angewendet. |