

Anne Kristin von Auer und Sonia Ludewig

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Überblick und Erfahrungen –

Dialectical Behavior Therapy for Adolescents (DBT-A)
– Overview and Experiences –

Die DBT-A wurde in den USA von Alec Miller und Jill Rathus in Kooperation mit Marsha Linehan entwickelt (Rathus & Miller, 2002; Miller, Rathus & Linehan, 2007). Ziel dieses Konzeptes ist die ambulante Behandlung von Jugendlichen mit Borderline-Symptomen, insbesondere mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten.

Auch in Deutschland ist selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität unter Jugendlichen weit verbreitet (Brunner et al., 2007). Nicht alle diese Jugendlichen erfüllen die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Assoziation zwischen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und selbstverletzendem und suizidalem Verhalten ist im klinischen Kontext jedoch hoch (Brunner et al., 2001). Die Prävalenzrate der Borderline-Persönlichkeitsstörung in psychiatrischen Behandlungseinrichtungen wird für das Jugendalter mit ca. 11 % (Chanen et al., 2004; 2008) in der ambulanten und zwischen 15 und 20 % (Skodol et al., 2002) oder sogar bis zu 50 % (Grilo et al., 1996) in der stationären Versorgung angegeben. Um dieser Patientengruppe auch im deutschsprachigen Raum ein angemessenes Behandlungsprogramm anzubieten, wurde die DBT-A sowohl für den ambulanten (Böhme, Fleischhaker, Mayer-Bruns & Schulz, 2001; Fleischhaker, Sixt & Schulz, 2010) als auch für den stationären Kontext (von Auer et al., in Vorbereitung) adaptiert.

In diesem Beitrag werden die Besonderheiten der DBT-A im Vergleich zur Standard-DBT vorgestellt, und es werden Erfahrungen mit diesem speziellen Behandlungsprogramm aus unterschiedlichen Settings berichtet.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter – Psychotherapie – Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen

Dialectical Behavior Therapy for Adolescents (DBT-A) was developed in the USA by Alec Miller and Jill Rathus in cooperation with Marsha Linehan (Rathus & Miller, 2002; Miller, Rathus & Linehan, 2007). The objective of this concept is an outpatient treatment for adolescents with borderline symptoms, in particular self harming and suicidal behavior. Also in Germany the number of adolescents harming themselves or trying to commit suicide has been growing (Brunner et al., 2007). Not every adolescent who suffers from suicidality or self-harming behavior meets the criteria of a Borderline Personality Disorder, but there is an association between Borderline Personality Disorder and these symptoms in clinical settings (Brunner et al., 2001). Prevalence of Borderline Personality Disorder in psychiatric units is described with 11 % (Chanen et al., 2004; 2008) for

outpatient and between 15 and 20% (Skodol et al., 2002) or even up to 50% (Grilo et al., 1996) for inpatient units. In order to offer these adolescents appropriate treatment, DBT-A was adapted for outpatient (Böhme et al., 2001, Fleischhaker et al., 2010) and inpatient treatment (von Auer et al., in preparation) in Germany. This article presents what is special about DBT-A in comparison to standard DBT and describes experiences with this specific treatment in different settings.

Keywords

Borderline Personality Disorder in adolescence – psychotherapy – Dialectical Behavior Therapy for adolescents (DBT-A) – self-harming behavior in adolescents

Borderline-Symptome im Jugendalter

In der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird die Frage, wann und ob es überhaupt gerechtfertigt ist, die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter zu stellen, häufig diskutiert. Während die ICD-10 (Remschmidt & Schmidt, 1996) eine Diagnosestellung unter Berücksichtigung der geforderten Bedingungen ab dem 16. Lebensjahr „erlaubt“, empfiehlt das DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), die Diagnose nur in Ausnahmefällen vor dem 18. Lebensjahr zu stellen. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinien, 05.2008) weisen jedoch darauf hin, dass eine frühe Diagnosestellung wichtig ist, um gezielte Interventionen einsetzen zu können. Hier wird die Diagnosestellung ab dem 14. Lebensjahr angeraten.

Die BPD wird zunehmend als Diagnose gesehen, die auch im Jugendalter valide und reliabel gestellt (Chanen, Jovev, McCutcheon et al., 2008; Miller, Muehlenkamp & Jacobson, 2008) und im klinischen Alltag erkannt werden kann (Chanen, Jovev, Djaja et al., 2008). Dennoch fehlen Daten, die uns eine klare Einschätzung zu der Frage erlauben, wann bestimmte Verhaltensmuster einer Adoleszenzkrise zugeordnet werden können und ab wann sie als Entwicklung einer psychischen Störung zu beurteilen sind. Gerade die Abgrenzung einer Adoleszenzkrise von einer sich entwickelnden Borderline-Störung fällt schwer, da die Symptome der Borderline-Störung (nach DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) in manchen Bereichen Phänomenen, die der Entwicklung in der Adoleszenz zuzuordnen sind, ähneln (Remschmidt, 1992). Hier sind vor allem die Stimmungsschwankungen mit einer ausgeprägten Orientierung an der aktuellen Stimmung, eine hohe Impulsivität, die intensiven, aber instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen sowie eine starke Identitätsunsicherheit zu nennen. Zu der Frage, welche prognostischen Faktoren für die Persistenz dieser Phänomene über das Jugendalter hinaus sprechen, liegen keine Untersuchungen vor (Brunner & Resch, 2008). Aufgrund klinischer Erfahrungen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die prognostischen Faktoren, die für die Persistenz einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter erhoben wurden, auch für den Verlauf der Symptomatik bei Jugendlichen prognostischen Wert haben. Damit könnten dies auch Faktoren sein, die eine Beurteilung der Frage, wie groß die Gefahr der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung bei diesem Jugendlichen ist, erleichtern. Nach McGlashan (1992) sind dies beim Erwachsenen folgende Faktoren:

- Ausmaß der affektiven Instabilität
- frühes Alter bei erstem psychiatrischen Behandlungskontakt
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte
- Substanzmissbrauch beim Patienten und in der Herkunftsfamilie
- Promiskuität
- eingeschränkte Wahrnehmung des eigenen Affekts
- mangelnde Aggressionskontrolle
- Ausmaß des Vorliegens komorbider psychiatrischer Störungen
- Vorgeschichte an sexuellen Missbrauchserfahrungen
- und intellektuelle Beeinträchtigung

Auch andere Autoren weisen auf die Bedeutung traumatischer Erfahrungen (sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlungen, emotionale Vernachlässigung) in der Vorgeschichte von Borderline-Patienten sowohl im Jugend- (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian & Brook, 1996; Brunner et al., 2001) als auch im Erwachsenenalter (Ogata et al., 1990; Zanarini et al., 1997) hin. Weitere Hinweise geben neben Ausmaß und Chronifizierung der Symptomatik auch der Leidensdruck und der Grad der psychosozialen Belastung. Die Kombination von einem starken Leistungsabfall in der Schule, einem sozialen Rückzug und Interessenverlust mit psychopathologischen Symptomen lässt ebenfalls auf eine starke Gefährdung des Jugendlichen schließen (Brunner & Resch, 2008).

Die Forschung liefert uns wenig Hinweise auf die Abgrenzung zwischen „normaler“ Adoleszenz, Adoleszenzkrise und einer psychopathologischen Entwicklung. Das Ausmaß an Symptomatik, das Leid der Jugendlichen und deren Angehörigen sowie die psychosoziale Beeinträchtigung geben jedoch genug Informationen darüber, ob eine Unterstützung der Familie und des Jugendlichen durch Beratung oder Psychotherapie erforderlich ist. Um eine Gefährdung der Entwicklung der Jugendlichen zu minimieren, ist eine frühe Intervention ratsam, ob die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt wurde oder nicht. Unserer Erfahrung nach ist die DBT-A für die Behandlung von Jugendlichen mit einer Emotionsregulationsstörung hilfreich, unabhängig davon, ob die Diagnose einer Borderline-Störung gestellt wurde. Vermutlich kann die DBT-A auch Jugendlichen, die sich in einer schweren Adoleszenzkrise befinden, helfen, aus dieser herauszugelangen. Eine ambulante DBT-A-Behandlung kann also schon niederschwellig empfohlen werden. Mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liefert man einen Hinweis darauf, dass eine spezialisierte Behandlung notwendig ist. Dies ist ein klares Argument für die Diagnose, wenn eine ausgeprägte Symptomatik vorliegt und die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) erfüllt sind. Im stationären Alltag haben wir die Erfahrung gemacht, dass Jugendliche, die eine schwerwiegende Borderline-Symptomatik aufweisen, durch eine nicht spezialisierte stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung teilweise keine Verbesserung, manchmal sogar eine Verschlechterung des Zustandes zeigten. Sie profitierten oft erst durch das speziell auf ihre Symptomatik angepasste Angebot der DBT-A und benannten, dass sie sich eine solche Behandlung früher gewünscht hätten. Geht man davon aus, dass es sich um eine Adoleszenzkrise handelt, aus der die Jugendlichen sich herausentwickeln, sollte die Diagnose nicht gestellt werden, da die Gefahr einer starken Identifizierung mit der Diagnose besteht. Es ist durchaus sinnvoll, die Vor- und Nachteile der Vergabe dieser Diagnose mit den Eltern und der Jugendlichen offen anzusprechen und zu erklären, warum man die Diagnose stellt oder auch nicht.

Die ambulante Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente

Genau wie in der ambulanten Standard-DBT (Linehan 1996a, 1996b) besteht auch die ambulante DBT-A (Miller et al., 2007; Fleischhaker et al., 2010) aus den Bausteinen Einzeltherapie, Skillsgruppe, Telefoncoaching und Teambesprechungen für die Einzeltherapeuten.

Die Therapiedauer ist kürzer angesetzt als bei den erwachsenen Patienten. So wird die Einzeltherapie für ein halbes Jahr geplant und ein Skillsgruppendurchlauf ist auf 16 Wochen ausgerichtet. In der Regel erhalten die Jugendlichen eine Einzeltherapiesitzung in der Woche und nehmen einmal pro Woche an einer zweistündigen Skillsgruppe teil. Telefoncoaching und Teamsitzungen für die Einzeltherapeuten erfolgen anhand der gleichen Regeln wie in der Standard-DBT (s. Artikel im gleichen Band). Beim Telefoncoaching muss jedoch beachtet werden, dass die Jugendlichen minderjährig sind und daher mehr Verantwortung für sie übernommen werden muss als für einen Erwachsenen (Miller et al., 2007). So gilt hier z. B. nicht die Regel, dass die Jugendlichen nach einer Selbstverletzung gar nicht anrufen dürfen. Ziel dieses Telefonats ist dann, sicherzustellen, dass die Wunde versorgt wird und die Jugendlichen Unterstützung dabei bekommen, wenn sie es alleine nicht bewerkstelligen können. Der Therapeut sollte auf jeden Fall die Telefonnummer der Eltern haben, um diese in schwierigen Situationen zur Unterstützung des Jugendlichen hinzuziehen zu können. Die größten Besonderheiten in der DBT-A sind jedoch der Einbezug der Eltern in die Therapie und das zusätzliche Modul „den goldenen Mittelweg finden“ (Miller et al., 2007). Aber auch die Kontaktaufnahme zu den Jugendlichen unterscheidet sich von der Kontaktaufnahme zu erwachsenen Patienten.

Besonderheiten in der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung zu den Jugendlichen

Wer mit Jugendlichen arbeitet weiß, dass die Kontaktaufnahme teilweise erschwert ist und auch die Beziehungsgestaltung durch viele Schwankungen gekennzeichnet sein kann. Bei Jugendlichen mit einer Borderline-Symptomatik sind diese Phänomene verstärkt anzutreffen. Viele dieser Jugendlichen haben Schwierigkeiten, eine vertrauensvolle Beziehung zu Erwachsenen aufzubauen. Das hat vermutlich oft mit ihren bisherigen Erfahrungen mit Erwachsenen zu tun. Häufig sind sie durch erwachsene Personen invalidiert worden und haben wenig Verständnis erfahren. Zusätzlich sind sie in einem Alter, in dem die Entwicklungsaufgabe darin besteht, sich von den Erwachsenen abzulösen (Oerter & Montada, 1995). In dieser Phase orientieren sich Jugendlichen stark an ihrer Peergruppe. Probleme werden mit Gleichaltrigen besprochen. In der Therapie wird nun von den Jugendlichen verlangt, dass sie eine vertrauensvolle Beziehung mit einem Therapeuten aufbauen und mit diesem ihre Probleme besprechen. Bei Jugendlichen mit einer Borderline-Symptomatik kommt hinzu, dass Pubertät und Borderline-Symptomatik sich gegenseitig verstärken können. Dies gilt für Kriterien der Borderline-Störung, die auch als vorübergehende Phänomene in der Pubertät anzutreffen sind. Hierzu zählen die affektive Instabilität mit einer ausgeprägten Orientierung an der aktuellen Stimmung und eine hohe Impulsivität mit Handlungen, die sich auf das Hier und Jetzt beziehen und langfristige Konsequenzen wenig berücksichtigen. Intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen

gehen mit der Schwierigkeit einher, Nähe und Distanz angemessen zu regulieren, sich von den Problemen anderer Menschen abzugrenzen und dennoch stabile Beziehungen zu erhalten. Nicht zuletzt führt eine starke Identitätsunsicherheit dazu, dass Ziele und Einstellungen sich schnell verändern, die Jugendlichen sich selbst und ihre Handlungen schlecht einschätzen können, und die Orientierung an der Gleichaltrigenrunde gefördert wird. Diese Phänomene erschweren es, die Jugendlichen dazu zu motivieren, sich um die Bewältigung ihrer eigenen Probleme zu kümmern und sich nicht an Personen zu orientieren, die einen (aus erwachsener Sicht) schädlichen Einfluss auf sie haben. Sie erschweren auch, die Jugendlichen kontinuierlich zum Einsatz von Skills zu bewegen und sich an langfristigen Zielen zu orientieren.

Borderline-Patienten müssen häufig überprüfen, ob Beziehungen stabil sind. Vor dem Hintergrund ihrer Erfahrung mit vielen Beziehungsabbrüchen und unzuverlässigen Beziehungsangeboten ist dies verständlich. Es geht oft um die Frage, ob Therapeuten und Pädagogen sie „aushalten“ und nicht „verlassen“, auch wenn sie sie besser kennen lernen. Das Austesten von Grenzen und der Beständigkeit von Beziehungen ist jedoch genauso ein Phänomen des Jugendalters an sich. Die Beziehung zu emotional instabilen Jugendlichen ist somit stark durch dieses Phänomen geprägt. Zu ihrer Orientierung benötigen die Jugendlichen die Auseinandersetzung mit den Erwachsenen und gleichzeitig die Erfahrung, dass die Beziehung dennoch erhalten bleibt.

Hilfreiche Strategien in der Beziehungsgestaltung zu emotional instabilen Jugendlichen

Im Folgenden haben wir versucht, wichtige Strategien in der Beziehungsgestaltung zu emotional instabilen Jugendlichen zusammenzufassen. Selbstverständlich sind alle in der DBT eingesetzten Strategien zur Beziehungsgestaltung mit Borderline-Patienten auch bei jugendlichen Patienten hilfreich. Wir haben hier einige Strategien hervorgehoben, die unserer Erfahrung nach besonders hilfreich sind.

- Akzeptanz
- nicht persönlich nehmen
- Aushalten **und** eigene Grenzen signalisieren
- Klarheit in Bezug auf Regeln und Grenzen
- Validierung (kein „Psychogelaber“)
- jugendgerechte Sprache
- Schwierigkeiten vorwegnehmen
- Transparenz
- Flexibilität hinsichtlich Zeit, Ort und Medien
- Authentizität
- Modell bieten
- „mehr von sich zeigen“
- Interesse signalisieren (auch außerhalb der Therapiestunde)
- von eigenen Erfahrungen berichten (unverfänglich und dosiert)
- Humor
- provokante Kommunikation
- Auf „Augenhöhe“ – für mich gelten gleiche Regeln

Abgesehen von diesen hilfreichen Strategien hilft auch die konkrete Vermittlung von Skills und ein gemeinsames Ausprobieren und Üben oft über eine erste Skepsis hinweg.

Einbezug der Eltern

Wie gut der Einbezug der Eltern in die Therapie gelingt, ist ein wichtiger Prädiktor für den Verlauf und den Erfolg der Therapie (Hoffmann & Fruzzetti, 2007). Die DBT-A sieht daher vor, dass die Eltern an Eltern- oder Familiengesprächen und an der Skillsgruppe teilnehmen. Sie können in Krisensituationen genau wie die Jugendlichen ein Telefoncoaching erhalten (Miller et al., 2007). Natürlich können neben den Eltern oder anstelle der Eltern auch andere erwachsene Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn die Jugendlichen in einer Jugendhilfeeinrichtung leben. In dieser Situation kann es notwendig werden, sowohl mit den Eltern als auch mit den Bezugspersonen aus der Einrichtung zu arbeiten. Wer die Skillsgruppe dann besucht, ist im Einzelfall zu entscheiden. Im Folgenden werden wir der Einfachheit halber von den Eltern sprechen, auch wenn es sich um andere Bezugspersonen handeln kann.

Eltern- und Familiengespräche

Um mit Eltern von emotional instabilen Jugendlichen arbeiten zu können, ist auch den Eltern gegenüber eine dialektische und akzeptierende Grundhaltung von Bedeutung. Diese einzunehmen und zu erhalten fällt oft schwer, wenn man das Leid der Jugendlichen sieht. Aber nur wenn es gelingt, den Eltern mit Akzeptanz, Verständnis und Wertschätzung entgegenzutreten, wird es ihnen möglich, sich auf die Therapie einzulassen und ihr Verhalten zu verändern. Der Therapeut muss sich bewusst machen, dass gerade diese Eltern mit viel Skepsis und Misstrauen in die Therapie kommen. Sie haben oft erlebt, beschuldigt zu werden. In der Regel leiden sie unter Schuldgefühlen und haben Angst, vom Therapeuten angeklagt zu werden. Um in der Therapie sowohl den Eltern als auch den Jugendlichen gerecht zu werden, wurden die Grundannahmen aus der Standard-DBT der Arbeit mit Familien angepasst (vgl. Miller et al., 2007, S. 220 ff.). Sie lauten:

1. Alle Beteiligten tun ihr Bestes.
2. Alle Beteiligten wollen sich positiv verändern.
3. Alle Beteiligten müssen sich mehr anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern.
4. Die Beteiligten haben ihre Probleme nicht unbedingt alle selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
5. Das Leben aller Beteiligten ist so, wie es zu dieser Zeit gelebt wird, schmerzhaft.
6. Alle Beteiligten müssen neue Verhaltensweisen in allen wichtigen Situationen ihres Lebens erlernen.
7. Es gibt keine absolute Wahrheit.
8. Es ist wirkungsvoller, Dinge als gut gemeint zu verstehen als vom Schlimmsten auszugehen.
9. Sowohl die Patienten als auch ihre Familien können in der DBT nicht versagen.

Im Kontakt mit den Eltern muss es dem Therapeuten gelingen, ein Verständnis für deren Sichtweise und Situation zu erlangen. Viele Eltern berichten von den Belastungen, die im Zusammenleben mit einer emotional instabilen Jugendlichen entstehen. Die Angst vor der nächsten Selbstverletzung oder dem nächsten Suizidversuch ist groß. Häufig sind die Eltern unter ständiger Alarmbereitschaft und erleben jedes Mal, wenn das Telefon klingelt, eine Stressreaktion, weil sie Sorge haben, ihrem Kind sei etwas passiert.

Es ist möglich, dass wir es in der Therapie von emotional instabilen Jugendlichen auch mit emotional instabilen Eltern zu tun haben – auch dies muss der Therapeut bedenken. Es können Traumatisierungen und Invalidierungen aus der eigenen Geschichte vorliegen. Dies muss erfragt und in der Therapie berücksichtigt werden.

Ebenso wichtig ist, sich der aktuellen Lebenssituation der Eltern bewusst zu sein. Vielleicht gibt es Belastungen, die die Teilnahme an der Therapie erschweren (z. B. Arbeit im Schichtdienst; die Eltern können nicht frei nehmen, weil sie dies so oft getan haben und nun die Arbeitsstelle gefährdet ist; sie pflegen ein eigenes Elternteil; sie befinden sich in finanziellen Schwierigkeiten usw.).

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass die Validierung der Eltern die Voraussetzung für ein gelungenes Arbeitsbündnis ist.

Wir benötigen für eine erfolgreiche Behandlung nicht nur das Commitment der Jugendlichen sondern auch das der Eltern. Validierung und Verständnis sind zentrale Strategien, um ein Commitment zu erlangen. Natürlich sind auch bei den Eltern alle Commitmentstrategien einsetzbar (Pro/Kontra, freie Wahlmöglichkeit, *Advocatus Diaboli*, Erinnern an frühere Zustimmung, Tür ins Gesicht und Fuß in die Tür und *Chearleeding*) (vgl. Linehan, 1996a). Es ist wichtig, die Gründe für die Skepsis oder Ablehnung durch die Eltern herauszuarbeiten. Welche Erfahrungen haben sie bereits mit Therapeuten und Therapien gemacht, haben sie Sorge vor Schuldzuweisungen, haben sie das Gefühl, ihnen könne sowieso niemand helfen, spielt Scham eine Rolle, haben sie Angst, zu viel von sich selbst preisgeben zu müssen ... Der Therapeut muss all diese Ängste und Sorgen validieren und evtl. über Informationsvermittlung verringern. Der Therapeut darf seine nicht bewertende, dialektische Grundhaltung auch den Eltern gegenüber nicht verlieren. Zusätzlich gilt es, den Eltern zu verdeutlichen, wie wichtig sie für den Erfolg der Therapie sind und dass man sie braucht, dass man auf ihr Wissen über das Kind angewiesen ist und sie die Experten für ihr Kind sind. Zu beachten ist auch, dass die Eltern nicht den Eindruck bekommen, der Therapeut würde in Konkurrenz zu ihnen stehen. Die Eltern sollten erkennen, dass eine Verhaltensänderung auf ihrer Seite dazu beitragen wird, dass es auch ihnen selbst besser geht und sie weniger leiden.

Inhalte der Familiengespräche

Ist es gelungen, das Commitment sowohl von der Jugendlichen als auch von den Eltern zu erlangen, so werden mit der Familie die oben genannten Grundannahmen besprochen und diskutiert. Auch den Eltern wird das Bio-Soziale Modell (vgl. Linehan, 1996a; Miller et al., 2007; Fruzzetti, Shenk & Hoffman, 2005) erklärt. Dies sollte zuerst mit dem Jugendlichen allein besprochen worden sein und kann dann im Familiengespräch den Eltern vermittelt werden. Im nächsten Schritt wird die Hierarchie der Therapieziele besprochen. Miller und

Rathus haben in Anlehnung an die Standard-DBT speziell für die Familien eine Hierarchie der Therapieziele entwickelt. Diese lautet folgendermaßen (vgl. Miller et al., 2007, S. 189 f.):

1. Reduktion von familiären Interaktionen, die zu lebensbedrohlichen Verhaltensweisen des Jugendlichen beitragen
2. Reduktion von familiären oder elterlichen Verhaltensweisen, die die Behandlung beeinträchtigen
3. Reduktion von familiären Interaktionen, die die Lebensqualität der Familie beeinträchtigen
4. Verbesserung von Skills

An erster Stelle werden also Verhaltensweisen innerhalb der Familie besprochen, die zu lebensbedrohlichen Verhaltensweisen der Jugendlichen beitragen. Hier geht es darum herauszuarbeiten, inwieweit das Verhalten der Eltern zu Krisen beiträgt oder suizidales Verhalten verstärkt. Dies kann z. B. mit Hilfe gemeinsamer Kettenanalysen (s. Fruzzetti, 2006, S. 144 ff.) erarbeitet werden. Im nächsten Schritt müssen die Eltern lernen, diese gewohnten Verhaltensmuster zu durchbrechen und angemessene Verhaltensweisen ihres Kindes zu verstärken. Natürlich müssen auch die Jugendlichen bereit sein, ihr Verhalten zu verändern. Das Vorgehen muss für alle transparent sein, und alle Beteiligten müssen ihr Commitment zu diesem Vorgehen geben.

Der zweite Punkt der Hierarchie der Therapieziele bezieht sich auf Verhalten aller Beteiligten, das die Behandlung beeinträchtigt. So können auch die Eltern die Therapie gefährden, indem sie z. B. ihr Kind nicht zur Therapie bringen, wenn dieses darauf angewiesen ist, oder abwertend über den Therapeuten sprechen und dem Kind die Arbeit mit diesem dadurch erschweren. Solche Verhaltensweisen müssen erkannt, deren Funktion verstanden und verändert werden, um ein Vorankommen in der Therapie zu ermöglichen. Im nächsten Schritt werden Verhaltensweisen, die die Lebensqualität der gesamten Familie beeinträchtigen, herausgearbeitet. Hierzu gehören alle Interaktionen, die belastend sind und Stress hervorrufen.

Um belastende Verhaltensweisen zu reduzieren und förderliche Verhaltensweisen aufzubauen, lernen alle Familienmitglieder Skills. Bei der Vermittlung von Skills für die Familie orientieren wir uns an den sogenannten „Family-Skills“ von Fruzzetti (2006). Hierzu gehören Skills, die jedem Einzelnen ermöglichen, sich selbst besser zu regulieren. Dies ist die Voraussetzung dafür, auch miteinander zu einem achtsameren Umgang zu gelangen. Auf der anderen Seite werden Skills vermittelt, die direkt auf die Interaktion ausgerichtet sind. Zu den Family-Skills (Fruzzetti, 2006) gehören: Achtsamkeit, innere Achtsamkeit, Emotionsmanagement, Reaktivierung der Beziehung, angemessener Gefühlsausdruck, Validierung, Problemmanagement und Akzeptanz und Nähe.

Telefoncoaching für die Eltern

Auch die Eltern können ein Telefoncoaching in Krisensituationen erhalten. Dieses dient dazu, die Eltern beim Einsatz der erlernten Fertigkeiten zu unterstützen. Es ist günstig, wenn der Coach nicht dieselbe Person ist, die auch das Kind am Telefon berät. Ist dies nicht möglich, so müssen bestimmte Regeln eingehalten werden (z. B. in der Krise hat der Jugendliche Vorrang, vgl. Miller et al., 2007, S. 193 f.).

Skillsgruppe mit Eltern und Jugendlichen

Jeder Jugendliche bringt mindestens einen Elternteil in die Skillsgruppe mit. Im Einzelfall kann es auch die Betreuerin aus der Jugendhilfeeinrichtung, die Großmutter oder eine andere wichtige Bezugsperson sein (vgl. Miller et al., 2007). Die Eltern nehmen als gleichberechtigte Teilnehmer an der Skillsgruppe teil. Alle Regeln gelten auch für sie, und auch sie machen Hausaufgaben. Im ambulanten Setting dauert die Skillsgruppe zwei Stunden und wird durch eine Pause unterbrochen, die möglichst attraktiv gestaltet werden sollte (z.B. Getränke und Süßigkeiten). Die Skillsgruppe sollte möglichst wenig „Schulcharakter“ haben, mit vielen praktischen Beispielen und Übungen gespickt und abwechslungsreich sein. Die Jugendlichen und natürlich auch deren Eltern sollten verstehen, wie sie ganz persönlich vom Üben der Skills profitieren können. Die Inhalte der Skillsgruppe für Jugendliche und Eltern sind im Vergleich zu denen in der Arbeit mit erwachsenen Patienten gekürzt und vereinfacht dargestellt (s. Fleischhaker et al., 2010). Ein zusätzliches Modul, das in der Standard-DBT nicht vorliegt, heißt „Den goldenen Mittelweg finden“.

Den goldenen Mittelweg finden

Dieses Modul wurde von Miller und Rathus (s. Miller et al., 2007, Fleischhaker et al., 2010) speziell für die Arbeit mit den Familien entwickelt. In diesem Modul wird über lerntheoretische Gesetze und Verstärkerprozesse aufgeklärt. Sowohl Eltern als auch Jugendliche sollen verstehen, welche Verhaltensweisen ungünstige Verhaltensmuster aufrechterhalten oder verstärken und wie sie Verstärker anders setzen können (sowohl bei sich selbst als auch bei anderen Familienmitgliedern), um dysfunktionale Verhaltensmuster zu durchbrechen und neue funktionale Verhaltensweisen aufzubauen. Ein weiterer Teil dieses Moduls beschäftigt sich mit der „Validierung“. Sowohl Eltern als auch Jugendliche sollen Invalidierung und Validierung erkennen können, gegenseitige Invalidierung verringern und Validierung erhöhen. Im dritten Teil wird das Thema „Dialektik“ eingeführt und erklärt. Jugendliche und Eltern sollen lernen, von einer „Entweder-oder“-Perspektive zu einer „Sowohl-als-auch“-Perspektive zu wechseln. Es geht auch darum, zu erkennen, dass es keine „absolute Wahrheit“ gibt und verschiedene Sichtweisen innerhalb einer Familie in Ordnung und normal sind. Um mit diesem Teil konkreter arbeiten zu können, haben Miller et al. (2007) einige typische „Jugendlichen-Dilemmata“ ausgewählt, mit denen in der Skillsgruppe aber auch in einzelnen Familiengesprächen gearbeitet wird. Die Dilemmata lauten: „ganz streng vs. ganz nachsichtig“, „typisches Jugendverhalten überbewerten vs. Problemverhalten bagatellisieren“ und „Abhängigkeit fördern vs. Autonomie erzwingen“. Eine Möglichkeit, konkret mit diesen Dilemmata zu arbeiten, besteht darin, dass Eltern und Jugendliche sich bezüglich bestimmter Themen (z.B. Wann muss die Jugendliche am Wochenende zu Hause sein?) einschätzen, die unterschiedlichen Sichtweisen diskutieren und die Sicht des anderen nachvollziehen lernen, um sich auf einen Kompromiss einigen zu können. Die Besonderheiten in der ambulanten DBT-A bestehen also hauptsächlich in der Beziehungsgestaltung und Kontaktaufnahme zu den Jugendlichen, dem Einbezug der Eltern, einem verkürzten und vereinfachten Manual zur Skillsgruppe und dem zusätzlichen Modul „den goldenen Mittelweg“ finden. All diese Besonderheiten gelten auch für die stationäre DBT-A. Die stationäre DBT-A beinhaltet jedoch noch weitere Bausteine, die im nächsten Abschnitt kurz vorgestellt werden sollen.

Stationäre DBT-A

An der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Lübeck wurde 2004 eine DBT-A-Station mit acht Behandlungsplätzen für die Behandlung von Mädchen mit einer Borderline-Symptomatik eröffnet (Station Wellenreiter). Hier werden Mädchen behandelt, die mindestens drei Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus dem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) erfüllen und keine im Vordergrund stehende Essstörung, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit haben. Die Behandlung dauert drei Monate. Eine Intervallbehandlung ist bei Bedarf möglich. Da auf dieser Station überwiegend Frauen arbeiten, werden wir im Folgenden von Therapeutinnen und Bezugsbetreuerinnen sprechen.

Das Behandlungsprogramm orientierte sich an der ambulanten DBT-A (Miller et al., 2007, Fleischhaker et al., 2010) und der stationären DBT, die in Deutschland zuerst an der Universitätsklinik Freiburg implementiert wurde (Bohus, 2002).

Die Bausteine der stationären DBT-A werden hier am Beispiel der Station Wellenreiter in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Lübeck erläutert. Je nach Rahmenbedingungen können vereinzelt Veränderungen vorgenommen werden.

Bausteine der stationären DBT-A

- Vorgespräch
- Einzeltherapie (2 x 45 Min/Woche)
- Skillsgruppe (Fertigkeitentraining, 2 x 90 Min/Woche)
- Bezugspersonenstunden (45 Min/Woche)
- Achtsamkeitsgruppe (30 Min/Woche)
- Verhaltensanalysen
- Gespräche mit Eltern oder Betreuern aus den Einrichtungen
- Elterngruppe
- geleitete Patientengruppe (Jugendkonferenz, 1x/Woche)
- Skillscoaching auf der Station durch das Pflege- und Erziehungsteam
- Teambesprechungen/Supervision
- interne DBT-Fortbildungen

Vorgespräch

Es hat sich bewährt, mit der Jugendlichen und den Eltern ein ambulantes Vorgespräch zu führen. In diesem wird die Borderline-Symptomatik anhand des SKID-II (klinisches Interview für DSM-IV, Achse-II-Persönlichkeitsstörungen, Fyrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) abgefragt. Um aufgenommen zu werden, sollten mindestens drei Kriterien der BPS erfüllt sein. Zum Zeitpunkt der Aufnahme darf keine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bestehen (bei Aufnahme erfolgt ein Drogentest), und der Body-Mass-Index muss über einem Wert von 17,5 liegen. Die Jugendlichen und ihre Eltern werden über das Behandlungsprogramm, die Module, das Vorgehen bei selbstschädigendem oder suizidalem Verhalten und weitere zentrale Regeln informiert. Auch wenn dies nicht immer gelingt, versuchen wir im Vorgespräch sicherzustellen, dass die Jugendlichen bei

Aufnahme in einem nicht traumatisierenden und zuverlässigen Umfeld leben, das während und auch nach der Behandlung oder im Fall von Therapiepausen zur Verfügung steht. Eltern und Jugendliche erhalten nach dem Gespräch Bedenkzeit und werden, wenn sie ihr Commitment gegeben haben, auf die Warteliste aufgenommen. Lebt die Jugendliche in einer Jugendhilfeeinrichtung, werden Mitarbeiter aus der Einrichtung, evtl. auch der Sachbearbeiter des Jugendamtes ebenfalls zum Vorgespräch eingeladen.

Verhaltensanalyse (VA)

Die Funktion und der Umgang mit Verhaltensanalysen wurde bereits an anderer Stelle erläutert (s. Beitrag in diesem Heft). Im Gegensatz zur stationären DBT mit Erwachsenen, wurde die Zeit, in der die VA angefertigt wird, bei den Jugendlichen auf eine Stunde begrenzt. Da die Jugendlichen sich schlecht voneinander abgrenzen können und sich mit dem Austausch über schädliche Verhaltensweisen oft überfordern, bespricht die Jugendliche ihre VA nicht mit der Bezugsgruppe sondern ausschließlich mit dem Einzeltherapeuten. In den ersten drei Wochen der stationären Behandlung erstellen Patientin und Therapeutin eine ausführlich VA zu einem schädlichen Verhalten, das in der Therapie verändert werden soll und nach der Hierarchie der Therapieziele Priorität besitzt. Diese stellt die Patientin mit Hilfe ihrer Therapeutin dem Behandlungsteam vor.

Einzeltherapie

Wie in der Standard-DBT und auch in der ambulanten DBT-A orientieren sich die Einzeltherapiegespräche an der Hierarchie der Therapieziele und beginnen immer mit der Besprechung der Diary-Card. Diese ist ein Selbstbeobachtungsinstrument, das dabei hilft den Fokus der Stunde schnell herauszuarbeiten (vgl. Linehan, 1996a). Die Besonderheiten in der Einzeltherapie liegen v.a. in der Kontaktaufnahme zu der Jugendlichen, wie sie oben bereits beschrieben wurden.

Skillsgruppe

Die Skillsgruppe im stationären Rahmen orientiert sich am Arbeitsbuch von Fleischhaker et al (2010). Im Unterschied zur ambulanten DBT-A nehmen hier die Eltern aus zeitlichen Gründen und aufgrund von teilweise sehr langen Anfahrtswegen nicht teil. Die Gruppe besteht also nur aus den Jugendlichen und sollte aktiv, gut verständlich, erlebnisnah und kurzweilig gestaltet werden, um die Motivation der Jugendlichen zu erhalten. Im stationären Rahmen ist es sinnvoll, dass eine Therapeutin und eine Mitarbeiterin aus dem Pflege- und Erziehungsdienst die Gruppe gemeinsam leiten. Dies hat den Vorteil, dass die Mitarbeiterin aus dem Pflege- und Erziehungsdienst die Inhalte, die in der Skillsgruppe vermittelt wurden, im Alltag der Patientinnen aufgreifen können und den Transfer damit erleichtern.

Bezugsbetreuerstunden

Im stationären Rahmen hat jede Patientin zwei Bezugsbetreuerinnen. Einmal pro Woche findet eine Bezugsbetreuerstunde statt. In dieser werden bereits angewandte Skills herausgearbeitet und weitere Skills vorgestellt und ausprobiert. Es werden Spannungsprotokolle eingeführt, Skillsketten erstellt (vgl. Bohus & Wolf, 2009), und ein Notfallkoffer wird mit den wichtigsten wirksamen Stresstoleranzskills bestückt. Während der Behandlungszeit gestalten die Patientinnen ihre eigene Skillsbox. In diese kommen hilfreichen Skills aus allen Bereichen oder Symbole, die für hilfreiche Skills stehen. Zu Beginn der Behandlung

erhalten die Jugendlichen eine Tüte mit Skills von der Station. Am Schluss der Behandlung wird ein gemeinsamer Skillseinkauf getätigt. Dies ist zum Einen ein Abschiedsritual von jugendlicher und Bezugsbetreuerin, zum Anderen hat sie nun zur Entlassung ihre eigenen Skills in ihrer Skillsbox. In der ersten Phase der Therapie übernimmt die Bezugsbetreuerin eine wichtige Rolle in der Vermittlung und dem Einüben von Stresstoleranzskills. Im weiteren Verlauf ist es von der Therapieplanung und den individuellen Zielen der Patientin abhängig, mit welchen Modulen sich Bezugsbetreuerin und Patientin in der Bezugsbetreuerstunde beschäftigen.

Achtsamkeitsgruppe

Die Achtsamkeitsgruppe findet in der Regel einmal pro Woche für 30 Minuten statt. Sie wird von Mitarbeiterinnen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst oder auch aus der Fachtherapie geleitet. Während der theoretische Hintergrund zur Achtsamkeit in der Skillsgruppe vermittelt wird, werden in der Achtsamkeitsgruppe hauptsächlich Achtsamkeitsübungen durchgeführt.

Gespräche mit Eltern oder Betreuern aus Jugendhilfeeinrichtungen

Inhalte und Ziele der Familiengespräche unterscheiden sich nicht von denen, die bereits oben für die ambulante DBT-A beschrieben wurden. Zu einem nicht geringen Teil leben Jugendliche, die stationär aufgenommen werden, nicht mehr zu Hause, sondern in einer Jugendhilfeeinrichtung. Am Wochenende und in den Ferien haben sie dann meist auch Kontakt zu ihrer Familie. In dieser Konstellation kommt man nicht umhin, sowohl mit den Eltern als auch mit Betreuern aus der Einrichtung zu arbeiten. Je nach Kooperationsfähigkeit von Eltern und Einrichtung können auch gemeinsame Gespräche geführt werden. Unserer Erfahrung nach sollte die Familie auf jeden Fall auch allein gesehen werden, da - wie oben beschrieben - oft Ängste und Verletzlichkeiten vorliegen, und es im Kontakt allein mit der Familie leichter ist, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Elterngruppe

Da es im stationären Rahmen in der Regel nicht möglich ist, die Eltern in die Skillsgruppe zu integrieren, ist es sinnvoll, eine Elterngruppe anzubieten, die in größeren zeitlichen Abständen für eine längere Dauer stattfindet (z. B. einmal/ Monat für mehrere Stunden). In der Elterngruppe erfolgt eine Psychoedukation, um den Eltern ein besseres Verständnis für die Symptomatik ihrer Kinder zu ermöglichen. Zentrales Ziel der Elterngruppe ist jedoch auch die Vermittlung von Skills. In der Elterngruppe bietet es sich an, die „Family-Skills“ (Fruzzetti, 2006) zu vermitteln. Vorteil der Elterngruppe im Vergleich zur Integration der Eltern in die Skillsgruppe ist die Möglichkeit für die Eltern, sich offen untereinander auszutauschen und auch über ihre Ängste und Sorgen sprechen zu können.

Geleitete Jugendkonferenz

Einmal pro Woche setzen sich die Jugendlichen zusammen und besprechen zum Einen Dinge, die gemeinsam geplant werden (wie z. B. die Außenaktivität), zum Anderen aber auch Schwierigkeiten oder Konflikte innerhalb der Gruppe (Ausgrenzungen, Selbstverletzungen, die zu Belastungen anderer Patientinnen führen, Sauberkeit im Bad ...). Das Gruppengespräch wird von einer Patientin geleitet, eine Mitarbeiterin aus dem Pflege- und Erziehungsdienst ist unterstützend anwesend.

Skillscoaching im stationären Alltag

Ein Vorteil der stationären Behandlung ist, dass ein Skillscoaching bei hoher Anspannung in der entsprechenden Situation möglich ist. Die Jugendlichen erhalten in der Anfangszeit der Therapie viel Unterstützung und Begleitung im Einsatz insbesondere der Stresstoleranzskills. Die mit der einzelnen Jugendlichen erarbeitete Skillskette liegt für alle Mitarbeiterinnen zugänglich in der Patientenakte vor. Im Laufe der Behandlung werden die Jugendlichen dann angehalten, ihre Skills selbständig und ohne Begleitung einzusetzen.

Teambesprechungen/Supervision

Ein Team, das mit Borderline-Patientinnen arbeitet, benötigt Unterstützung. Dies ist eine der Grundannahmen, die Linehan (1996a) für die Arbeit mit Borderline-Patienten entwickelt hat. Team- und Fallsupervision sollten anhand der DBT-Richtlinien erfolgen. Auch die internen Teambesprechungen sollten sich an den Richtlinien zum Beratungsteam (Linehan, 1996a) und den Ausführungen von Bohus (2002) zu den Teamsitzungen orientieren. Die Team- und Fallsupervisionen in der DBT-A unterscheiden sich nicht von denen in der Standard-DBT.

Interne Fortbildung

In der Arbeit auf der Station Wellenreiter in Lübeck hat es sich bewährt, einen alle zwei Wochen stattfindenden Termin zur internen DBT-Fortbildung einzuführen. Reihum bereiten sich unterschiedliche Mitarbeiterinnen auf ein DBT-Thema vor und geben ihr Wissen an das Team weiter.

Da sich die Station Wellenreiter auf die Behandlung von Mädchen spezialisiert hat, es aber immer mehr Anfragen bezüglich Jungen mit einer Borderline-Symptomatik oder auch mit einer Störung des Sozialverhaltens gab, eröffneten wir 2010 in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zusätzlich eine DBT-A-Station für Jungen.

DBT-A-Station für Jungen

Die DBT-A-Station für Jungen (Station Poseidon) war ursprünglich für die Behandlung von Jungen mit einer Borderline-Symptomatik und/oder einer Störung des Sozialverhaltens konzipiert. Das Konzept orientiert sich sowohl an der DBT-Station für Mädchen als auch an den Erfahrungen aus der Forensik (s. Beitrag: Oermann, A: Dialektisch-Behaviorale Therapie im forensischen Setting (DBT-F), Seite 115-131). Im Laufe der Zeit erweiterten wir das Angebot jedoch allgemein für jugendliche Jungen, die unter einer Störung der Emotionsregulation leiden. Die Jungen sind im Alter von 13-18 Jahren. Im Team der Mitarbeiter aus dem Pflege- und Erziehungsdienst wurde darauf geachtet, dass mindestens die Hälfte des Teams aus Männern besteht.

Zusätzliche Bausteine und Besonderheiten der DBT-A-Station für Jungen

Bausteine der DBT-A-Station Poseidon:

- Vorgespräch
- Einzeltherapie (2 x 30 Min/ Woche)
- Skillsgruppe (Fertigkeitentraining, 2 x 90 Min/Woche)
- Soziale Kompetenzgruppe (90 Min/Woche)

- Bezugspersonenstunden (45 Min/Woche)
- Commitmentgruppe (in den ersten drei Behandlungswochen 60 Min/Woche)
- Erlebnispädagogische Außenaktivität (ein Nachmittag/Woche)
- Verhaltensanalyse
- Gespräche mit Eltern oder Betreuern aus den Einrichtungen
- Elterngruppe (alternativ: Skillsgruppe mit Jugendlichen und Eltern)
- Geleitete Patientengruppe (Jugendkonferenz, 1x/Woche)
- Skillscoaching auf der Station durch das Pflege- und Erziehungsteam
- Teambesprechungen/Supervision
- interne DBT-Fortbildungen

Vorgespräch

Bei der Aufnahme von Jungen mit einer Störung des Sozialverhaltens ist es fast noch wichtiger als bei den Mädchen, darauf zu achten, dass ein zuverlässiger Lebensmittelpunkt existiert. Häufiger als bei den Mädchen kommt es bei den Jungen zu einer Therapiepause, um eine klare Grenze zu setzen und danach oft mit einem verbesserten Commitment weiterzuarbeiten. Die Sicherstellung muss schon im Vorgespräch erfolgen.

Einzeltherapiegespräche

Die Einzeltherapiegespräche erfolgen anhand derselben Regeln wie die der Mädchen. Sie wurden auf 30 Minuten verkürzt, weil die Konzentrationsspanne im Durchschnitt etwas geringer ist und die Jungen mehr Gruppenangebote haben.

Skillsgruppe

Unserer Erfahrung nach muss die Skillsgruppe bei den Jungen noch aktiver und abwechslungsreicher gestaltet werden als bei den Mädchen. Wir sind im Laufe der Zeit dazu übergegangen, in der ersten Hälfte der Gruppenzeit den theoretischen Hintergrund zu vermitteln und in der zweiten Hälfte aktive Übungen zum aktuellen Thema durchzuführen.

Soziale Kompetenzgruppe

Bei den Jungen haben wir das Modul „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“ aus der Skillsgruppe herausgenommen und in ein wöchentlich stattfindendes soziales Kompetenztraining, orientiert am Manual von Hinsch und Pfingsten (2007), integriert. Unserer Erfahrung nach profitieren alle Jungen, die zur stationären Behandlung zu uns kommen, von einem sozialen Kompetenztraining.

Commitmentgruppe/ Commitmentphase

An der Commitmentgruppe nimmt jeder Jugendliche nur in seinen ersten drei Behandlungswochen teil. Diese Phase nennen wir Commitmentphase. Erst nach diesen drei Wochen treffen die Jungen eine endgültige Entscheidung darüber, ob sie an der Therapie teilnehmen. In der Commitmentgruppe besprechen wir, was DBT-A bedeutet, welche Ziele die Therapie hat und auf welchen Grundannahmen sie beruht. Wir erläutern an dieser Stelle schon zum ersten Mal das Biosoziale Modell. Für jeden einzelnen Jugendlichen überprüfen wir, aus welchen Gründen er in die Behandlung gekommen ist und wie groß der Anteil der Eigenmotivation, wie groß der Druck durch andere ist. Evtl. besprechen wir schon in der Commitmentgruppe das Thema „neuer/alter Weg“ (vgl.

Bohus & Wolf, 2009). Am Ende der drei Wochen äußern die Jugendlichen in der Gruppe, ob sie die Therapie machen wollen, welches ihre Ziele sind und was sie sich von der Gruppe und auch von den Mitarbeitern/Therapeuten wünschen. Haben sie sich für die Fortführung der Therapie entschieden, stellen sie gemeinsam mit ihrer Therapeutin eine Verhaltensanalyse zu dem Verhalten, an dem sie arbeiten wollen, im Stationsteam vor.

Erlebnispädagogisch orientierte Außenaktivität

Eine erlebnispädagogisch gestaltete Außenaktivität pro Woche soll den Gruppenzusammenhalt und soziale Kompetenzen sowie den Einsatz weiterer Skills im Alltag fördern. Die weiteren Angebote auch für das Behandlungsteam unterscheiden sich nicht von denen der Mädchenstation.

Stand der Forschung

Leider gibt es nur wenige Studien, die sich mit der Wirksamkeit der DBT-A beschäftigen. Rathus und Miller (2002) untersuchten suizidale Jugendliche, die für zwölf Wochen ambulant behandelt wurden. Sie erhielten eine unspezifische Psychotherapie (treatment as usual = TAU, n = 82) oder eine DBT-A-Behandlung (n = 29). Dabei wurden die besonders stark beeinträchtigten Jugendlichen der DBT-A-Gruppe zugeteilt, es handelt sich also nicht um eine randomisierte Studie. Die Autoren berichten von einer geringeren Abbruchquote und weniger stationären Aufnahmen in der DBT-A-Gruppe während der Dauer der ambulanten Behandlung. Es gab in den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl an Suizidversuchen, obwohl in der DBT-A-Gruppe vor Behandlungsbeginn eine schwerere Symptomatik zu verzeichnen war.

Fleischhaker, Böhme, Sixt & Schulz (2006) behandelten zwölf Jugendliche über 16 Wochen ambulant mit der DBT-A. Einschlusskriterien waren parasuizidales Verhalten in den letzten 16 Wochen vor Behandlungsbeginn und/oder Suizidgedanken zu Beginn der Behandlung und das Vorliegen von mindestens drei Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus dem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Prä-post-Vergleiche zeigten eine signifikante Reduktion von selbstverletzendem Verhalten, der allgemeinen Psychopathologie und der depressiven Symptomatik sowie eine Verbesserung der Lebensqualität. Ein Jahr nach Ende der Behandlung zeigten sich diese Effekte weiterhin stabil (Fleischhaker et al., 2011).

Katz, Cox, Gunasekara & Miller (2004) untersuchten die DBT-A als stationäres Behandlungsprogramm in der Akutpsychiatrie. Hier wurden 62 Jugendliche nach Suizidversuch oder mit akuter Suizidalität randomisiert einer von zwei akutpsychiatrischen Stationen zugeordnet. Während die eine Station ein unspezifisches akutpsychiatrisches Angebot machte, arbeitete die zweite Station nach DBT-A. Die Behandlung dauerte zwei Wochen. Die Messungen fanden vor und nach der Behandlung sowie ein Jahr nach Ende der Behandlung statt. Beide Gruppen zeigten auch nach einem Jahr eine signifikante Reduktion von parasuizidalem Verhalten, der depressiven Symptomatik und den Suizidgedanken. In der DBT-A-Gruppe kam es im Vergleich zur TAU-Gruppe zu signifikant weniger besonderen Vorkommnissen während der stationären Behandlung.

In einer eigenen Untersuchung haben wir die Daten von 30 jugendlichen Mädchen mit einer Borderline-Symptomatik, die 3 Monate stationär auf der DBT-A-Station Wellen-

reiter behandelt wurden, erfasst (v. Auer et al., in Vorbereitung). Es zeigte sich eine signifikante Verringerung des selbstverletzenden Verhaltens, der Anzahl und Ausprägung von Borderline-Symptomen, des subjektiv erlebten Leids und eine signifikante Verbesserung der Emotionsregulation. Leider fehlt hier eine Kontrollgruppe.

Weitere Studien befassen sich mit Weiterentwicklungen der DBT-A. So liegen zwei Studien vor, die sich mit der Eignung der DBT-A zur Behandlung von essgestörten Patientinnen beschäftigen. In einer ersten Studie (Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl & Korte, 2007) wurden 31 Jugendliche mit einer Anorexia oder Bulimia nervosa zwölf Wochen stationär behandelt. Die DBT-A wurde hierbei um essstörungsspezifische Module ergänzt (DBT-AN/BN). Am Ende der Behandlung zeigte sich eine signifikante Reduktion sowohl der störungsspezifischen als auch der allgemeinen Psychopathologie. Der Body-Mass-Index bei den Jugendlichen mit einer Anorexia nervosa war am Ende der Behandlung signifikant erhöht. In einer weiteren Studie (Salbach-Andrea et al., 2009) wurden insgesamt 50 Jugendliche mit einer Essstörung randomisiert und kontrolliert drei unterschiedlichen Gruppen zugeteilt. Die eine Gruppe erhielt für 25 Wochen eine ambulante DBT-AN/BN, die zweite Gruppe für 25 Wochen eine ambulante kognitiv-behaviorale Behandlung (CBT), die dritte Gruppe war eine Wartekontrollgruppe (WCG). Am Ende der Behandlung erfüllten 42,1 % der CBT-Gruppe und 37,5 % der DBT-AN/BN-Gruppe weiterhin die Kriterien einer Essstörung, während alle Patientinnen aus der WCG-Gruppe die Kriterien weiterhin erfüllten. Im Vergleich zur WCG zeigten beide Behandlungsgruppen eine signifikante Reduktion der Kalorienvermeidung, eine regelmäßigeren Nahrungszufuhr, eine geringere psychische Belastung und eine Erhöhung des BMI bei den anorektischen Patientinnen. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der DBT-AN/BN- und der CBT-Gruppe, was dafür spricht, dass sowohl eine kognitiv-behaviorale Therapie als auch eine DBT-Behandlung effektiv für die Behandlung von essgestörten Jugendlichen genutzt werden kann. Die Patientinnen in dieser Studie zeigten zusätzlich zur Essstörung keine zusätzliche Borderline-Symptomatik. Möglicherweise würden Jugendliche mit einer Essstörung und einer kombinierten Borderline-Symptomatik einen zusätzlichen Profit durch eine DBT-AN/BN-Behandlung erzielen.

In einer weiteren Studie wurde ein einjähriges ambulantes Behandlungsprogramm für Jugendliche mit einer bipolaren Erkrankung untersucht (Goldstein, Axelson, Birmaher & Brent, 2007). In dieser Studie bestand das Behandlungsangebot aus einem ambulanten Skillstraining für die einzelne Familie in Kombination mit Einzelpsychotherapie und Psychopharmakotherapie für die Jugendlichen. Neun von zehn Familien beendeten die Behandlung und berichteten eine hohe Behandlungszufriedenheit. Des Weiteren fanden die Autoren am Ende der Behandlung eine signifikante Verringerung der Suizidalität, des selbstverletzenden Verhaltens, der emotionalen Dysregulation und der Depressivität.

Nelson-Gray et al. (2006) boten 54 jugendlichen Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens ein 16-wöchiges ambulantes Skillstraining an. Das Training erfolgte in Gruppen von fünf bis neun Jugendlichen, die Bezugspersonen wurden nicht integriert. Von den 54 Jugendlichen beendeten nur 32 die Behandlung. Die Bezugspersonen dieser Jugendlichen berichteten nach der Behandlung von einer Verringerung der problematischen Verhaltensweisen und einer Erhöhung von angemessenen Verhaltensweisen sowie einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen der Jugendlichen. Die Jugendlichen selbst berichteten eine Reduktion sowohl der internalisierenden (sozialer Rückzug, Ängste, Depressivität, somatische Beschwerden) als auch der externalisierenden (aggressives und dissoziales Verhalten) Symptomatik.

Aktuell wird in Oslo eine randomisiert kontrollierte Studie durchgeführt, in der 150 jugendliche Patienten einer ambulanten DBT-A- oder TAU-Gruppe zugeordnet werden. Die Behandlung läuft über 16 Wochen, und es werden vor der Behandlung und sechs, zwölf, 16 und 68 Wochen nach Behandlungsbeginn Daten erhoben. Die Datenerhebung endete im Dezember 2012.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle gesagt werden, dass es erste Hinweise auf die Effektivität der DBT-A gibt und auch eine Erweiterung der DBT-A auf andere Störungsbilder vielversprechend scheint. Es fehlen jedoch randomisiert kontrollierte Studien mit längeren Katamnesezeiträumen, um die Effektivität der DBT-A ausreichend zu untermauern.

Ausblick

Auch wenn randomisiert kontrollierte Studien zur Untermauerung der Wirksamkeit der DBT-A noch nicht ausreichend vorhanden sind, so ist die klinische Erfahrung mit der DBT-A vielversprechend. Jugendliche und Eltern sind oft dankbar für ein so speziell auf ihre Schwierigkeiten ausgerichtetes Behandlungskonzept. Sie berichten, sich verstanden und gut aufgehoben gefühlt zu haben. Die Jugendlichen erleben es als positiv, sich mit anderen Jugendlichen, die ähnliche Schwierigkeiten haben, auszutauschen, und berichten oft, sich zum ersten Mal nicht so fremd und anders gefühlt zu haben. Auch die Eltern sind über die Möglichkeit, sich in der Elterngruppe mit anderen Eltern austauschen zu können, aber auch für die vielen Informationen und Hilfestellungen dankbar. Wenn die Jugendlichen gefragt werden, was ihnen am meisten geholfen hat, so nennen sie in der Regel die konkrete Vermittlung von Skills.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass die DBT-A einen vom klinischen Eindruck her wirksamen Ansatz darstellt, der uns ermöglicht, auch mit schwer durch eine Borderline-Symptomatik beeinträchtigten Jugendlichen zu arbeiten. Teams, die mit der DBT-A arbeiten, berichten über einen guten Zusammenhalt und erleben sich durch die klare Struktur und konkreten Hilfsmittel weniger hilflos im Umgang mit emotional instabilen Jugendlichen und ihren Eltern. Mit Hilfe der DBT-A, die einem Struktur und Sicherheit bietet, macht die Arbeit mit diesen Jugendlichen und ihren Eltern oft großen Spaß und führt zu belohnenden Erfolgserlebnissen.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington, DC: APA.
- AWMF-Leitlinien (2008). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP), Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP), AWMF-online, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-015.htm>
- Bernstein, D., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S. & Brook, J.S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 907-913.

- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung – Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgrefe.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Böhme, R., Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F. & Schulz, E. (2001). *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) – Arbeitsbuch*. Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Hauptstr. 8, D-79104 Freiburg
- Brunner, R., Parzer, P. & Resch, F. (2001). Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung: Persönlichkeitsstörungen PTT; 5-12.
- Brunner R, Parzer P, Haffner J, Stehen R, Roos J, Klett M, Resch F (2007): Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive self-harm in adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 641-649.
- Brunner, R. & Resch, F. (2008). Zur Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von schweren Adoleszenzkrise im Jugendalter. In R. Brunner & F. Resch (Hrsg.), *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen – Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 134-148). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McGorry, P.D., Allot, K.A., Clarkson, V & Yuen, H.P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorder*, 18, 526-541.
- Chanen, A.M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H.P., Rawlings, D. & Jackson, H.J. (2008). *Journal of Personality Disorders*, 22, 353-364.
- Fleischhaker, C., Sixt, B. & Schulz, E. (2010). *DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B. & Schulz, E. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(1), 15-27.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3.
- Fruzzetti, A.E., Shenk, C. & Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-30.
- Fruzzetti, A.E. (2006). *The high conflict couple. A Dialectical Behavior Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy & Validation*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Fyrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.U. (1997). SKID-II, Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Goldstein, T.R., Axelson, M.D., Birmaher, B. & Brent, D.A. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (7), 820-830.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Fehon, D.C., Walker, M.L., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (1996). Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescent. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1089-1091.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. 5. Aufl. Weinheim: PVU.

- Hoffman, P.D. & Fruzzetti, A.E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 68-73.
- 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(3), 276-282.
- Linehan, M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- McGlashan, T. (1992). The Longitudinal Profile of BPD: Contributions from The Chestnut Lodge Follow-up Study. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of the Borderline Diagnosis* (pp. 53-83). Madison, CT: International University Press.
- Miller, A., Rathus, J. & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Nelson-Gray, R.O., Keane, S.P., Hurst, R.M., Mitchell, J.T., Warburton, J.B., Chok, J.T. & Cobb, A.R. (2006). *Behavior Research and Therapy*, 44, 1811-1820.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (1995). *Entwicklungspsychologie* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., Lohr, N.E., Westen, D. & Hill, E.M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Remschmidt, H. (1992). *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart, New York: Georg Thieme
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. (1996). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Göttingen: Huber.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Korte, A. (2007). *Dialektisch-Behaviorale Therapie für jugendliche Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) – eine Pilotstudie*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 91-108.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Bierbaum, T., Schneider, N., Thurn, C., Stiglmayr, C., Lenz, K., Pfeiffer, E. & Lehmkuhl, U. (2009). *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und Kognitiv Behaviorale Therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich*. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 180-190.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T., Livesly, W.J. & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personal structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Von Auer, A.K., Ludewig, S., Soyka, O., Kleindienst, N. & Bohus, M. (in Vorbereitung): *Die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) im stationären Bereich: Konzept und erste Daten*.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Soledad, C.V., Marino, M.F., Levin, A., Young, L. & Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Anne Kristin von Auer
E-Mail: kristinauer@aol.com