**Ambivalenz ist normal**

**Sie** erwägen, eine DBT-Behandlung zu beginnen. Das bedeutet, dass Sie leiden. Wahrscheinlich leiden Sie unter überwältigenden und stark schwankenden Emotionen und Gefühlen, einem hohen Maß an Anspannung, and starkem Drang zur Selbstverletzung oder gar Selbstmordgedanken. Wahrscheinlich leiden Sie aber auch unter der Vorstellung, unwürdig, schlecht und minderwertig zu sein. Sie bemühen sich, negative Gefühle zu vermeiden, und haben möglicherweise Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen. Sie fühlen sich einsam und entfremdet von anderen - und von Ihren eigenen Gefühlen.

Aus diesen Gründen ist jetzt ein guter Zeitpunkt, um mit DBT zu beginnen.

**Aber...**

Vielleicht haben Sie auch gute Gründe, an diesem Entschluss zu zweifeln? Und vielleicht kämpfen Sie gegen Ihren Wunsch nach Linderung des Leidens?

Vielleicht denken Sie, dass Sie „irgendwie“ schlecht sind und keine gute Behandlung verdient haben, oder es nicht würdig sind, nett behandelt zu werden?

Vielleicht gehen Sie davon aus, dass Sie es einfach nicht schaffen, und Sie wollen nicht noch einmal versagen?

Vielleicht haben Sie schlechte Erfahrungen mit früheren Therapeuten oder mit anderen Behandlungsansätzen gemacht?

Vielleicht fällt es Ihnen schwer, dysfunktionale Verhaltensweisen wie Selbstbeschädigung aufzugeben, da dies für Sie kurzfristig ganz gut funktioniert?

Vielleicht fühlen Sie sich in der Gemeinschaft der Menschen mit Borderline-Störungen zugehörig und haben Angst, Ihre Peer-Group aufzugeben. Vielleicht verlieren Sie sogar einen gewissen Status, oder viel Anerkennung in Ihrer Borderline-Gruppe?

Vielleicht haben Sie Angst davor, dass während er Therapie Erinnerungen an soziale Abwertung, and Demütigung und Ablehnung wieder wachgerufen werden?

Vielleicht haben Sie Angst, die Kontrolle über Ihr Verhalten zu verlieren, und befürchten, dass Sie sich selbst ernsthaft verletzen, andere dass Sie andere Menschen verletzen oder sich sogar umbringen könnten, wenn Sie beginnen, sich Ihren Gefühlen zu nähern.

Vielleicht haben Sie Angst, dass die DBT unkontrollierbare oder negative Auswirkungen auf Ihr Leben und Ihre Beziehungen (z. B. frühere Bezugspersonen, Partner) haben könnte?

**Ambivalenz ist normal!**

Überlegen Sie, welche Vor- und Nachteile es für Sie persönlich hat, jetzt eine Therapie zu beginnen.

**Contra:**

Ich habe Angst, die Kontrolle über mein Verhalten zu verlieren und mir selbst zu schaden, andere zu verletzen oder mich sogar umzubringen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

Meine schlimmste Befürchtung ist: ………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

\*

Ich halte mich selbst für schlecht und dumm und verdiene es nicht, eine gute Behandlung zu bekommen oder von anderen nett behandelt zu werden.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

Meine schlimmste Befürchtung ist: ………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

\*

Ich bin sehr besorgt über die Reaktion meines Therapeuten, wenn er mich näher kennenlernt.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

Meine schlimmste Befürchtung ist: ………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

\*

Ich habe einige schlechte Erfahrungen mit früheren Therapeuten oder anderen Behandlungsansätzen gemacht

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

Meine schlimmste Befürchtung ist: ………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

\*

Ich habe Angst, dass diese Therapie unkontrollierbare oder negative Auswirkungen auf mein Leben und meine Beziehungen haben wird.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

Meine schlimmste Befürchtung ist: ………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

\*

Ich mache mir Sorgen, dass ich es einfach nicht schaffe, und ich will nicht wieder versagen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

Meine schlimmste Befürchtung ist: ………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

\*

Ich mache mir Sorgen, dass sich durch die Behandlung Dinge verändern, die sich nicht verändern sollten.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

Meine schlimmste Befürchtung ist: ………..……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

\*

Andere Befürchtungen:…………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Andere Befürchtungen:…………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Pros:

Ich möchte meine Gefühle besser unter Kontrolle bekommen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte die Häufigkeit und Intensität der Dissoziationen reduzieren

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte mich entspannter und ruhiger fühlen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte besser schlafen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte durchdringende Gefühle von Ekel vor mir selbst reduzieren

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte durchdringende Schuldgefühle und das Gefühl, schlecht zu sein, abbauen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte meine Fähigkeit verbessern, unangenehme Emotionen zu tolerieren

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte die Selbstverachtung reduzieren

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte eine mitfühlendere Perspektive für mich und die Welt entwickeln.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte ein sinnerfülltes Leben aufbauen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte meine berufliche Situation verbessern

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte ein besseres sozialen Netzwerk aufbauen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Ich möchte meine Partnerschaften verbessern

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

\*

Anderes: …………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft überhaupt nicht zu |  |  |  |  | Trifft voll und ganz zu |

**Drei Fragen:**

1. Wie sollte die Behandlung aussehen damit Sie ihr eine Chance geben?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Was würde Ihnen helfen die Behandlung zu beginnen?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Was sollte Ihr TherapeutIn tun, damit Sie ihm oder Ihr vertrauen?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………