

Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzende Verhaltensweisen von Patientinnen mit Symptomen einer Borderline-Störung

Erste Daten einer Pilotstudie zur Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A)

Christian Fleischhaker, Renate Böhme, Barbara Sixt und Eberhard Schulz

Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter der Universität Freiburg

Zusammenfassung. In Deutschland ist Tod durch Suizid die zweithäufigste, in den USA die dritthäufigste Todesursache im Jugendalter. Als Risikofaktoren für vollendete Suizide werden impulsive Handlungsmuster, Selbstverletzungen, Depressionen, Sozialstörungen sowie frühkindlicher Missbrauch benannt. Für Patienten mit einer Borderline-Störung liegt die Suizidrate bei fünf bis zehn Prozent. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha Linehan zur Behandlung von Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Diagnosestellung nach DSM-Kriterien) entwickelt, die entweder chronisch suizidal sind und/oder sich selber verletzen. Gegenüber der Standard-DBT wurde für die Arbeit mit Jugendlichen eine Reihe von Modifikationen vorgenommen, um die Behandlung der jugendlichen Zielgruppe anzupassen. Durch unsere Arbeitsgruppe wurde die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) für den deutschen Sprachraum überarbeitet und angepasst. In der vorliegenden Arbeit werden die ersten Ergebnisse der DBT-A-Pilotstudie mit zwölf Jugendlichen vorgestellt. Die Ergebnisse sind sehr vielversprechend.
Schlüsselwörter: Suizidalität, selbstverletzende Verhaltensweisen, Jugendliche, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Therapiestudie

Suicidal, parasuicidal and self injurious behavior in patients with borderline symptoms. First data of a pilot study on dialectical-behavioral therapy for adolescents (DBT-A)

Abstract. In Germany suicide ranks as the second and in the USA as the third leading cause of death in adolescents. Risk factors for suicide are impulsive and self-injurious behavior, depression, conduct disorder, and child abuse. Around 5–10% of patients with borderline personality disorder commit suicide. Dialectical-behavioral therapy (DBT) was developed by Marsha Linehan specifically for the outpatient treatment of chronically parasuicidal patients who were diagnosed with borderline personality disorder. The modified version of DBT for adolescents (DBT-A) was adapted for an outpatient treatment setting in Germany by our group. In a pilot study 12 adolescents were treated and the follow-up evaluated. Initial promising results of this open trial are presented.
Key words: Suicidality, self injurious behavior, dialectical behavior therapy, adolescents, clinical trial

Suizid ist weltweit eine der häufigsten Todesursachen im Jugendalter. In Deutschland ist Tod durch Suizid die zweithäufigste, in den USA die dritthäufigste Todesursache im Jugendalter (vgl. Becker, 2004; Baving, 2004; Schulz, 2000).

Für Patienten mit einer Borderline-Störung liegt die Suizidrate bei fünf bis zehn Prozent (Frances, Fyer & Clarkin, 1986; Stone, Hurt & Stone, 1987). Als Risikofaktoren für vollendete Suizide werden impulsive Handlungsmuster, Depressionen, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörungen sowie frühkindlicher Missbrauch benannt (Soloff, Lis, Kelly & Cornelius, 1994; Brodsky, 1997; van Engeland, 2004). Von Gunderson (1994) sowie von Cowdry, Pickar und Davies (1985) konnte gezeigt

werden, dass 50% aller Borderline-Patienten mit vollendetem Suizid zuvor bereits Suizidversuche unternommen hatten. Auch Selbstverletzungen gelten als Risikofaktor für vollendete Suizide (Braun-Scharm, Goth, Freisleider & Althoff, 2004; Shearer, Perters, Quaytman & Wademan, 1988).

Sowohl im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) als auch in der ICD-10 (WHO) ist das Vergeben der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bereits vor dem Alter von 18 Jahren möglich. Allerdings empfiehlt die American Psychiatric Association (2001) aufgrund der sich noch in der Entwicklung befindlichen Persönlichkeit bei Kindern und Adoleszenten eine vorsichtige Diagnosestellung. Somit ist auch das Stellen der Diag-

nose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter aufgrund der sich entwickelnden Symptomatik, der in der Pubertät üblicherweise vorliegenden Identitätsunsicherheit, emotionalen Schwankungen, instabilen Verhaltensmustern und der sich vollziehenden Entwicklungen häufig weitaus schwieriger als im Erwachsenenalter, wo zum Zeitpunkt der Diagnosestellung meist auf einen Zeitraum von mehreren Jahren Bezug genommen werden kann, der durch ein stabiles Muster typischer Verhaltens-, Denk- und Reaktionsmuster geprägt ist. Allerdings ergab die von Jerschke, Meixner, Richter und Bohus (1998) durchgeführte Befragung von 45 erwachsenen Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, dass 58,1% der Befragten bereits vor dem Alter von 19 Jahren aufgrund ihrer psychischen Problematik behandelt worden waren. Eine große Gruppe der von Jerschke et al. untersuchten Patienten zeigten bereits im Alter von 14 Jahren unterschiedliche psychische Erkrankungen und Symptome (Essstörungen, Selbstschädigung, Suizidversuche, Störungen des Sozialverhaltens, affektive Störungen), die einer stationären Behandlung bedurften. In der Literatur wird berichtet, dass sich akzentuierte Persönlichkeitsentwicklungen bzw. beginnende Persönlichkeitsstörungen bereits in der Kindheit, spätestens beginnend mit dem Grundschulalter zeigen (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian & Brooks, 1996; Kernberg, Weiner & Bardenstein 2001).

Somit scheint es sinnvoll, bei Auftreten von Symptomen frühzeitig therapeutisch zu intervenieren. Es stellt sich direkt die Frage, inwieweit durch eine frühzeitige therapeutische Intervention die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung abgeschwächt oder sogar aufgehalten/verhindert werden kann (vgl. Becker, El-Faddagh & Schmidt, 2004).

Komorbide psychiatrische Störungen sind bei Patienten, die an einem Borderline-Syndrom erkrankt sind, häufig. Zanarini, Williams, Lewis und Reich (1997) fanden bei 379 Patienten mit einer nach DSM-III-R diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung in 96% die Lifetime-Diagnose einer depressiven Erkrankung, 88,5% litten an einer Angststörung, 64% an Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit und 53% an einer zusätzlichen Essstörung. Die Komorbidität mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit einem Prozent nicht höher als es in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten wäre. Viele Patienten mit einer Borderline-Störung erfüllen hingegen zeitgleich die Kriterien für eine andere Persönlichkeitsstörung: Am häufigsten mit 50% „Dependente Persönlichkeitsstörungen“, gefolgt von „ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörungen“ (40%), „passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörungen“ (25%), „paranoide Persönlichkeitsstörungen“ (ca. 40%), „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ (25%) sowie „histrionische Persönlichkeitsstörungen“ (15%) (Zanarini et al., 1998a, 1998b).

Therapeutische Interventionen

Rotheram-Borus, Piacentini, Miller, Graae und Castro-Blanco (1994) konnten für Suizidversuche zeigen, dass sich durch in der Notaufnahme durchgeführte Interventionen bei Jugendlichen die Compliance, zu einem Folgetermin zu erscheinen, erhöhte. Zentrale Aspekte bestehen nach dem Behandlungsstandard der Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) im Aufbau einer Beziehung zu der oder dem suizidalen Jugendlichen und in der Betonung der Wichtigkeit der Behandlung (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001).

Im Gegensatz zu evaluierten Behandlungsprogrammen für depressiv erkrankte Jugendliche liegen für Jugendliche mit einer suizidalen und impulsiven oder emotional-instabilen Symptomatik keine evaluierten Behandlungsprogramme vor, Suizidalität ist in der Regel ein Ausschlusskriterium in bisher durchgeführten Therapiestudien.

Aufgrund des Fehlens spezifischer, evaluierter Therapien für suizidale und sich selbstverletzende Jugendliche wurde Mitte der 90er-Jahre von der Arbeitsgruppe um Alec Miller und Jill Rathus eine für Heranwachsende angepasste Form der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, 1996) entwickelt und in ersten Pilotuntersuchungen evaluiert (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler & Leigh, 1997; Katz, Cox, Gunasekara & Miller, 2004).

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Marsha Linehan zur Behandlung von Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Diagnosestellung nach DSM-Kriterien) entwickelt, die entweder chronische Suizidalität und/oder selbstverletzendes Verhalten zeigen. In einer kontrollierten Studie gegenüber einer randomisierten Patientinnengruppe, die ein so genanntes Treatment as usual (TAU) erhielten, erwies sich die DBT in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr gegenüber TAU signifikant überlegen in den Dimensionen Selbstverletzungen, Therapieabbrüche und Anzahl stationärer Behandlungstage. Die mit DBT behandelten Patientinnen zeigten außerdem bessere Ergebnisse in der sozialen Anpassung und in der Dimension Ärger (Linehan et al., 1991, 1994).

Die DBT ist eine manualisierte ambulante Psychotherapie, die in einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt wird (Linehan, 1996; Bohus & Berger, 1996). Hauptziele der DBT sind neben Motivationsförderung und Ressourcenaktivierung die Vermittlung von Verhaltensfertigkeiten. Eingesetzte Therapiestrategien in der Einzeltherapie sind verhaltens-therapeutische Behandlungselemente wie das Arbeiten mit Verhaltensanalysen und Verstärkerplänen. Hiermit werden Strategien zur Akzeptanz – auch dysfunktionaler Verhaltensmuster – balanciert.

Der Schwerpunkt der Einzeltherapie liegt im Erstellen der Behandlungsplanung, der Förderung und Stärkung der Motivation zur Veränderung, sowie in der Unterstützung dabei, neu erlernte Verhaltensfertigkeiten in das natürliche Umfeld zu generalisieren.

Zusätzlich zur Einzeltherapie findet einmal wöchentlich eine Fertigkeiten-Trainingsgruppe statt, in der Verhaltensfertigkeiten zu Innerer Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation und Zwischenmenschlichen Konfliktbereichen vermittelt werden (Linehan, 1996).

Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

Gegenüber der von Marsha Linehan für Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit selbstverletzendem Verhalten und/oder chronischer Suizidalität entwickelten und evaluierten Standard-DBT wurden für die Arbeit mit Heranwachsenden eine Reihe von Modifikationen vorgenommen, um die Behandlung der jugendlichen Zielgruppe anzupassen:

- Kürzere Behandlungsdauer: 16 Wochen
- Einschlusskriterien: Selbstverletzungen und/oder Suizidgedanken in den letzten vier Monaten und Erfüllen von mindestens drei der neun DSM-IV-Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im letzten Jahr
- Miteinbeziehen der Familie in die Einzel- und Gruppentherapie
- Teilnahme eines Familienmitgliedes an der Fertigkeiten-Trainingsgruppe
- Kürzung und Vereinfachung der Arbeits- und Übungsblätter der Fertigkeiten-Trainingsgruppe
- Ergänzung des Fertigkeiten-Trainings um ein neues Fertigkeiten-Modul (Walking the Middle Path; siehe auch Abb. 1)
- Formulierung dialektischer Dilemmata für Adoleszente

Überblick über Dauer, Ablauf und Behandlungselemente der DBT-A

Die DBT-A, die ebenso wie die Standard-DBT ambulant durchgeführt wird, umfasst einen Behandlungszeitraum von 16 Wochen. Behandelt wird in der DBT-A ebenso wie in der DBT in einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie.

Pro Woche findet eine einstündige Einzeltherapiesitzung statt, an der in regelmäßigen, individuell angepassten Abständen Familienmitglieder teilnehmen. An der

Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe nimmt außer den Jugendlichen jeweils eine enge Bezugsperson, meist ein Familienmitglied, teil. Im Vergleich zur DBT wurden einige Fertigkeiten gestrichen und die in der Gruppe verwendeten Arbeits- und Übungsblätter vereinfacht und der jugendlichen Zielgruppe angepasst (siehe Abb. 2 und 3). Außerdem wurde ein zusätzliches Modul eingeführt (Walking the Middle Path), in dem unter anderem auf spezifische Anforderungen an Familien, in denen Jugendliche leben, Bezug genommen wird.

Die Arbeitsgruppe von A. Miller und J. Rathus bietet im Anschluss an das DBT-A-Therapieprogramm eine wöchentlich für die Dauer von 75 Minuten stattfindende Follow-up-Gruppe für Jugendliche an, in der, nach einer kurzen Vermittlung von Verhaltensfertigkeiten, fertigkeitenorientierte Problemlösestrategien fokussiert werden. Wir bieten den Patienten im Anschluss an das DBT-A-Therapieprogramm in monatlichen Abständen noch drei fertigkeitenorientierte 15-minütige Anschlusstermine an, da das Interesse der Jugendlichen an einer Follow-up-Gruppe bisher nicht vorhanden war.

Ebenso wie in der DBT stellt die wöchentliche Therapeuten-Team-Besprechung einen zentralen Bestandteil der DBT-A dar.

Warum wird die Familie mit in die Therapie einbezogen?

Das der DBT zugrunde liegende Störungsmodell ist die so genannte biosoziale Theorie, ein neurobehaviorales Modell zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Linehan, 1996; Bohus, 2002). Es wird davon ausgegangen, dass die gezeigten Symptome auf der Grundlage einer Kombination aus biologisch bedingter (emotionaler) Vulnerabilität und invalidierender Umgebung entstehen.

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen nach dieser Theorie eine genetisch determinierte höhere Anfälligkeit für intensive emotionale Reaktionen mit Defiziten in der Emotionsregulation. Die biosoziale Theorie postuliert, dass sich die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verbundenen Symptome dann entwickeln, wenn ein Kind mit den genannten genetischen Voraussetzungen in einer invalidierenden Umgebung aufwächst. Marsha Linehan führte den Begriff des invalidierenden Umfeldes in die psychotherapeutische Terminologie ein. Hierunter wird verstanden, dass im Entwicklungsverlauf von Individuen, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln, durch die unmittelbaren Bezugspersonen Äußerungen in Bezug auf Emotionswahrnehmung und -ausdruck und Selbstbeschreibungen missachtet, zurückgewiesen oder als nicht stimmig bezeichnet werden. Aufgrund der im Vorder-



Dialektisch-Behaviorale Therapie

Schwierigkeiten (Zu verringernde Verhaltensmuster)	⇒	Fertigkeiten (Zu erlernende Verhaltensmuster)
Identitätsstörung (Du weißt nicht, wie Du Dich fühlst)	⇒	Achtsamkeit
Impulsivität (Du handelst, ohne vorher darüber nachzudenken)	⇒	Stresstoleranz
Emotionale Instabilität (schnelle, intensive Stimmungswechsel ohne viel Kontrolle)	⇒	Emotionsregulation
Zwischenmenschliche Probleme (Schwierigkeiten, mit anderen klar zu kommen)	⇒	Zwischenmenschliche Fertigkeiten
Jugendlichen- & Familien-Dilemmata (extremes Denken, Fühlen und Handeln; z.B. „Alles- oder Nichts-Denken“)	⇒	Walking the Middle Path

Auszug aus: Arbeitsbuch Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

V. 2.3. © Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Böhme, Fleischhaker, Mayer-Bruns, Schulz [Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg], 2001. © Englisches Original Miller, Rathus & Landsman (1999).

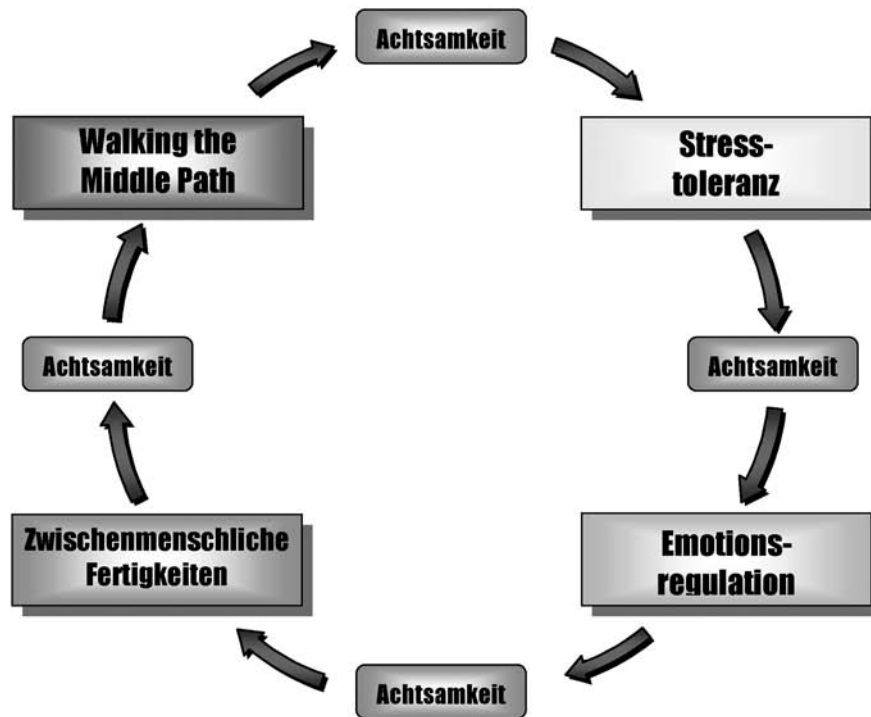
Abbildung 1. Info zur Dialektisch-Behaviorale Therapie (Auszug aus dem DBT-A Manual V.2).

grund stehenden klinischen Schwierigkeiten entwickelte Marsha Linehan komplementär zu diesen die zu erlernenden Verhaltensmuster („Fertigkeiten“, siehe Abb. 4). Als zusätzliches Modul wurde von Miller und Rathus im Jugendlichenbereich für die so genannten Jugendlichen- und Familiendilemmata das Modul „Walking the Middle Path“ eingeführt. Retrospektive Erhebungen an Erwachsenen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ergaben, dass die überwiegende Mehrzahl von ihnen eine Traumatisierung oder Vernachlässigung während der Kindheit

und Jugend berichtet (Zanarini et al., 1997). In einer Studie von Heffernan und Cloitre (2000) zeigte sich die Bedeutung des Fehlens einer Schutz und Sicherheit gewährenden Bezugsperson, die die Wahrnehmung der Individuen teilt und ihre emotionalen Reaktionen bestätigen kann. Dies konnte in einer Studie an Kindern, die eine Borderline-Pathologie zeigen, und in die aktuelle Beobachtungen aus verschiedenen Quellen eingingen, bestätigt werden (Zelkowitz, Paris, Gudzer & Feldman, 2001).



Fertigkeiten-Training: Ablaufschema



Auszug aus: Arbeitsbuch Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

V. 2.3. © Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Böhme, Fleischhaker, Mayer-Bruns, Schulz [Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg], 2001. © Englisches Original Miller, Rathus & Landsman (1999).

Abbildung 2. Info zum Fertigkeiten-Training: Ablaufschema (Auszug aus dem DBT-A Manual V.2).

DBT-A-Einzeltherapie

Aufgaben der Einzeltherapie und Therapieziele

Oberstes Therapieziel der DBT-A ist das Verhindern beziehungsweise Verringern suizidaler und selbstverletzender Verhaltensmuster. Dann folgen sämtliche Verhaltensmuster, die die Teilnahme an und die Durchführung von effektiver Psychotherapie erschweren oder sogar unmöglich machen. Wenn – plakativ formuliert – gewährleistet ist, dass der oder die Jugendliche am Leben bleibt und sich in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung

be findet, also die Basis für eine kontinuierliche Therapie gegeben ist, werden weitere individuelle Behandlungsziele ausgewählt und bearbeitet (z.B. Stimmungsschwankungen, starke Ängste oder phobische Störungen, Essstörungen oder Missbrauch von Substanzen). Diese werden individuell nach Schwere-, Beeinträchtigungs- und Leidensgrad hierarchisiert. Die gesamte Zielhierarchie ist dynamisch. Tritt im Behandlungsverlauf zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten auf, hat dies unmittelbar oberste Priorität.

Schwerpunkt der Einzeltherapie ist neben der Auswahl und Bearbeitung der Therapieziele die Motivationsförderung, d. h. ein gezieltes Arbeiten an der Bereitschaft



Mit Stress und unangenehmen Gefühlen zurechtkommen: warum sich damit beschäftigen?



Mit Schmerz umgehen zu können ist aus drei Gründen wichtig:

1. Schmerz ist ein Teil des Lebens und kann nicht immer vermieden werden
2. Wenn Du mit Deinem Schmerz nicht umgehen kannst, handelst Du möglicherweise impulsiv
3. Wenn Du impulsiv handelst, schädigst Du Dich vielleicht selbst oder bekommst nicht das, was Du möchtest



Auszug aus: Arbeitsbuch Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

V. 2.3. © Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Böhme, Fleischhaker, Mayer-Bruns, Schulz [Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg], 2001. © Englisches Original Miller, Rathus & Landsman (1999).

Abbildung 3. Arbeitsblatt Stresstoleranz • 1: Mit Stress und unangenehmen Gefühlen zurechtkommen: warum sich damit beschäftigen? (Auszug aus dem DBT-A Manual V.2).

der Patientinnen, dysfunktionale Verhaltensmuster aufzugeben und durch alternative Verhaltensmuster zu ersetzen.

Darüber hinaus ist es Aufgabe der Einzeltherapie, die Patientinnen dabei zu unterstützen, die im Rahmen der Fertigkeiten-Trainingsgruppe erlernten Fertigkeiten in ihr natürliches Umfeld zu generalisieren.

Telefon

Zusätzlich zur einmal pro Woche stattfindenden Einzeltherapiesitzung haben Patientinnen die Möglichkeit, in Krisensituationen telefonischen Kontakt zum Einzel-

therapeuten aufzunehmen. In diesen Telefonaten erhalten Patientinnen eine kurze, fertigkeitenorientierte Unterstützung zur Lösung der aktuellen schwierigen Situation. Ist es bereits zu einer Selbstverletzung gekommen, gilt als Verstärkerentzug (d.h. als Löschung) eine 24-stündige Kontaktsperre zum Einzeltherapeuten; ausgenommen hiervon ist akute Suizidalität.

Weitere Gründe, telefonischen Kontakt zum Einzeltherapeuten aufzunehmen, sind die Mitteilung guter Nachrichten und das Reparieren der therapeutischen Beziehung.

Die Regeln zur Erreichbarkeit der Therapeuten sind individuell; die persönlichen Grenzen der jeweiligen Therapeuten sollten hierbei immer gewahrt bleiben.



Fertigkeiten zur Krisenbewältigung: Übersicht

Diese Fertigkeiten kannst Du einsetzen, um schmerzhaftere Ereignisse und Gefühle auszuhalten, wenn die Situation sich nicht gleich verändern läßt:



- Sich Ablenken
- Sich Beruhigen
- Den Augenblick verbessern
- Vor- und Nachteile abwägen
- Radikales Akzeptieren der Realität

Auszug aus: Arbeitsbuch Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A)

V. 2.3. © Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Böhme, Fleischhaker, Mayer-Bruns, Schulz [Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg], 2001. © Englisches Original Miller, Rathus & Landsman (1999).

Abbildung 4. Arbeitsblatt Stresstoleranz • 2: Fertigkeiten zur Krisenbewältigung: Übersicht (Auszug aus dem DBT-A Manual V.2).

Wochenprotokoll

Alle Patientinnen protokollieren auf einem standardisierten Formular täglich ihre Befindlichkeit, eventuell aufgetretene Selbstverletzungen, Medikamenteneinnahme, Drogen- oder Alkoholkonsum und andere individuell definierte Zielsymptome, sowie eingesetzte Fertigkeiten und deren Wirksamkeit (siehe Abb. 5). Dies dient der Verbesserung der Selbstbeobachtung der Patientin und vermittelt den Therapeuten zu Beginn der Einzeltherapiestunde einen raschen Überblick über Befindlichkeit und Verhalten der Patientin im Verlauf der vergangenen Woche. Das Wochenprotokoll wird zu Beginn jeder Einzeltherapiesitzung gemeinsam vom Therapeuten und Patientin durchgesehen und dient der Erstellung der Agenda für die jeweilige Stunde. Die Agenda folgt der oben ausgeführten dynamischen Hierarchie in Kombination aktueller Ziele mit Zielen im Rahmen der langfristigen Behandlungsplanung. Sollte das Wochenprotokoll von

der Patientin nicht oder nur unvollständig ausgefüllt sein, wird dies zu Beginn der Therapiestunde gemeinsam nachgeholt.

Familie

Die Familie wird in die Einzeltherapie regelmäßig mit einbezogen. Von den New Yorker Entwicklern der DBT-A wird vorgeschlagen, jede vierte Sitzung erst zur Hälfte mit den Jugendlichen und dann in der zweiten Hälfte gemeinsam mit einem oder mehreren Familienmitgliedern durchzuführen. Unsere eigenen Erfahrungen sind, dass es sinnvoll sein kann, diese Vorgabe je nach Behandlungsplanung flexibler zu handhaben. Eine halbe Therapiestunde pro Monat gemeinsam mit den Familienangehörigen erscheint uns dabei als Minimum. Wir haben meist einen Elternteil in zweiwöchigen Abständen in der zweiten Hälfte der Einzeltherapiesitzung in die Behandlung mit einbezogen.

DBT-Wochenprotokoll für Jugendliche				Dienste Initialen			In der Sitzung ausgefüllt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wie oft hast Du diese Liste ausgefüllt? <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 2 bis 3 mal <input type="checkbox"/> 1 mal			Beginn am:								
Zeitpunkt	Substanzgebrauch				Selbstverletzung		Suizidalität		Schule		Anderes		Gefühle					Fertigkeiten			
	Drang etwas zu nehmen 0-5	Alkohol Was genau? Wieviel	Drogen Was genau? Wieviel	Medikamente Was genau? Wieviel	Gedanken 0-5	Handlung ja/nein	Gedanken 0-5	Handlung ja/nein	hin- gehen ja/nein	Risikant ter Sex ja/nein	Was genau? 0-5	Gedanken 0-5	Handlung ja/nein	Körper 0-5	Angst 0-5	Freude 0-5	Liebe 0-5		Neid 0-5	Schuld 0-5	Traurigkeit 0-5
Datum																					
Montag																					
Dienstag																					
Mittwoch																					
Donnerstag																					
Freitag																					
Samstag																					
Sonntag																					

Legende 0-5:

0 = überhaupt nicht
1 = ein bisschen
2 = irgendwie schon
3 = ziemlich
4 = stark
5 = extrem stark

Legende 0-7:

0 = nicht dran gedacht – nicht gemacht
1 = dran gedacht – wollte es nicht machen
2 = dran gedacht – wollte es machen
3 = hab es versucht – konnte es nicht machen
4 = hab es versucht – hat nicht geholfen
5 = hab es versucht – hat geholfen
6 = automatisch gemacht – hat nicht geholfen
7 = automatisch gemacht – hat geholfen

Datum der Sitzung: _____

Vor der Sitzung	Nach der Sitzung
0-5	0-5
Drang, sich selbst zu verletzen	
Drang, die Therapie zu beenden	
Not / Elend	

V.2.1 © Deutsche Übersetzung Böhme, Fleischhaker, Mayer-Bruns, Schulz (Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums der Universität Freiburg, 2001).
© Englisches Original Miller, Rathus & Lindeman (1998).

Abbildung 5. Wochenprotokoll (Auszug aus dem DBT-A Manual V2).

Die Inhalte dieser Sitzungen werden entsprechend der individuellen Behandlungsplanung gewählt. Es sollte immer darauf geachtet werden, dass die Jugendlichen neu erlernte Verhaltensfertigkeiten direkt umsetzen. Hierzu kann eine Zweiteilung der Therapiestunde hilfreich sein: In der ersten Hälfte werden Fertigkeiten ausgewählt und, zum Beispiel im Rollenspiel, eingeübt, in der zweiten Hälfte praktizieren die Jugendlichen gemeinsam mit den Familienmitgliedern die Fertigkeiten „in vivo“ mit direktem Feedback durch den Therapeuten.

Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe

Die halboffene Gruppe, die von zwei Therapeuten geleitet wird, findet einmal pro Woche für die Dauer von zwei Stunden statt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind insgesamt etwa sechs Patientinnen und Patienten und jeweils eine konstante enge Bezugsperson, meistens die Mutter.

Ziele der Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe sind Psychoedukation und Verhaltensmodifikation letztendlich aller Familienmitglieder. Konkrete Verhaltensfertigkeiten werden den Teilnehmenden vermittelt, von diesen an die übrigen Familienmitglieder weitergeleitet und von allen geübt. Ein weiteres Ziel ist die Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation. Die Unterstützung bei der Generalisierung der in der Gruppe vermittelten Fertigkeiten in den Alltag ist Aufgabe der Einzeltherapie.

Folgende Hauptaspekte zielen auf die Familie als Ganzes:

- Es wird ein wertfreies Störungsmodell von emotionaler Instabilität und selbstverletzenden Verhaltensmustern vermittelt.
- Durch die Vermittlung von lerntheoretischen Grundlagen wird direkt dazu beigetragen, dysfunktionale Verhaltensmuster nicht weiter im Alltag zu verstärken.
- Die Vermittlung von Verhaltensfertigkeiten bzgl. Stresstoleranz, Emotionsregulation und der Verbesserung zwischenmenschlicher Fertigkeiten erfolgt sowohl für die Jugendlichen als auch für einen Elternteil, d.h. beide profitieren direkt von der Teilnahme an der Gruppe. Unter Berücksichtigung des bio sozialen Modells, wonach ein Faktor in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung ein invalidierendes Umfeld ist, in dem Verhaltensdefizite bestehen, ergeben sich direkt positive Effekte auf die häusliche Kommunikation in Richtung häufigerer gegenseitiger Validierung. Hierdurch wird eine häusliche Umgebung geschaffen, die es allen ermöglicht, neue Verhaltensmuster anzuwenden und so eine weitere Ver-

stärkung dysfunktionaler Verhaltensmuster zu vermeiden.

- Den Eltern wird vermittelt, wie sie ihre Kinder beim Erlernen neuer Fertigkeiten unterstützen können und sie bei deren Anwendung positiv verstärken können.
- Das Bearbeiten jugendtypischer Dilemmata in der Gruppe unterstützt die Familien im Prozess der Ablösung und Individualisierung der Jugendlichen.
- Oft ist es leichter, innerfamiliäre Konflikte und deren Lösungsmöglichkeiten an einer anderen Familie zu betrachten und dann auf die eigene Familie zu übertragen.

Überblick über den Ablauf der Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe

Die Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe gliedert sich in die fünf Module Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Walking the Middle Path. Das Modul Achtsamkeit umfasst insgesamt vier Sitzungen, die anderen vier Module jeweils drei Sitzungen (siehe Abb. 1).

Neue Teilnehmerinnen können jeweils alle vier Wochen in die Gruppe aufgenommen werden. In der ersten Sitzung eines Vierwochenblocks werden die allgemeinen Grundlagen der Behandlung besprochen und ein Überblick über die Fertigkeiten-Trainingsgruppe gegeben. Dann wird das Modul Achtsamkeit vermittelt. In den folgenden drei Wochen folgt eines der vier anderen Module (Stresstoleranz, Emotionsregulation, Zwischenmenschliche Fertigkeiten, Walking the Middle Path). Die individuell durchlaufene Reihenfolge hängt vom Einstiegszeitpunkt ab. Nach jeweils 16 Behandlungswochen haben die Teilnehmerinnen alle Module durchlaufen (siehe Abb. 2).

In der ersten Hälfte der zweistündigen Gruppensitzung werden Hausaufgaben der Vorwoche besprochen, die auf einem Fertigkeiten-Wochenprotokoll dokumentiert werden. Nach einer kurzen Pause werden neue Fertigkeiten erarbeitet, durch die Therapeuten modellhaft vorgestellt, in der Gruppe besprochen oder direkt ausprobiert (z. B. im Rollenspiel). Das Üben in passenden Situationen wird als Hausaufgabe gegeben. Hier sollten die Prinzipien des Shapings eingehalten werden: insbesondere zu Beginn des Fertigkeitentrainings, wenn Fertigkeiten neu erlernt werden, sollten diese von Patientinnen und auch Familienmitgliedern nicht in schwierigen Situationen ausprobiert werden. Erst wenn Fertigkeiten in leichteren Situationen sicher beherrscht werden und wirksam sind, sollten sie allmählich auch in schwierigeren Situationen eingesetzt werden. Wichtig ist, das Einsetzen von Verhaltensfertigkeiten direkt zu verstärken und Rückmeldung zu geben.

Methodik der DBT-A-Pilotstudie

Die Teilnahme an der Pilotstudie zur DBT-A wird in unserer Ambulanz allen Patientinnen mit selbstverletzenden und/oder suizidalen Verhaltensweisen – und folglich auch deren Eltern – angeboten. Die Pilotstudie wurde zunächst auf weibliche Patienten beschränkt, um eine größere Homogenität der Stichprobe zu gewährleisten. Aus pragmatischen und inhaltlichen Gründen werden darüber hinaus folgende Ein- und Ausschlusskriterien definiert:

Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 13 und 19 Jahren,
- parasuizidale Verhaltensmuster in den letzten 16 Wochen oder aktuell bestehende Suizidgedanken,
- Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Erfüllen von mindestens drei DSM-IV-Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Ausschlusskriterien:

- Kognitive Leistungsfähigkeit entsprechend eines Intelligenzquotienten (im CFT-20 oder HAWIK) von kleiner 70,
- aktuelle psychotische Erkrankung,
- Suchterkrankung als Erstdiagnose,
- deutliche Schwierigkeiten, zu lesen oder sich verbal auszudrücken.

Aufgrund des ambulanten Settings der DBT-A müssen die teilnehmenden Jugendlichen und ihre Eltern damit einverstanden sein, an zwei Therapieterminen (Einzeltherapie unter regelmäßigem Einbeziehung der Eltern und Gruppentherapie) pro Woche teilzunehmen. Die Einzel- und Gruppentherapiesitzungen finden in den Räumen der Ambulanz unserer Abteilung statt. An der Gruppentherapie nehmen fünf bis zwölf Personen teil (bis zu fünf Jugendliche, Eltern und zwei Therapeuten).

Die Patientinnen und ihre Eltern melden sich entweder aufgrund der Symptomatik selbst in der Ambulanz oder werden uns von niedergelassenen Kollegen zugewiesen.

Vor Einschluss in die Pilotstudie gelangen zusätzlich zu den genannten Ein- und Ausschlusskriterien folgende standardisierten Instrumente im Rahmen eines Diagnostiktermins zur Anwendung:

- SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 2000),
- Unterteile des Diagnostischen Interviews K-SADS-PL in deutscher Version (Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Stadler & Pouska, 2000): Störung des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeits-Defizit- und hypermotorische Störung,
- SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 2000).

Das SKID-I wurde zur Erfassung von Achse-I-Störungen (DSM-IV, 1996) durchgeführt (affektive Störungen, psychotische Störungen, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Anpassungsstörungen). Zur Erhebung von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens, eines Aufmerksamkeits-Defizits und einer hypermotorischen Störung wurden Unterteile des Diagnostischen Interviews K-SADS-PL in deutscher Version verwendet, Achse II Störungen (DSM-IV, 1996) wurden durch das SKID-II erfasst (selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (PS), dependente PS, zwanghafte, negativistische PS, depressive PS, paranoide PS, schizotypische PS, schizoide PS, histrionische PS, narzisstische PS, Borderline PS, antisoziale PS).

Nach dem Einschluss einer Patientin in die Pilotstudie werden noch vor Beginn der Therapie weitere Untersuchungsinstrumente zur Anwendung gebracht. Von diesen sind im Folgenden nur diejenigen genannt, die auch in dieser ersten Auswertung verwendet werden:

- LPC, Lifetime Parasuicide Count (Linehan & Comtois, 1994),
- THI, Treatment History Interview (Linehan, 1987),
- GAF, Global Assessment Scale of Functioning (DSM-III-R, 1991).

Der LPC dient der Erfassung von parasuizidalem Verhalten, das THI der Erhebung der früheren medizinischen und therapeutischen Behandlungen, der GAF der globalen Beurteilung der Leistungsfähigkeit.

Vier Wochen nach Abschluss des Therapieprogramms gelangen die obigen Untersuchungsinstrumente erneut im Rahmen eines ersten Nachuntersuchungstermins zur Anwendung. Beim zweiten Nachuntersuchungstermin ein Jahr nach Therapieende werden zusätzlich zu den zuvor genannten Untersuchungsinstrumenten die des ersten Diagnostiktermins erneut verwendet (siehe Tab. 3).

Wegen des erheblichen Aufwandes wurde zunächst eine Pilotstudie ohne die aus methodischen Gründen eigentlich notwendige Kontrollgruppe durchgeführt, um zunächst die Praktikabilität und die klinische Effektivität des Therapieprogramms zu evaluieren.

Aufgrund der in der Literatur publizierten hohen Effekstärken konnte im Rahmen der Studie mit einem Prä-Post-Design die Zahl der Patienten auf zwölf beschränkt werden.

In der vorliegenden Pilotstudie zur DBT-A wurde nach einer Vorbereitungsphase am 1.10.2001 mit der Rekrutierung und Behandlung von Patienten unter Einschluss ihrer Familien begonnen. Bis zu den Sommerferien 2003 haben zwölf Patientinnen das standardisierte Therapieprogramm beendet. Zur Auswertung einschließlich des ersten Nachuntersuchungstermins gelangten alle zwölf Patienten.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

In diese erste Auswertung der prospektiven, offenen klinischen Therapiestudie wurden alle Patientinnen eingeschlossen, die seit dem 1.10.2001 die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten und die bis zum 1.8.2003 das Therapieprogramm abgeschlossen hatten. In die vorliegende Therapiestudie konnten alle Patienten eingeschlossen werden, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten und die aufgrund der Entfernung zum Wohnort in der Lage waren, die ambulanten Therapietermine wahrzunehmen.

Im Rahmen der Gruppentherapie wurden neun Patientinnen (75%) von ihren Müttern begleitet. Bei den anderen drei Jugendlichen war es den Eltern aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich, an der Gruppentherapie teilzunehmen (z.B. Wohnort der Eltern mehr als 200 km entfernt, keine zeitlichen Ressourcen), so dass in diesen Fällen keine Elterngespräche stattfanden und sich die Behandlung in der Einzeltherapie ausschließlich auf die Jugendlichen selbst konzentrierte. In der aktuell laufenden Therapiegruppe konnten auch ein Vater und eine Bezugserzieherin in die Gruppentherapie erfolgreich integriert werden. Von den Patientinnen lebten vier mit beiden Eltern gemeinsam in einer Wohnung (33,3%), ebenfalls vier lebten gemeinsam mit der allein erziehenden Mutter, und jeweils zwei Jugendliche (16,7%) lebten entweder vollständig selbstständig in einer eigenen Wohnung oder gemeinsam mit einem leiblichen und einem Stiefelternteil.

Die Patientinnen waren bei Beginn der Behandlung im Mittel 16,25 Jahre alt (Standardabweichung: 1,75) mit einer Altersspanne zwischen 13 und 19 Jahren. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Jugendlichen war mit einem Mittelwert des IQ von 112 (Standardabweichung: 14,6) und einer Spannweite zwischen 95 und 135 etwas in den oberen Bereich verschoben.

Diagnosen

Die durchgeführte standardisierte Diagnostik ergab bei jeder der behandelten Patientinnen mindestens eine Achse-I-Lebenszeitdiagnose. Im Mittel wurden pro Patientin zwei Diagnosen vergeben (Spannweite: eins bis fünf). Am häufigsten fanden sich Neurotische und Belastungsstörungen (bei 66,7% der Patienten), am zweithäufigsten affektive Störungen (50%) gefolgt von Essstörungen (41,7%) und schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, Cannabinoiden und Halluzinogenen (33,3%) und einer Störung des Sozialverhaltens (siehe Tab. 1).

Tabelle 1. Lebenszeit-Diagnosen auf Achse I, die in der DBT-A Pilotstudie gestellt wurden ($n = 12$ Patienten)

	Diagnose Achse I	n	%
F1	schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, Cannabinoiden und Halluzinogenen	4	33,3
F3	Affektive Störungen	6	50,0
F4	Neurotische und Belastungsstörungen	8	66,7
F50	Essstörungen	5	41,7
F9	Störungen des Sozialverhaltens	1	8,3

Das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen wurde unter Verwendung des SKID-II evaluiert. Außer bei zwei Patientinnen ergab sich im SKID-II bei allen anderen Patientinnen mindesten eine Persönlichkeitsstörung. Bei zehn Patientinnen waren die Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (83,3%) erfüllt und bei vier von diesen lag zusätzlich eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (33,3%) vor.

Von den neun diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-IV) erfüllten die zwölf Patientinnen im Mittel 5,6 Kriterien mit einer Spanne zwischen vier und acht Kriterien pro Patientin. Bei allen Patientinnen war das Kriterium 5 (wiederkehrende Suiziddrohungen ... oder selbstschädigendes Verhalten) und Kriterium 6 (affektive Instabilität) gegeben, hingegen nur einmal war Kriterium 9 (vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen ...) erfüllt. Die übrigen Kriterien hatten jeweils vier bis neun Nennungen (siehe Tab. 2).

Suizidversuch und selbstverletzendes Verhalten vor Therapiebeginn

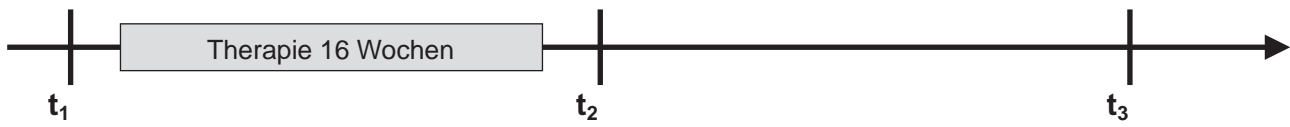
Suizidversuche waren außer bei zwei Patientinnen bei allen in der Vorgeschichte zu eruieren. Bei allen Patientinnen lagen bei Beginn der Therapie Suizidgedanken vor.

Selbstverletzendes Verhalten, zumeist im Sinne von sich Schneiden und Ritzen, war bei allen außer einer der behandelten Jugendlichen vorhanden. Das selbstverletzende Verhalten dauerte bei Therapiebeginn schon zwischen acht und 38 Monate an (Mittelwert: 22,9 Monate; Std.: 8,8). Im Monat vor Therapiebeginn trat das selbstverletzende Verhalten im Mittel 3,6-mal auf mit einer Spannweite zwischen eins und 13.

Tabelle 2. Häufigkeit der 9 Diagnostische Kriterien der Borderline – Persönlichkeitsstörung (DSM-IV), die in der DBT-A Pilotstudie gestellt wurden ($n = 12$ Patienten)

Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)	<i>n</i>	%
Verzweifelter Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern	8	66,7
Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen	9	75
Identitätsstörung	7	58,3
Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen	9	75
Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder Selbstverletzendes Verhalten	12	100
Affektive Instabilität	12	100
Chronisches Gefühl der Leere	5	41,7
Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren	9	33,3
Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome	1	8,3

Tabelle 3. Übersicht zu den in die DBT-A Pilotstudie eingeschlossenen Patienten



Zeitpunkt	t_1	t_2	t_3
Anzahl Patienten	$n = 12$	$n = 12$	$n = 12$
Verwendete Instrumente vor Therapie zusätzlich: SKID I & II sowie K-SADS-PL	GAF LPC THI	GAF LPC THI	GAF LPC THI
Anzahl der Suizidversuche pro Patient	1,17	0	Patienten noch nicht vollständig nachuntersucht
Häufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens pro Monat (Mittelwert \pm Std.)	$4,6 \pm 6,2$	$0,3 \pm 0,4$ Wilcoxon $p = 0,027$	
Globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit GAF	$58,3 \pm 11,1$	$72,5 \pm 16,6$ Wilcoxon $p = 0,017$	
Anzahl stationärer Behandlungstage	ein Jahr vor Therapie: 145	während der Therapie: 0	

Abbruchraten

Von den zwölf Patientinnen, die das DBT-A-Therapieprogramm begonnen haben, beendeten neun Jugendliche (75%) das Therapieprogramm. Von den drei Patientinnen (25%), die die Behandlung abgebrochen haben, war eine Jugendliche aufgrund erheblicher sozialphobischer Symptome nicht in der Lage, regelmäßig die Termine in der Ambulanz wahrzunehmen. Eine Patientin und ihre Mutter fühlten sich nach Absolvieren des Stresstoleranzmoduls soweit stabilisiert, dass beide Seiten keinerlei

Therapiebedarf mehr sahen und die Behandlung beendeten. Die dritte Patientin zeigte bei hoher Chronifizierung der Symptomatik wenig Therapiemotivation und auch die Eltern waren trotz intensiver Familiengespräche nicht dazu bereit, krankheitserhaltende Strukturen zu verändern. Die Familie beendete schließlich die Behandlung vorzeitig.

In der Gruppentherapie wurde zusätzlich die Teilnahme einer Mutter von Seiten des Behandlungsteams beendet, da diese aus beruflichen Gründen zu viele Fehltermine hatte.

*Kasten 1. Fallbeispiel für einen Therapieabbruch***Vorstellungsanlass**

Nach sechsmonatiger ambulanter Vorbehandlung bei einer analytisch arbeitenden Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie wurde Elisabeth zur stationären, langfristigen, tiefenpsychologisch orientierten Behandlung in eine entsprechende jugendpsychiatrische Fachklinik aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt standen Selbstverletzungen in Form von Schneiden mit Rasierklingen in wechselnder Frequenz von bis maximal dreimal täglich aufgrund innerer Anspannung, Suizidgedanken sowie Hoffnungslosigkeit im Vordergrund der Symptomatik. Nach dem Schneiden trete ein Hochgefühl auf, das bis zu einem Tag anhalte. Elisabeth schilderte weiterhin eine innere Leere sowie eine ausgeprägte Unsicherheit bzgl. des Selbstbildes. Vor allem in den Abendstunden, gelegentlich auch vor dem Einschlafen käme es zu Depersonalisations- bzw. Derealisationserleben. Sonstige impulsive Handlungsmuster seien Erbrechen, seit dem 15. Lebensjahr regelmäßig mit Fressanfällen ca. alle drei Tage auftretend. Außerdem bestünden seit Jahren Einschlafprobleme. Während der achtmonatigen stationären, psychotherapeutischen Behandlung zwei Suizidversuche mit jeweils mehrwöchiger Verlegung auf unsere jugendpsychiatrische Akutstation. Nach Entlassung aus der stationären jugendpsychiatrischen Behandlung Aufnahme in das DBT-A Projekt. Zu diesem Zeitpunkt erfüllte Elisabeth sechs von neun Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entsprechend DSM-IV.

Psychopathologischer Befund

Altersentsprechend wirkendes, 18-jähriges Mädchen, allseits orientiert, wach, bewusstseinsklar. Es ergeben sich keine Hinweise auf inhaltliche oder formale Denkstörungen, keine Wahnvorstellung, keine Ich-Funktionsstörungen. Vom Affekt leicht herabgestimmt, im Gespräch jedoch immer wieder gut schwingungsfähig. Während der bisherigen ambulanten Kontakte keine Hinweise auf eine akute Eigengefährdung bei jedoch häufig bestehenden passiven Todeswünschen. Die Symptome einer Essstörung sistieren seit einem Jahr. Selbstverletzende Verhaltensweisen kontinuierlich vorhanden wie oben beschrieben.

Behandlungsverlauf

Für vier Wochen gelang es Elisabeth, kontinuierlich an den Terminen der Einzel- und Gruppentherapie teilzunehmen. Der Mutter von Elisabeth sei es aufgrund einer hohen beruflichen Belastung nicht möglich gewesen, an den Terminen der Gruppentherapie teilzunehmen.

In der Einzeltherapie wurden mit Elisabeth auf der Grundlage ausführlicher Verhaltensanalysen vor allem selbstverletzende Verhaltensweisen und suizidale Verhaltensmuster bearbeitet. Darüber hinaus wurde gemeinsam mit Elisabeth versucht, einen kontinuierlichen Schulbesuch zu erreichen.

Nach einer zunächst erreichten deutlichen Stabilisierung der Symptomatik mit Sistieren der selbstverletzenden Verhaltensweisen und kontinuierlichem Schulbesuch über acht Wochen kam es erneut zu vermehrten Fehlzeiten, so dass Elisabeth schließlich die ihr insgesamt zugestandenen vier Fehltermine in der Gruppentherapie überschritten hatte und nun eine weitere Teilnahme im Therapieprogramm nicht mehr als sinnvoll erachtet werden konnte. Elisabeth wurde daraufhin von der weiteren Therapie im Rahmen des DBT-A Projektes ausgeschlossen.

In der weiteren ambulanten Behandlung wurde gemeinsam mit Elisabeth in mehreren Anläufen versucht, eine stationäre Behandlung erneut zu beginnen. Mehrere stationäre Behandlungsangebote in unterschiedlichen Kliniken wurden entweder aufgrund der erheblichen Ambivalenz der Patientin erst gar nicht begonnen oder innerhalb der ersten Woche der Behandlung abgebrochen. Auf der Symptomebene gelang es Elisabeth, nach Beendigung der DBT-A Behandlung über einen Zeitraum von bisher zwei Jahren trotz erheblicher suizidaler Impulse keinen erneuten Suizidversuch zu begehen, das selbstverletzende Verhalten trat jedoch erneut kontinuierlich mehrmals pro Woche auf. Elisabeth wohnte weiterhin in der gemeinsamen Wohnung mit ihrer Mutter, es gelang ihr weder einen Schulabschluss zu erreichen noch eine Ausbildung oder Arbeit zu beginnen.

Outcome vier Wochen nach Abschluss des Therapieprogramms

Während und nach Abschluss des Therapieprogramms waren keine Suizidversuche zu verzeichnen. Selbstverletzendes Verhalten sistierte zunächst im Rahmen der Behandlung rasch bei allen Patientinnen, trat dann jedoch bei einigen zum Behandlungsende in verminderter Häufigkeit erneut auf, was wir vor allem in Verbindung

mit dem Abschiednehmen vom Einzeltherapeuten sehen. In den letzten vier Behandlungswochen reduzierte sich das selbstverletzende Verhalten jedoch auch bei diesen Patienten erneut. Beim Vergleich der Häufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens im Monat vor Therapiebeginn (im Mittel 4,6 selbstverletzende Verhaltensweisen pro Patientin) zur Häufigkeit im Monat nach Therapieende (im Mittel 0,3 selbstverletzende Verhaltensweisen) zeigt sich eine deutliche und signifikante Reduktion dieser Zielsymptomatik der DBT-A (Wilcoxon Test:

Kasten 2. Fallbeispiel für einen positiven Behandlungsverlauf**Vorstellungsanlass**

Die dreizehnjährige Melanie wurde am 20.12.02 erstmals in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt, da sie im Sommer 2002 begonnen hatte, sich ein bis zweimal pro Tag oberflächlich zu ritzen, um laut eigener Angaben schlechte Gefühle besser ertragen zu können. Ein halbes Jahr vor Erstvorstellung sei es zu einem Suizidversuch gekommen. Melanie habe damals Tabletten genommen, es ihren Eltern erst zwei Tage danach erzählt. Ein Arztbesuch sei nicht erfolgt. Die Eltern und Melanie berichteten über heftige Gefühlsschwankungen von Melanie. An weiteren Schwierigkeiten beschrieben die Eltern, dass sich Melanie extrem sexy kleide und an Klassenfahrten teilnehmen wolle, was die Eltern aufgrund ihres Glaubens nur schwer tolerieren konnten. Durch das Ritzen erreiche Melanie viel Aufmerksamkeit von den Eltern und ihren Klassenkameraden, wo sie das Ritzen publik gemacht habe. Suizidgedanken oder Suizidabsichten bestanden zu Beginn der Behandlung nicht mehr. Bei Aufnahme in das DBT-A Projekt erfüllte Melanie vier von neun Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entsprechend DSM-IV.

Psychopathologischer Befund

Freundliches, altersentsprechend wirkendes Mädchen, voll orientiert, bewussteinklar, kein Anhalt für Ängste, Zwänge oder psychotisches Erleben. Kein Anhalt für Störung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung. Formaler und inhaltlicher Gedankengang regelrecht. Melanie berichtet über extreme Stimmungsschwankungen, derzeit jedoch Stimmung in Mittellage. Affektiv schwingungsfähig, Antrieb und Psychomotorik unauffällig. Keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Selbstverletzendes Verhalten wie oben beschrieben.

Behandlungsverlauf

Melanie nahm ab Januar 2003 im Rahmen unseres ambulanten DBT-Programms an der Einzeltherapie und mit ihrer Mutter an der Fertigkeiten-Gruppe teil. Die Teilnahme an den Therapiesitzungen erfolgte sowohl von Mutter als auch Tochter regelmäßig, beide begannen, die erlernten Fertigkeiten im Alltag anzuwenden. Zu Beginn der Therapie bestand selbstverletzendes Verhalten in unveränderter Form und Ausprägung fort. Melanie nutzte mehrmals die Möglichkeit von Telefonkontakten mit der zuständigen Therapeutin. Wir besprachen in den Elterngesprächen krankheitsauslösende und -erhaltende Faktoren, wie zum Beispiel das Erregen von Aufmerksamkeit und Lockerung der recht rigiden Erziehungshaltung der Eltern durch das Ritzen und erarbeiteten einen Vertrag, der Melanie mehr Freiheiten ermöglichte. Nach ca. fünf Wochen sistierte selbstverletzendes Verhalten vollständig. Melanie beendete die Behandlung regulär in deutlich stabilisiertem Zustand. Auch die familiäre Dynamik hatte sich erheblich entspannt.

Nach der Behandlung trat in den ersten Monaten erneut selbstverletzendes Verhalten in Form von Ritzen auf, ein halbes Jahr nach Behandlungsende zeigte sich Melanie dann jedoch symptomfrei. Die vereinbarten Termine zur Verlaufskontrolle bestätigen bis jetzt die positive Entwicklung.

$p=0,027$). Auch in den ersten Nachuntersuchungen ein Jahr nach Therapieende sistierte das selbstverletzende Verhalten weiterhin fast vollständig.

Das Globalniveau der psychosozialen Anpassung, erhoben anhand der GAF, verbesserte sich ebenfalls deutlich von vor Therapiebeginn (im Mittel 58) zu einem Monat nach Therapieende (im Mittel 72,5). Diese Verbesserung der globalen psychosozialen Anpassung im Verlauf der Behandlung ist ebenfalls signifikant (Wilcoxon Test: $p=0,017$). Dieser positive Effekt, bezogen auf die psychosoziale Anpassung, bestätigt sich auch in den ersten Nachuntersuchungen ein Jahr nach Therapieende (siehe Tab. 3).

Diskussion

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente

(DBT-A) auch in der durch unsere Arbeitsgruppe auf deutsche Verhältnisse angepassten Version praktikabel durchzuführen ist.

In der dargestellten ersten Auswertung der Pilotstudie ergaben sich Abbruchraten von 25%, was bedeutet, dass 75% der Patienten die Therapie abschließen. Diese Quoten entsprechen den Angaben aus der Literatur für die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Erwachsenen und bei Jugendlichen, die ebenfalls 25% Abbrecher aufweisen (Miller et al., 2000). Aus unserer klinischen Sicht sind diese Abbruchquoten gerade vor dem Hintergrund der hohen Belastung des untersuchten Klientels mit Achse-I- und Achse-II-Diagnosen als gut einzuschätzen – aber noch nicht gut genug. Von daher diskutieren wir derzeit intensiv in unserer Arbeitsgruppe, ob sich die immer noch zu hohe Abbrecherquote nicht durch eine intensivierte Arbeit mit den Familien weiter reduzieren ließe. Hierbei ist vor allem an so genannte Validierungsstrategien im familientherapeutischen Kontext zu denken.

Dies bedeutet, dass mit allen Familienangehörigen gemeinsam an diesem verhaltenstherapeutischen Fokus intensiv gearbeitet wird. Für solche Strategien liegen sehr positive klinische Verläufe aus der Arbeitsgruppe von Alan E. Fruzzetti vor.

Die in der vorliegenden Auswertung gezeigte Reduktion der in der DBT-A definierten Zielsymptomatik (Suizidale Verhaltensweisen und selbstverletzendes Verhalten) und die gleichzeitige Verbesserung des Globalniveaus der psychosozialen Anpassung sind sehr Erfolg versprechend und müssen am Gesamtkollektiv der Patientinnen der Pilotstudie zur DBT-A bestätigt werden. Diese positiven Ergebnisse bestätigen die vorliegenden Untersuchungen zur Wirksamkeit der DBT bei Erwachsenen und Jugendlichen (Linehan et al., 1991, 1994; Miller et al., 2000).

Die vorliegenden ersten Auswertungen über den Verlauf einer offenen klinischen Studie zur Praktikabilität und Effektivität der DBT-A zeigen sehr viel versprechende Ergebnisse. Anknüpfend an diese erste Therapiestudie wäre es jedoch aus inhaltlichen Gründen notwendig, auch eine randomisierte Studie zu planen. Hierfür wäre es dringend erforderlich, Netzwerke zwischen verschiedenen interessierten Institutionen zu knüpfen und eine anzustrebende multizentrische Studie adäquat finanziell auszustatten.

Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7 Supplement), 24–51.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10 Suppl.), 1–52.
- Baving, L. (2004). Parasuizide bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 5–13.
- Becker, K. (2004). Suizidalität in Kindheit und Jugend – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 1–4.
- Becker, K., El-Faddagh, M. & Schmidt, M. H. (2004). Cybersuizid oder Werther-Effekt online: Suizidchatsrooms und -foren im Internet. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 14–25.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S. & Brooks, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 907–913.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Berger, M. (1996). Die Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. *Nervenarzt*, 67, 911–923.
- Braun-Scharm, H., Goth, K., Freisleder, F. J. & Althoff, A. (2004). Jugendliche in stationärer psychiatrischer Behandlung: Parasuizidale Symptome und psychische Störungen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 26–37.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A. & Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1715–1719.
- Cowdry, R. W., Pickar, D. & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrom. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15, 201–211.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C. & Pouska, F. (2000). *Diagnostisches Interview. Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version* (5. Aufl. der deutschen Forschungsversion). Frankfurt: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Bezugsadresse: Deutscherordenstraße 50, 60528 Frankfurt).
- DSM-IV (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Engeland, H. v. (2004). Prävention parasuizidalen Verhaltens in der Adoleszenz: Möglichkeiten und Grenzen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 38–46.
- Frances, A., Fyer, M. & Clarkin, J. F. (1986). Personality and suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 281–293.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (2000). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II. Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Gunderson, J. G. (1994). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Heffernan, K. & Cloitre, M. (2000). A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse. Etiological and clinical characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 589–595.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 545–552.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S. & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276–282.
- Kernberg, P. D., Weiner, A. & Bardenstein, K. (2001). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Linehan, M. M. (1987). *Treatment History Interview (THI)*. Seattle: University of Washington.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L. & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771–1776.
- Linehan, M. M. & Comtois, K. A. (1994). *Lifetime Parasuicide Count (LPC)*. Seattle: University of Washington.

- Miller, A. L. & Glinski, J. (2000). Youth suicidal behavior. Assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1131–1152.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S. & Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practice, Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 78–86.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Miller, S., Graae, F. & Castro-Blanco, D. (1994). Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 508–517.
- Schulz, E. (2000). Selbstverletzendes und suizidales Verhalten. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 307–312). Stuttgart: Thieme.
- Shearer, S. L., Perters, C. P., Quaytman, M. S. & Wademan, B. E. (1988). Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1424–1427.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T. & Cornelius, J. R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1316–1323.
- Stone, M. H., Hurt, S. W. & Stone, K. (1987). The Pi 500: Long-term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria I. Global outcome. *Journal of Personality Disorder*, 1, 291–298.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Koehler, K. & Zaudig, M. (1991). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U. E., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (2000). SKID-IV. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Weinheim: Beltz.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 296–302.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 155, 1733–1739.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E. & Reich, R. B. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101–1106.
- Zelkowitz, P., Paris, J., Gudzer, J. & Feldman, R. (2001). Diathesis and stressors in borderline pathology of childhood. The role of neuropsychological risk and trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 100–105.

Dr. med. Christian Fleischhaker
 Dr. med. Renate Böhme
 Dr. med. Barbara Sixt
 Prof. Dr. med. Eberhard Schulz

Universitätsklinikum Freiburg
 Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
 Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
 im Kindes- und Jugendalter
 Hauptstraße 8
 79104 Freiburg