

Kerstin Burmeister, Christos Chrysanthou, Stefanie Pflügler, Klaus Höschel

DBT-ACES: Die zweite Stufe der Behandlung mit Dialektisch-Behavioraler Therapie – Erste Erfahrungen bei der Anwendung der zweiten Behandlungsstufe der Dialektisch-Behavioralen Therapie in Deutschland

DBT-ACES: The Second Stage of Dialectical Behavior Therapy – First experiences regarding the application of the second treatment stage of Dialectical Behavior Therapy in Germany

Die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) bei der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen konnte in zahlreichen randomisiert kontrollierten Studien belegt werden. Es zeigten sich positive Effekte vor allem im Hinblick auf die Reduktion suizidaler und parasuizidaler Verhaltensweisen sowie die Verbesserung psychopathologischer Symptomatik, auch wenn diese im Rahmen komorbider Störungen, wie z. B. Depressionen, Suchtstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen, bestanden. Diese Behandlungserfolge führen jedoch nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Lebensqualität und einer guten sozialen Integration der Patienten. K.A. Comtois hat deshalb mit DBT-ACES am Harborview Medical Center in Seattle eine zweite Behandlungsstufe der DBT entwickelt, um Patienten nach erfolgreicher Reduktion der Akutsymptomatik in der Standard-DBT Hilfen beim Aufbau eines normativen, sozial integrierten und lebenswerten Lebens anzubieten. Dabei werden den Patienten notwendige Kompetenzen vermittelt, um einer regelmäßigen und bezahlten Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachzugehen, befriedigende soziale Netzwerke außerhalb des Patientenmilieus aufzubauen und sich langfristig aus der Unterstützung des Gesundheitssystems zu lösen. In einer ersten Evaluation konnte die Wirksamkeit von DBT-ACES für einen Teil der Borderline-Patienten in Seattle belegt werden. Inzwischen wurde DBT-ACES auch für den deutschen Sprachraum adaptiert. Die ersten Erfahrungen aus einer Pilotstudie in Deutschland sind so ermutigend, dass eine Fortführung der Behandlungsentwicklung und der Evaluation lohnenswert erscheinen.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung – Kognitiv-Behaviorale Therapie – Psychotherapie – Dialektisch-Behaviorale Therapie

The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) for the treatment of Borderline Personality Disorder has been demonstrated in numerous controlled randomized trials.

Positive treatment effects have been shown mainly with regard to the reduction of suicidal and parasuicidal behaviors and the improvement of psychopathological symptoms, even if symptoms persist in co-morbid disorders such as depression, addiction or post-traumatic stress disorders. However, improvements in psychopathological symptoms do not necessarily lead to an improved quality of life and social integration. For that reason K.A. Comtois developed DBT-ACES at the Harborview Medical Center in Seattle in order to offer the patients another year of treatment dedicated to the development of a normative life after successful completion of the standard DBT. The goal of DBT-ACES is to provide help for patients to meet the requirements of paid work and daily routine, build satisfactory social networks outside the patient environment and become independent from the support of the health system. A first pre-post evaluation demonstrated that DBT-ACES is an effective treatment for some of the patients. Meanwhile, DBT-ACES has been adapted for the German-speaking countries. First experiences from a pilot study in Germany are encouraging, thus further treatment development and evaluation seem to be worthwhile.

Keywords

Borderline Personality Disorder – Cognitive Behavioral Therapy – psychotherapy – Dialectical Behavior Therapy

Akutsymptomatik und soziale Integration bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Die besorgniserregende Symptomatik von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) wie Selbstverletzungen oder suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen führen häufig zur Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen oder anderen Notfallbehandlungen. Vor 15 Jahren wurden in Deutschland erstmals behandlingssuchende Borderline-Patientinnen von der Freiburger Arbeitsgruppe im Hinblick auf deren Behandlungsgeschichten untersucht. Jede Patientin verbrachte durchschnittlich 45 Tage pro Jahr seit dem ersten professionellen Behandlungskontakt in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Behandlungskosten wurden auf etwa 22.000,-DM pro Fall und Jahr für die stationären Psychiatriebehandlungen geschätzt (Jerschke, Meixner, Richter & Bohus, 1998). Zwei niederländische Arbeitsgruppen (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul & Busschbach, 2008; Van Asselt, Dirksen, Arntz & Severens, 2007) kamen auch 10 Jahre später zu dem Ergebnis, dass bei behandlingssuchenden Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen vorwiegend durch stationäre psychiatrische Behandlungen jährlich Behandlungskosten von 11.000,-€ bis 17.000,-€ entstehen. Sozialpädagogische Betreuungsmaßnahmen, Heimunterbringungen und ähnliche Leistungen kommen noch hinzu. Nicht selten entsteht daraus bei den Patienten eine Abhängigkeit vom psychiatrischen Versorgungssystem, die nicht nur bei den Betroffenen in eine Sackgasse aus mangelndem Selbstvertrauen und Stigmatisierung führen kann, sondern darüber hinaus auch eine erhebliche Belastung für das Versorgungssystem darstellt.

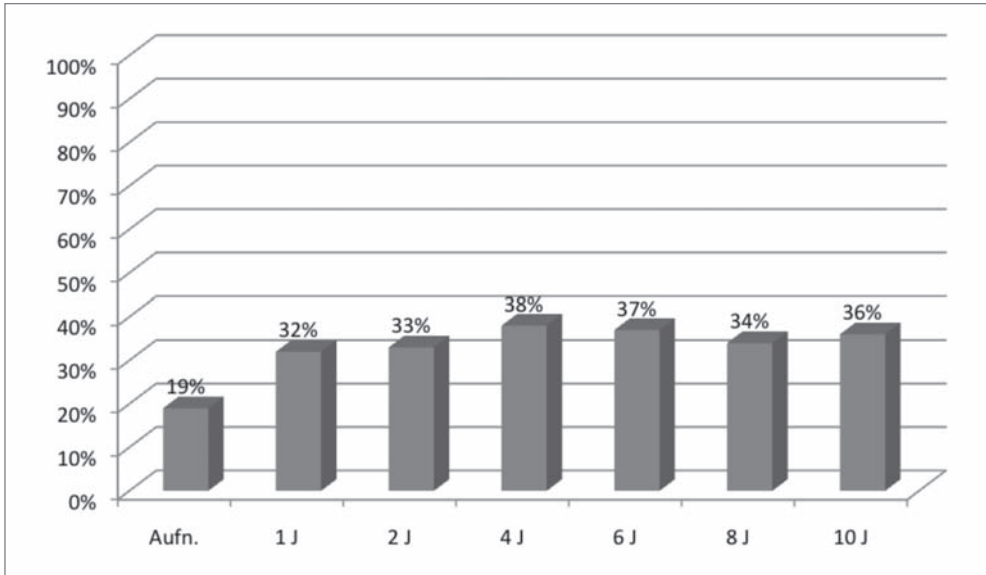
Comtois und ihre Arbeitsgruppe in Seattle berichten in einer kleinen Stichprobe von 23 Borderline-Patientinnen stationäre psychiatrische Behandlungskosten von knapp 30.000,-\$ pro Fall und Jahr (Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith & Simpson, 2007). Mit der Aufnahme einer ambulanten Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) ließen

sich die stationären Behandlungstage jedoch von durchschnittlich 39 Tagen auf 11 Tage pro Jahr reduzieren, so dass sich die Kosten für stationäre Psychriaufenthalte um gut 70 % auf etwa 8.000,-€ senken ließen. Wahrscheinlich resultieren solch drastische Verringerungen der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems aus der hohen Effektivität der DBT im Hinblick auf die Verringerung gefährlicher suizidaler und parasuizidaler Verhaltensweisen. Kliem, Kröger und Kosfelder (2010) kommen in einer Metaanalyse, in die sie 8 kontrolliert randomisierte und 8 weitere DBT-Studien einbezogen, zu dem Ergebnis einer robusten Wirksamkeit der DBT mit mittleren Effektstärken im Hinblick auf die Reduktion von selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen. Auch im Hinblick auf die Reduktion von Notfallbehandlungen und stationären psychiatrischen Behandlungen erwies sich die DBT im Vergleich zu ähnlich aufwendigen und von spezialisierten Behandlern durchgeführten Therapien als überlegen (Linehan et al., 2006; Koons et al., 2001). Zahlreiche Therapiestudien belegen heute, dass sich mit der DBT nicht nur suizidale und parasuizidale Verhaltensweisen erfolgreich reduzieren lassen, sondern auch die Symptomatik schwerer komorbider Achse-I-Störungen wie Depressivität, Ängstlichkeit, süchtiges Verhalten oder die Symptomatik posttraumatischer Belastungsstörungen scheinen sich in Dialektisch-Behavioralen Therapien deutlich zu verbessern (z.B. Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Bohus et al., 2004; Höschel, 2006; Steil, Dyer, Priebe & Bohus, 2011).

Trotz dieser erfreulichen Untersuchungsergebnisse zur Behandelbarkeit von gefährlichem Verhalten und schweren Achse-I-Störungen bei der Mehrzahl der Betroffenen stellt sich die Frage, ob eine weitgehende Remission der schweren psychopathologischen Symptomatik zwangsläufig auch mit einer Gesundung im Sinne einer Verbesserung sozialer und beruflicher Funktionen einhergeht. Winograd, Cohen und Chen (2008) untersuchten das Vorliegen von Borderline-Symptomen bei 748 Jugendlichen im Alter von 14 Jahren und erhoben zusätzlich Indikatoren für deren soziale Integration. Im 20-Jahres-Verlauf erhoben sie die Symptomatik und die sozialen Integrationsvariablen dann wiederholt. In dieser aufwendigen Untersuchung zeigte sich eine Tendenz zur Verbesserung der Borderline-typischen Akutsymptomatik bis zum 33. Lebensjahr der Betroffenen, während sich die Indikatoren für soziale Anpassungsprozesse wie Lebenszufriedenheit, berufliche Rollenerfüllung, soziale Unterstützung oder die Qualität von Partnerbeziehungen im Langzeitverlauf eher verschlechterten. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte auch die Arbeitsgruppe um Gunderson (Gunderson et al., 2011), die den Verlauf der Symptomatik und sozialer Variablen bei 111 amerikanischen Patienten mit BPS über einen Zeitraum von 10 Jahren erfasst hat. Obwohl in dieser Untersuchung trotz starker Schwankungen bei den meisten Patienten eine deutliche Tendenz zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik festgestellt wurde, scheint sich der Anteil der Patienten, die einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen, nur zu Beginn des Langzeitverlaufes zu erhöhen, dann aber bei ca. 35 % zu stagnieren (Abb. 1). Die Autoren vermuten aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse, dass die psychopathologische Symptomatik von Patienten mit BPS nur zu Beginn mit Problemen im Bereich der psychosozialen Anpassung verbunden ist. Im Langzeitverlauf scheint die Akutsymptomatik dann aber zunehmend weniger Vorhersagekraft für das Gelingen sozialer Integrationsprozesse und insbesondere der erfolgreichen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit zu besitzen. Die Untersuchungsergebnisse einer weiteren amerikanischen Langzeitverlaufsanalyse (Zanarini, Frankenburg, Reich, Fitzmaurice, 2012) sprechen ebenfalls dafür, dass die Mehrzahl der Patienten mit BPS

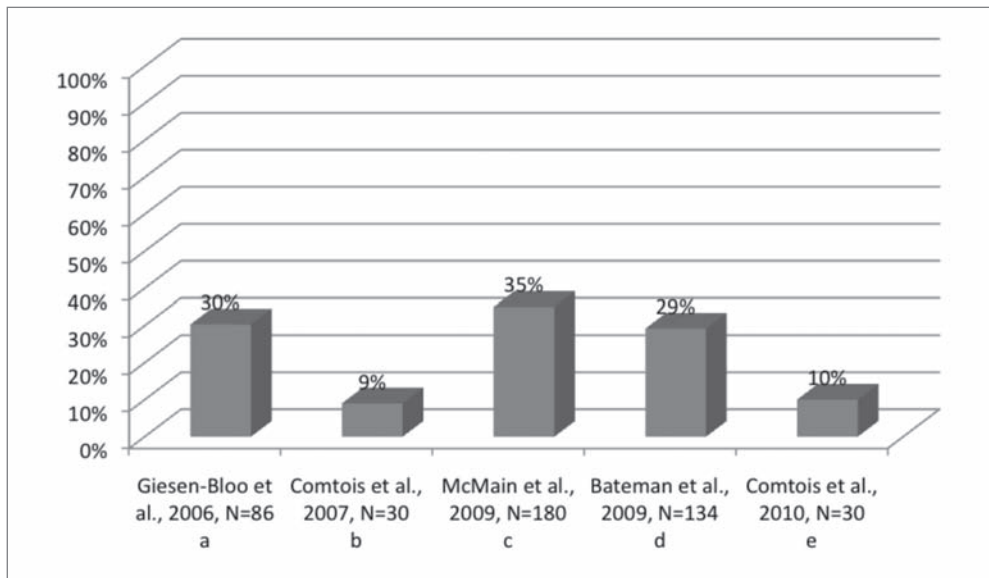
zwar im Langzeitverlauf selbst unter unspezifischer Behandlung eine Verbesserung der Akutsymptomatik erlebt, soziale und berufliche Funktionen aber trotz der Verbesserung der Akutsymptomatik defizitär bleiben.

Abbildung 1: Anteil vollzeitbeschäftigter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Verlaufsuntersuchung von Gunderson et al. (2011), N=111



Wie gravierend sich diese Defizite sozialer und beruflicher Funktionen bei Patienten mit BPS auf deren Vermögen zur Teilnahme am Erwerbsleben oder in sozialen Beziehungen auswirken, ist heute wegen fehlender repräsentativer Erhebungen nur aufgrund von Erhebungen in klinischen Kontexten abschätzbar. Gescher, Will und Malevani (2012) berichten aus einer BADO-Erhebung an über 600 in der Düsseldorfer Universitätspsychiatrie behandelten Patienten mit BPS, dass weniger als ein Viertel der Betroffenen angibt, den Lebensunterhalt aus eigener Erwerbstätigkeit zu bestreiten. In Therapiestudien wird bei behandlungssuchenden Patienten mit BPS auch international vor Therapiebeginn selten mehr als ein Drittel angegeben, das einer regulären Arbeitstätigkeit oder schulischen Ausbildung nachgeht (Abb. 2). Vor dem Hintergrund von über 70 % arbeitstätigen Personen in der deutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2011) lässt dieses auf eine massive Beeinträchtigung sozialer und beruflicher Funktionen bei der Mehrzahl der Patienten mit BPS schließen. Leider werden in den Therapiestudien in der Regel keine Veränderungen der beruflichen oder schulischen Situation der behandelten Patienten während oder nach den Therapien berichtet, so dass es bis heute weitgehend unklar ist, ob die untersuchten Therapien überhaupt Einfluss auf das Erreichen sozialer Integrationsziele haben.

Abbildung 2: Anteil von Patienten in Therapiestudien, die vor Therapiebeginn einer Arbeits- oder Schultätigkeit nachgehen



a arbeitstätig oder Student, b teilzeitarbeitstätig, c voll-/teilzeitarbeitstätig, d arbeitstätig, e teil- oder vollzeitarbeitstätig oder Schüler

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie als multimodales Behandlungskonzept mit zwei Therapiephasen

Linehan (1993a) berücksichtigte schon vor 20 Jahren in ihrem Manual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der BPS, dass eine Therapie wahrscheinlich zu kurz greift, wenn sie sich auf die Behandlung der psychopathologischen Akutsymptomatik beschränkt. In der Formulierung von 3 Therapiestufen (Stages) ist im Anschluss an die Behandlung gefährlicher und therapiezerstörender Verhaltensmuster (Stage-I) sowie schwerer Störungen des emotionalen Erlebens (Stage-II) die Verbesserung von Problemen in der Lebensführung (Stage-III) vorgesehen. Die manualisierten Behandlungsstrategien (Linehan, 1993a, b; Bohus & Wolf, 2009) beziehen sich allerdings vorwiegend auf Interventionen in der ersten und zweiten Therapiestufe, während die Dialektisch-Behavioralen Hilfen zur Verbesserung von Problemen in der Lebensführung heute nicht ausreichend manualisiert und evaluiert sind. Mit dem Ansatz DBT-ACES hat Comtois, eine langjährige enge Mitarbeiterin von Linehan, ein noch unpubliziertes Behandlungsmニュアル entwickelt und am Harborview Medical Center in Seattle erprobt. In diesem Manual ist nach einem Jahr Behandlungszeit mit der bekannten und gut evaluierten Standard-DBT (SDBT) ein zweites Behandlungsjahr (DBT-ACES) vorgesehen, in dem soziale Integrationsziele wie die Aufnahme einer belohnenden Arbeitstätigkeit, die Unabhängigkeit vom psychiatrischen Versorgungssystem und der Aufbau eines sozialen Netzes außerhalb des Gesund-

heitssystems gezielt verfolgt werden. „ACES“ steht dabei als Akronym für „Accepting the Challenges of Exiting the System“ – wörtlich übersetzt also „Die Herausforderung annehmen, das (psychiatrische Versorgungs-)System zu verlassen“. Eine deutsche Adaptation des Konzeptes wurde von der Arbeitsgruppe der LWL-Klinik in Lengerich Ende 2011 veröffentlicht (Höschel, Pfluegler, Rinke, Burmeister, Chrysanthou & Comtois, 2011).

Die erste Therapiephase: Standard-DBT

Im ersten Behandlungsjahr mit SDBT sind neben der Einzeltherapie und dem wöchentlichen Gruppenskillstraining die Möglichkeit für Telefonanrufe zwischen den Sitzungen, eine wöchentliche Teamsitzung und ergänzende Behandlungen wie Pharmakotherapie oder sozialarbeiterische Hilfen und Beratungen vorgesehen.

Die wöchentliche 50-minütige **Einzeltherapiesitzung** wird entsprechend dem Manual von Linehan (1993a) gestaltet. Zu Beginn der Sitzung wird die täglich von den Patienten auszufüllende Tagebuchkarte gesichtet, in der Problemverhaltensweisen und der Drang zu Problemverhalten protokolliert werden. Anhand der Einträge in der Tagebuchkarte wird dann eine Agenda für den Sitzungsverlauf erstellt, in der die Bearbeitung gefährlicher Verhaltensweisen oder Impulse und die Behandlung therapiegefährdenden Verhaltens je nach Schwere und Gefährlichkeit priorisiert wird. Nur wenn keine schweren Störungen der Verhaltenskontrolle, keine schwerwiegenden emotionalen Probleme (i.S. schwerer Achse-I-Störungen) und kein therapiegefährdendes Verhalten besteht oder droht, fokussiert der Therapeut bereits in der ersten Therapiephase auf Inhalte der allgemeinen Lebensführung wie den Aufbau der Arbeitstätigkeit oder sozialer Netze. Bei der Verwendung der DBT-Behandlungsstrategien sollen fordernde und akzeptierende Strategien in eine Balance gebracht werden. Neben dem übergeordneten Ziel des Aufbaus dialektischer Denkmuster (z. B. „Sowohl-als-auch-Denken“ anstatt „Schwarz-Weiß-Denken“) werden verschiedene Validierungs- und Commitmentstrategien und Strategien wie Selbstbeobachtung, Erstellung von Verhaltensanalysen, Aufbau von Alternativfertigkeiten, kognitive Umstrukturierung und Expositionsverfahren verwendet.

Zusätzlich zur Einzeltherapie findet wöchentlich ein manualisiertes zweistündiges **Skills-training** statt (Linehan 1993b; Bohus & Wolf, 2009). In Gruppen von maximal 8 Patienten werden grundlegende Verhaltensfertigkeiten (Skills) auf den Gebieten der Stresstoleranz, der Achtsamkeit, des Umgangs mit Gefühlen sowie im zwischenmenschlichen Bereich durch zwei Trainer vermittelt. Regelmäßige Hausaufgaben zur Übung der Skills und die Besprechung der praktischen Anwendung der Fertigkeiten im Alltag sind feste Bestandteile der Gruppensitzung.

Außerhalb der Einzeltherapie und des Skillstrainings haben die Patienten die Möglichkeit, in schwierigen Situationen **Telefoncoachings** bei ihren Einzeltherapeuten in Anspruch zu nehmen, um von diesen Unterstützung bei der Anwendung von erlernten Skills zu erhalten. Die Telefonate werden, wie im Manual beschrieben, geführt und sollten ein möglichst kurzes Coaching von Skills in akuten Situationen beinhalten und die persönlichen Grenzen des Therapeuten nicht überschreiten.

Sowohl im Hinblick auf die Einzeltherapie als auch beim Besuch des Skilltrainings besteht die Regel, dass mindestens 50 % der Sitzungen von den Patienten wahrgenommen werden müssen, nicht häufiger als viermal hintereinander Sitzungen versäumt werden dürfen und nach parasuizidalem oder suizidalem Verhalten eine 24-stündige Kontaktsperre gegenüber dem behandelnden Therapeutenteam besteht.

Die wöchentliche **Teamsitzung** ist für DBT-Therapeuten obligatorisch. Die Teamsitzung verfolgt zwei übergeordnete Ziele, und zwar a) die gegenseitige emotionale Unterstützung der Therapeuten und b) die Erhöhung der Kompetenzen der Therapeuten. Jeder in der DBT Behandelte wird dabei als Patient verstanden, der von dem gesamten Therapeutenteam betreut wird und nicht nur von den jeweiligen Einzeltherapeuten und den Skilltrainern. Auch in der Teamsitzung werden die zu besprechenden Inhalte anhand der DBT-Zielhierarchisierung priorisiert.

Neben den beschriebenen SDBT-Behandlungsangeboten wird von Comtois im ersten Jahr ein Aktivitätsaufbau eingeführt. Ab dem vierten Behandlungsmonat ist die Durchführung geplanter Aktivitäten im Umfang von 10 Stunden pro Woche und ab dem achten Monat von mindestens 15 Stunden pro Woche vorgesehen. Aktivitäten gelten als „geplant“ wenn sie mindestens einen Tag im Voraus festgelegt und dann unabhängig von der aktuellen Stimmung umgesetzt werden. Dadurch wird schrittweise die Erhöhung der Fähigkeit gefördert, Aktivitäten unabhängig von der aktuellen Stimmung durchzuführen, was vielen Patienten mit BPS erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Werden diese Anforderungen vier Wochen ununterbrochen nicht erfüllt, setzt die Behandlung im Sinne eines Kontingenzmanagements aus, bis sie wieder für eine Woche erfüllt wurden.

Antrag auf Fortsetzung der Therapie mit dem DBT-ACES-Jahr

Am Ende des SDBT-Jahres besteht für jeden Patienten die Möglichkeit, einen Antrag auf die Fortsetzung der Therapie im DBT-ACES-Jahr zu stellen. Es ist ratsam, bereits im 9. Monat des SDBT-Jahres mit der Beantragung zu beginnen, da das Antragsprocedere mehrere Wochen in Anspruch nehmen kann. Voraussetzung für die Fortsetzung der Therapie im DBT-ACES-Jahr ist a) eine erfolgreiche Therapie im SDBT-Jahr und b) der Wunsch des Patienten, die DBT-ACES-Ziele zu verfolgen. Hierzu gehören neben der Aufnahme einer belohnenden Arbeitstätigkeit, das Erreichen von Unabhängigkeit vom psychiatrischen Versorgungssystem und der Aufbau sozialer Netze außerhalb des Versorgungssystems und ggf. weitere individuelle Ziele. Ob das SDBT-Jahr erfolgreich verlaufen ist, wird bei der Beantragung des DBT-ACES-Jahres vom Behandlungsteam in einem aufwendigen Vorgehen überprüft. Der Prüfungscharakter mancher Elemente des Antrags ist dabei im Sinne einer Konfrontations- und Expositionstrategie als Therapiebestandteil zwar erwünscht, gleichzeitig ist den Patienten aber bekannt, dass jedes Element in dem Beantragungsverfahren so oft wiederholt werden kann, bis das vorgegebene Kriterium erreicht ist.

Im Einzelnen sollen folgende Anforderungen nach einem Jahr SDBT erfüllt werden:

- Freiheit vom hochrangigen Stage-I-Verhalten sollte für die vorangegangenen zwei Monate gegeben sein, was vor allem Freiheit von suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen, stationären Kriseninterventionen und schwerwiegenden therapiegefährdenden Verhalten einschließt.
- In einem Antragsvordruck, den der Patient mit Unterstützung seines Einzeltherapeuten ausfüllt, werden erste Überlegungen zu möglichen individuellen Gestaltungen eines produktiven, normativen Lebens außerhalb des Gesundheitssystems beschrieben. Darüber hinaus werden Verhaltensmuster erfasst, die noch weiter ausgebaut werden sollten, und solche, die aufgrund ihres therapiestörenden oder Lebensqualität einschränkenden Charakters abgebaut werden sollten.
- In einem schriftlichen Skillstest wird die Kenntnis der in der SDBT erlernten, grundlegenden Skills nachgewiesen.
- Einer der Skillstrainer stellt dem Patienten ein „Skillsgruppenzeugnis“ aus. In diesem Zeugnis wird beurteilt, inwieweit ein Patient die erlernten Skills innerhalb des Skillstrainings tatsächlich verwendet (z. B. „hat zwischenmenschliche Skills angewendet, wenn er ärgerlich oder irritiert war“, „beschreibt nichtbewertend“ ...). Außerdem werden Verhaltensweisen beurteilt, die weiter ausgebaut werden sollten (z. B. „ist pünktlich zu den Sitzungen erschienen“, „hat dysfunktionales Verhalten anderer ignoriert“), und solche, die weiter abgebaut werden sollten (z. B. „ist zu spät aus der Pause gekommen“ oder „hat Selbstrechtfertigungen betrieben“).
- Der Nachweis, erfolgreich an der Einzeltherapie teilnehmen zu können, wird durch die „Difficult Session“ erbracht. Dabei suchen der Einzeltherapeut und der Patient gemeinsam ein besonders schwierig zu besprechendes Thema oder Problem für eine Sitzung aus, die auf Video aufgezeichnet wird. In der Difficult Session ist es dann Aufgabe des Patienten, die erlernten Skills (z. B. zwischenmenschliche Skills, Selbstberuhigung, Verhandlungen initiieren) so in der Sitzung einzusetzen, dass auch schwierige Themen mit dem Therapeuten ohne therapiegefährdendes Verhalten besprochen werden können. Dabei muss das besprochene Problem nicht gelöst werden. Ziel ist es, dass ein Patient zeigt, dass er Skills in brenzligen Therapiesituationen einsetzt und auf therapiegefährdendes Verhalten verzichtet. Nach der Durchsicht des Videos durch den Patienten beurteilen zwei Mitglieder des Behandlungsteams dann die Videoaufnahme der Sitzung anhand eines Formblattes, in dem der Grad der Skillsanwendung innerhalb der Difficult Session beschrieben wird (z. B. „reguliert seine Emotionen durch Methoden wie tiefes Atmen oder Selbstberuhigung“, „macht klare, direkte Bitten“)

In einem abschließenden Gespräch mit dem Teamleiter wird dann der Verlauf des Antragsverfahrens reflektiert und erste mögliche längerfristige Ziele und mögliche Zwischenschritte für das DBT-ACES-Jahr konkretisiert. Mit dem Abschluss des Teamleitergesprächs sind alle Voraussetzungen für die Aufnahme des DBT-ACES-Jahres erfüllt, so dass der Patient sofort oder nach einer Unterbrechung der Therapie die DBT-ACES-Behandlungsangebote nutzen kann.

Die zweite Behandlungsphase: Das DBT-ACES-Jahr

Das Behandlungsangebot in der zweiten Behandlungsphase entspricht mit der wöchentlichen Einzeltherapie, dem zweistündigen Gruppenskillstraining, der Möglichkeit für Telefoncoachings zwischen den Sitzungen und der wöchentlichen Teamsitzung der Therapeuten in seinem Umfang dem Angebot der ersten Phase. Ergänzende Behandlungen wie eine sinnvolle Pharmakotherapie oder indizierte somatische Behandlungen sind weiterhin Bestandteil der Therapie. Hilfen des psychiatrischen Versorgungssystems wie ambulantes oder stationär betreutes Wohnen, rehabilitative Maßnahmen oder die Beschäftigung in Behindertenwerkstätten sollten aber weitgehend abgebaut sein. Diese Angebote des psychiatrischen Versorgungssystems würden den Zielen von DBT-ACES widersprechen. Neben der Aufrechterhaltung der bereits im ersten Jahr erreichten Ziele (Freiheit von suizidalem und parasuizidalem Verhalten, Abbau schwerer Achse-I-Symptomatik, Abbau therapiegefährdenden Verhaltens, Aufbau grundlegender Skills) stehen nun aber vor allem drei Ziele zum Aufbau einer verbesserten Lebensqualität im Vordergrund:

1. Die Aufnahme einer normativen, produktiven und belohnenden Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit. Dazu werden ausschließlich Tätigkeiten an Arbeitsplätzen gezählt, an denen die Kollegen und Vorgesetzten gesund sind (kein Behindertenmilieu!) und ein Lohn vom Arbeitgeber gezahlt wird, der dem Lohn gesunder Kollegen mit vergleichbaren Tätigkeiten entspricht (Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned & Elwood, 2010). Das sind weitgehend Tätigkeiten oder Ausbildungen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Der Besuch einer regulären Schule zählt ebenfalls zu den normativen Arbeits- und Ausbildungstätigkeiten.
2. Förderung der Unabhängigkeit vom psychiatrischen Versorgungssystem (z. B. eigene Wohnung, eigene Verwaltung der Finanzen, eigene Arbeits- und Freizeiteinteilung etc.), um auf diese Weise Gefühle von Selbstvertrauen und des Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten zu stärken.
3. Der Aufbau normativer sozialer Netze außerhalb des Gesundheitssystems sollte den Wünschen und Werten des Patienten entsprechen und kann z. B. im Rahmen von Partnerschaften, Nachbarschaftskontakten, Vereinszugehörigkeiten oder im Kollegenkreis stattfinden.

Neben diesen drei Hauptzielen finden natürlich auch individuelle Ziele zur Verbesserung der Lebensqualität einzelner Patienten Berücksichtigung. Um eine erfolgreiche Arbeit an diesen Zielen zu ermöglichen, ergeben sich im zweiten Jahr vor allem inhaltliche Veränderungen in den Behandlungselementen.

Innerhalb der **DBT-ACES-Einzeltherapie** wird die Tagebuchkarte der Standard-DBT, in der der Schwerpunkt auf der Dokumentation von Impulsen oder Verhalten im Hinblick auf Stage-I-Problemen liegt, durch die DBT-ACES-Tagebuchkarte abgelöst. Neben der Beobachtung evtl. wieder auftretender Impulse zu Stage-I-Verhalten werden in der DBT-ACES-Tagebuchkarte vor allem Schritte zur Annäherung an die längerfristigen DBT-ACES-Ziele protokolliert. Der Einzeltherapeut unterstützt den Patienten dabei, aus den langfristigen Zielen kurz- und mittelfristige Teilziele abzuleiten und die dazu nötigen Kompetenzen zu erarbeiten bzw. die im Skillstraining theoretisch und allgemein

erarbeiteten Fähigkeiten zu vertiefen und individuell zu trainieren. Die Methodik in der DBT-ACES-Einzeltherapie entspricht den Therapiestrategien in der SDBT, allerdings werden die zu übenden Skills wesentlich feiner auf die Anforderungen der normativen Umwelt abgestimmt.

Das **Telefoncoaching** im DBT-ACES-Jahr soll den Patienten ermöglichen, sich bei Problemen im Hinblick auf das Erreichen der DBT-ACES-Ziele Unterstützung einzuholen. Die Telefonanrufe sind genau wie im ersten Jahr zeitlich begrenzt und erfolgen nach vorher festgelegten Regeln.

In dem **DBT-ACES-Skillstraining** werden insgesamt zwölf Themenblöcke in einem Zeitraum von zwölf Monaten behandelt. Dabei geht es in vier Modulen um inhaltliche Vertiefungen der bereits im SDBT-Jahr vermittelten Skills (Achtsamkeit; Gefühlsregulation; Stresstoleranz und radikale Akzeptanz; zwischenmenschliche Fertigkeiten). Drei weitere Module beschäftigen sich mit dem Umgang mit den häufig in moderater Schwere persistierenden Emotionsregulationsstörungen (Depressionsmanagement; Angstmanagement; Ärgermanagement), und fünf inhaltlich neue Themenblöcke zielen vor allem auf das Erreichen der DBT-ACES-Ziele (Perfektionismus abbauen und Dialektik; Zeitmanagement; sich selber und andere verstärken; mich in einer Gemeinschaft etablieren, die ich mag; nachfolgende Therapie). Eine DBT-ACES-Skillsgruppensitzung beginnt mit einem „Check-in“, in dem jeder Patient anhand eines kurzen Protokolls vorstellt, welche langfristigen DBT-ACES-Ziele oder „persönlichen Projekte“ er gerade verfolgt und wie die aktuellen Fortschritte und Hindernisse aussehen. Danach wird jeder Patient dabei unterstützt, ein neues, konkretes Wochenziel zu benennen, das eine Annäherung an die längerfristigen Ziele beinhalten sollte. Im Anschluss daran werden die in der letzten Sitzung vereinbarten Hausaufgaben besprochen und schließlich die neuen Inhalte des Moduls vorgestellt.

Ähnlich wie im SDBT-Jahr wird mit den Patienten auch im DBT-ACES-Jahr ein **Kontingenzmanagement** vereinbart, das den Umgang mit Rückfällen in Stage-I-Verhalten und den Aufbau von Arbeitstätigkeit betrifft. Zeigt ein Patient schwerwiegendes Stage-I-Verhalten (z. B. suizidales, parasuizidales oder massiv therapieschädigendes Verhalten), wird eine „Bewährungszeit“ festgelegt. Wenn dieses Verhalten in der Bewährungszeit erneut auftritt, wird der Patient aus der Therapie ausgeschlossen, bis er das Problemverhalten wieder für eine vorher festgelegte Zeit eingestellt hat. Der schrittweise Aufbau der Arbeitstätigkeit wird durch das Kontingenzmanagement folgendermaßen verstärkt: Bis zum vierten Monat des ACES-Jahres muss der Patient 20 Stunden geplanter Aktivitäten pro Woche nachgehen und die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit oder Ausbildung aktiv vorbereiten. Ab dem vierten Monat sollen mindestens 20 Stunden geplanter Aktivität durchgeführt werden, von denen 10 Stunden Arbeitstätigkeit oder Ausbildung sind. Ab dem achten Monat sollen dann 20 Stunden Arbeitstätigkeit oder Ausbildung aufgenommen worden sein. Werden diese Anforderungen von Patienten über vier Wochen durchgehend nicht erfüllt, ruht die Therapie, bis sie wieder für mindestens eine Woche erfüllt wurden.

Effektivität von DBT-ACES in Seattle

Die Verbesserung der subjektiv empfundenen Lebensqualität, der Aufbau einer normativen Arbeitstätigkeit und normativer sozialer Netze sowie das Erreichen von Unabhängigkeit von Leistungen des psychiatrischen Versorgungssystems stellen wünschenswerte Ziele dar, die aber besonders von chronisch hospitalisierenden Patienten mit BPS nicht einfach zu erreichen sind. Inzwischen wurden erste Ergebnisse einer amerikanischen Prä-post-Untersuchung des zweistufigen Therapiemodells aus SDBT und DBT-ACES publiziert (Comtois et al., 2010). Am Harborview Medical Center in Seattle wurden 85 Patienten mit BPS und ausgesprochen schwerer Symptomatik zwischen 2000 und 2005 in die ambulante SDBT aufgenommen. Bei allen Patienten lagen mehrere Suizidversuche in der Vergangenheit und eine Behandlungsgeschichte mit zahlreichen Hospitalisierungen in meistens geschützt geführten stationären psychiatrischen Einrichtungen vor. Der DSM-IV-Wert des Global Assessment of Functioning (GAF) lag bei den SDBT-Startern unter 30, was durch „starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken“ oder „Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen ernsthaft beeinträchtigt (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, hat kein Zuhause und keine Freunde)“ charakterisiert ist. Der Wunsch, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen und die DBT-ACES-Ziele im zweiten Behandlungsjahr zu verfolgen, war kein Aufnahmekriterium der von schwerer Symptomatik und geringem Funktionsniveau betroffenen SDBT-Startern. Mit 44 % Therapieabbrüchen lag die Therapieabbruchquote im SDBT-Jahr höher als die von Barnicot und Mitarbeitern (2011) in einer Metaanalyse für die Behandlungsabbruchquoten von Patienten mit BPS in Therapien mit wissenschaftlichem Wirksamkeitsnachweis festgestellten 25-30 %. 27 der 85 SDBT-Startern (32 %) sowie 3 weitere Patienten, die die SDBT nicht am Harborview Medical Center durchlaufen hatten, nahmen die Angebote des DBT-ACES-Jahres in Anspruch und wurden im Hinblick auf das Erreichen der DBT-ACES-Ziele evaluiert.

Die 30 im Durchschnitt 37 Jahre ($SD \pm 11$) alten Patienten, die die DBT-ACES-Phase der Behandlung im Anschluss an das SDBT-Jahr aufnahmen, verbesserten sich im Hinblick auf Selbstverletzungen und die Anzahl von Notfallbehandlungen sowie stationäre psychiatrische Behandlungen wie erwartet im SDBT-Jahr. Die Anzahl der Notfallbehandlungen verringerte sich von durchschnittlich 5,23 ($SD \pm 11,31$) im Jahr vor Beginn der Therapie auf 1,13 ($SD \pm 3,06$) im SDBT-Jahr, verringerte sich dann im DBT-ACES-Jahr weiter auf durchschnittlich 0,32 ($SD \pm 1,41$) und blieb in der 1-Jahres-Katamnese mit durchschnittlich 0,94 ($SD \pm 3,13$) Notfallbehandlungen stabil. Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich bei der Anzahl stationärer Psychiatrie-Aufnahmen mit durchschnittlich 3,35 ($SD \pm 5,89$) vor Therapiebeginn, 0,67 ($SD \pm 1,49$) im SDBT-Jahr, 0,08 ($SD \pm 0,28$) im DBT-ACES-Jahr und 0,18 ($SD \pm 0,39$) in der 1-Jahres-Katamnese. Die Reduktion von Selbstverletzungen verlief mit durchschnittlich 1,92 ($SD \pm 4,85$) im Jahr vor Therapiebeginn auf 0,3 ($SD \pm 0,7$) im SDBT-Jahr und 0,12 ($SD \pm 0,60$) im DBT-ACES-Jahr sowie durchschnittlich 0,18 ($SD \pm 0,39$) Selbstverletzungen in der 1-Jahres-Katamnese erfolgreich und stabil. Die aussagekräftigste Variable für die Evaluation von DBT-ACES ist aus unserer Sicht allerdings die Fähigkeit der behandelten Patienten, einer regelmäßigen und mindestens halbschichtigen Arbeits- oder Schultätigkeit nachzugehen, die eine wirtschaftliche Unabhängigkeit vom psychiatrischen Versorgungssystem ermöglicht. In der Auswertung der 30 DBT-ACES-Startern in Seattle standen 3 % der Patienten bereits vor der Aufnahme der SDBT in einem mindestens halbschichtigen Beschäftigungsverhältnis. Am Ende des

SDBT-Jahres steigerte sich der Prozentsatz auf 17 % und am Ende des DBT-ACES-Jahres waren 45 % der DBT-ACES-Starter mindestens halbschichtig arbeitstätig oder in einer regulären Schule. In der 1-Jahres-Katamnese sank der Prozentsatz von Patienten mit mindestens halbschichtiger Arbeits- oder Schultätigkeit geringfügig auf 37 %.

Pilotstudie zu DBT-ACES in Deutschland

Seit 2010 können sich Patienten mit BPS in der DBT-Ambulanz der LWL-Klinik Lengerich mit dem zweiphasigen Modell von SDBT und DBT-ACES ambulant behandeln lassen. Da das Verfahren in Deutschland erstmals angewendet wird und die amerikanischen Evaluationsergebnisse nicht ohne Weiteres auf die Wirksamkeit der Therapie im deutschen Versorgungssystem übertragbar sind, wird eine aufwendige und langfristig geplante Qualitätssicherung im Sinne einer Pilotstudie für die Anwendung des zweiphasigen Vorgehens in der ambulanten DBT durchgeführt.

Im Zeitraum von Februar 2010 bis Juni 2012 wurden 31 Patienten in drei verschiedenen Jahreskohorten in die Studie eingeschlossen. Kriterium für die Aufnahme eines Patienten in die SDBT ist die gesicherte Diagnose einer BPS (mit dem SKID-II-Interview), ein Alter zwischen 15-50 Jahren, die Unterzeichnung des SDBT-Behandlungsvertrages sowie die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung. Ausgeschlossen wurden Patienten mit anorektischer Symptomatik (und BMI < 17,5), mit schizophrener oder akut manischer Erkrankung bei gleichzeitiger Intelligenzminderung mit IQ < 70 und mit aktiver Substanzabhängigkeit. Patienten mit Substanzmissbrauch und gegenwärtig abstinenten Patienten mit Substanzabhängigkeitssyndromen wurden nicht ausgeschlossen. In Tabelle 1 werden wesentliche Merkmale der 2010 und 2011 in die Untersuchung aufgenommenen Patienten beschrieben.

Tabelle 1: Mittelwerte (und Standardabweichungen) der 2010 und 2011 in die Behandlung in Lengerich aufgenommenen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

	2010 N =14	2011 N =12
Alter	22,1 (4,2)	31,2 (10,2)
weiblich, Anzahl	13	11
Schulbildung (%)		
Hauptschule	28,6	33,3
Realschule	35,7	50,0
Fachabitur	14,3	0,0
Abitur	21,4	16,7
bei Aufnahme > 20h Schule/ Arbeit (%)	7,1	25,0
Jahre seit der letzten Arbeits-/Schultätigkeit	1,7 (2,8)	2,7 (4,3)
Patienten mit selbstverletzendem Verhalten (%)	92,9	83,3
Anzahl der Selbstverletzungen im Jahr vor DBT	53,7 (59,2)	37,5 (54,4)
Anzahl stationärer Behandlungstage im Jahr vor DBT	86,4 (57,9)	57,3 (61,0)

Die Patienten werden zu Beginn der Therapie („Prä-Messung“), zum Zeitpunkt des Übergangs von der SDBT in die DBT-ACES-Phase („Zwischenmessung“), bei Abschluss der Therapie („Post-Messung“) und in einer 1-Jahres-Katamnese im Hinblick auf die psychopathologische Symptomatik, die Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems und im Hinblick auf Maße sozialer Anpassung untersucht. Zentrale Variablen der Datenauswertung sind die Anzahl von selbstverletzenden, suizidalen und parasuizidalen Verhaltensweisen (erhoben mit einer deutschen Version des lifetime parasuicidal count, LPC; Comtois & Linehan, 1999), vollstationäre akutpsychiatrische Behandlungstage (erfasst mit einer deutschen Version des Treatment History Interview, THI, Linehan, 1987) und der Prozentsatz von Patienten, die einer mindestens halbschichtigen schulischen oder beruflichen Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachgehen.

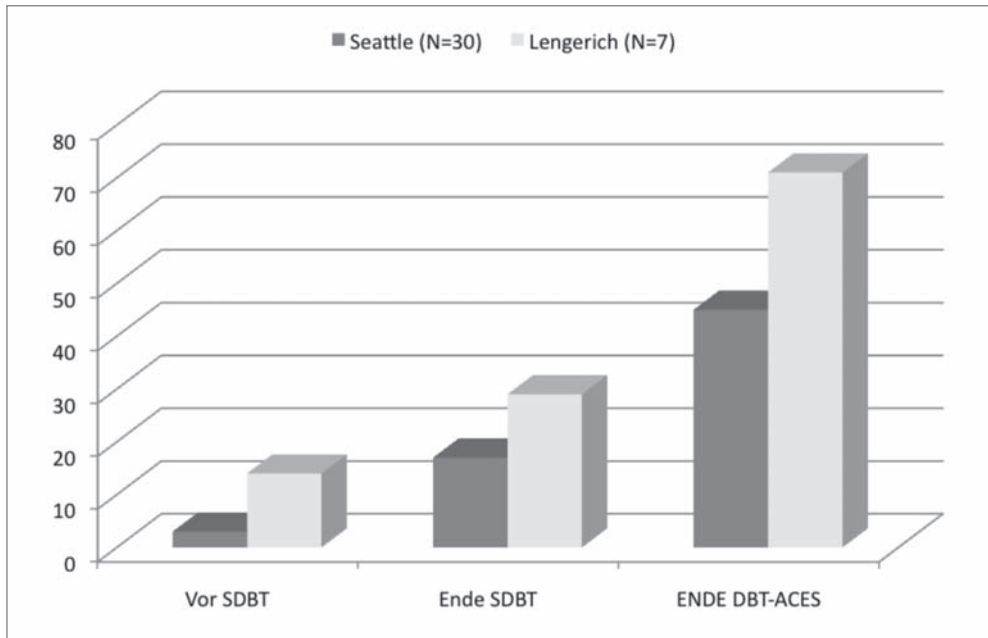
Erste Ergebnisse

Aufgrund der relativ kurzen Laufzeit der Untersuchung können zum jetzigen Zeitpunkt nur deskriptive Ergebnisse der 14 Patienten wiedergegeben werden, die 2010 in die SDBT aufgenommen wurden. Die vorliegenden Daten der Prä-, Zwischen- und Post-Messzeitpunkte vermitteln jedoch bereits jetzt einen ersten Eindruck von der Effektivität des Vorgehens.

Die 14 Patienten der Jahreskohorte 2010 mit einem relativ jungen Durchschnittsalter von 22,1 Jahren verbrachten im Jahr vor der Aufnahme der SDBT durchschnittlich 86 Tage ($SD \pm 57,9$) in stationärer psychiatrischer Akutbehandlung. Die Patienten wiesen eine schwere Symptomatik auf, 13 der 14 aufgenommenen Patienten verletzten sich im Jahr vor Aufnahme der ambulanten SDBT selbst, 7 Patienten verletzten sich so schwer, dass die Selbstverletzungen bei diesen Patienten im Jahresdurchschnitt jeweils 10 akutmedizinische Behandlungen nötig machten. Im Durchschnitt gingen die behandelten Patienten schon seit über 20 Monaten keiner normativen Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit mehr nach. Die behandelte Patientenstichprobe wies also mit schwerer Symptomatik, häufigen und langen Hospitalisierungen und geringem beruflichen Funktionsniveau ähnliche Merkmale auf wie die von Comtois in Seattle behandelten Patienten. Allerdings waren die in Lengerich behandelten Patienten deutlich jünger, was prognostisch günstiger sein dürfte. Während der SDBT brachen 5 Patienten die Therapie ab (36 %), 2 Patienten beendeten die SDBT regulär, entschieden sich jedoch, das DBT-ACES-Jahr nicht aufzunehmen (eine aufgrund einer Schwangerschaft und der zukünftigen Rolle als Mutter, die Maßnahmen der Familienhilfe zunächst dringender erschienen ließ als die Teilnahme an DBT-ACES; eine Patientin fühlte sich auch am Ende der SDBT nicht hinreichend stabil, um die DBT-ACES-Ziele zu verfolgen). Insgesamt nahmen 7 Patienten (50 % der SDBT-Starter) die DBT-ACES-Behandlungsphase auf. Bei der Auswertung der zentralen Variablen der 7 DBT-ACES-Starter verringerte sich das selbstverletzende Verhalten von durchschnittlich 61,71 ($SD \pm 77,82$) Selbstverletzungen im Jahr vor der SDBT auf durchschnittlich 2,86 ($SD \pm 3,85$) während der SDBT und 0,57 ($SD \pm 0,79$) in der DBT-ACES-Phase der Behandlung. Die akutpsychiatrischen stationären Behandlungstage verringerten sich bei den 7 DBT-ACES-Startern von durchschnittlich 99,43 Behandlungstagen ($SD \pm 69,80$) im Jahr vor Therapiebeginn auf 0,29 Tage ($SD \pm 0,76$) während der SDBT und 0 Tage während der DBT-ACES-Phase.

Im Hinblick auf den Anteil von Patienten, die mindestens einer halbschichtigen Beschäftigung oder Schultätigkeit nachgingen, verbesserte sich der Prozentsatz der Patienten mit Arbeit/Schule von einer Patientin vor Aufnahme der SDBT (14% der DBT-ACES-Starter) auf 2 Patienten am Ende der SDBT (29%) und 5 Patienten am Ende der DBT-ACES-Phase der Behandlung (71%). Dieser hohe Prozentsatz der im Hinblick auf die Aufnahme einer regulären Arbeits- oder Schultätigkeit erfolgreichen Patienten entspricht 36% der initial schwer gestörten Patienten, die die SDBT aufnahmen. Zwei Patienten arbeiteten am Ende der DBT-ACES-Phase vollschichtig (als Buchhändlerin bzw. als Hauswirtschafterin), ein Patient befand sich vollschichtig in Ausbildung zum Informatikkaufmann, und zwei Patienten besuchten Berufskollegs (Berufliches Gymnasium Erziehungswissenschaften bzw. Berufsfachschule für Sozialwesen).

Abbildung 3: Prozentsatz der DBT-ACES-Starter mit mindestens halbschichtiger Arbeits- oder Schultätigkeit vor Aufnahme der Therapie, am Ende der Standard-DBT und am Ende von DBT-ACES



Diskussion der ersten Ergebnisse

Obwohl die Stichprobe der Patienten, die in Lengerich mit dem zweiphasigen DBT-Konzept aus SDBT und DBT-ACES noch zu klein ist, um weitreichende Rückschlüsse zu ziehen, sind die ersten Erfahrungen mit dem Ansatz ermutigend.

Sowohl in Seattle als auch in Lengerich konnten die mit SDBT behandelten Borderline-Patienten schwer dysfunktionales Stage-I-Verhalten wie Selbstverletzungen und die

Inanspruchnahme stationärer Akut- und Notfallbehandlungen deutlich reduzieren. Allerdings lagen die Therapieabbruchraten mit 44 % in Seattle und 36 % in Lengerich in der SDBT-Phase höher als erwartet. Wahrscheinlich ist die Selektion von Patienten mit ausgesprochen schwerer Symptomatik, ungünstiger Hospitalisierungsgeschichte und niedrigem beruflichem Funktionsniveau hierfür von Bedeutung. Gleichzeitig zeigt die hohe Rate von Behandlungsabbrüchen, dass weitere Anstrengungen nötig sind, um die Abbruchraten zu senken. Vielleicht ist durch das raschere Einräumen von Möglichkeiten zur Unterbrechung der Therapien die hohe Quote von Behandlungsabbrüchen zu senken. Das Angebot einer Fortsetzung der Therapie mit dem DBT-ACES-Jahr nahmen in Seattle 32 % und in Lengerich 50 % der Patienten an, die die SDBT begonnen hatten. Für die meisten dieser Patienten verlief das DBT-ACES-Jahr erfolgreich. Knapp die Hälfte der DBT-ACES-Starter in Seattle (45 %) und weit über die Hälfte der DBT-ACES-Starter in Lengerich (71 %) erreichten das ehrgeizige Ziel einer mindestens halbschichtigen normativen schulischen oder beruflichen Tätigkeit. Obwohl die 1-Jahres-Katamnesen in Lengerich noch nicht vollständig vorliegen, scheinen die Behandlungserfolge auch nach der Therapie stabil zu bleiben. Die etwas positiveren Ergebnisse der Patienten in Lengerich lassen sich allerdings zum jetzigen Zeitpunkt nicht interpretieren, da das deutlich jüngere Durchschnittsalter der Patienten in Lengerich die Aufnahme schulischer oder beruflicher Tätigkeiten wahrscheinlich erleichtert haben dürfte. Ob das jüngere Lebensalter der in Lengerich behandelten Patienten prognostisch tatsächlich günstiger ist, dürfte nach der noch nicht abgeschlossenen Auswertung der 2011 in die SDBT aufgenommenen Jahreskohorte besser abschätzbar sein, da diese Kohorte mit einem Durchschnittsalter von 31 Jahren ($SD \pm 10$) im Mittel fast 10 Jahre älter ist als die 2010 in die Behandlung aufgenommenen Patienten.

Insgesamt kommen wir aufgrund der ersten Erfahrungen mit dem zweistufigen DBT-Behandlungskonzept zum jetzigen Zeitpunkt zu dem Schluss, dass das Angebot einer zweiten Behandlungsphase der Dialektisch-Behavioralen Therapie im Sinne von DBT-ACES für einen Teil der von schwerer Symptomatik und häufigen Hospitalisierungen betroffenen Patienten eine geeignete Unterstützung ist, um die Abhängigkeit vom psychiatrischen Versorgungssystem zu verringern. Immerhin 36 % der in die Behandlung aufgenommenen Borderline-Patienten mit zuvor schwerer Symptomatik und vielen Hospitalisierungen gelang es in Lengerich, wieder zu einer normativen beruflichen und schulischen Tätigkeit zurückzufinden. Erfreulich ist es auch, dass diese Patienten nicht bei der zuvor als Ziel festgelegten halbschichtigen Tätigkeit blieben, sondern am Ende der Therapie in der Lage waren, vollschichtig zu arbeiten oder den ähnlich umfangreichen Schulbesuch mit Aussicht auf einen höheren Bildungsabschluss erfolgreich zu gestalten. Unserer klinischen Erfahrung nach dürften diese Erfolge nicht nur einer weiteren Chronifizierung der BPS oder dem Wiederauftreten akuter Krankheitsepisoden entgegenwirken. Das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der Patienten verbesserte sich so spürbar und deutlich, dass die Lebensqualität der Patienten sich offensichtlich massiv verbesserte und die aufgenommenen Tätigkeiten den Patienten das Gefühl gaben, wieder gesunde Mitglieder einer Gemeinschaft zu sein.

Die Studie zur Einführung von DBT-ACES in Lengerich wurde vom LWL-Forschungsinstitut für seelische Gesundheit unterstützt.

Literatur

- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 327-338.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C. & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives Fertigkeitentraining für Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Comtois, K.A., Elwood, L., Holdcraft, L.C., Smith, W.R., Simpson, T.L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 406-414.
- Comtois, K.A., Kerbrat, A.H., Atkins, D.C., Harned, M.S. & Elwood, L. (2010). Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services*, 61, 1106-1111.
- Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (1999). Lifetime parasuicide count: description and psychometrics. Paper presented at: Ninth Annual Conference of the American Association of Suicidology; Houston, Tex; April, 1999.
- Gescher, D.M., Will, B. & Malevani, J. (2012). Psychosoziale Integration von stationären Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*; epub ahead of print DOI: 10.1007/s00115-011-3462-9.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gunderson, J.G., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Morey, L.C., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Markowitz, J.C., Sanislow, C., Ansell, M., Pinto, A. & Skodol A.E. (2011). Ten year course of Borderline Personality Disorder. Psychopathology and Function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- Höschel, K. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regelversorgung – das Saarbrücker Modell. *Verhaltenstherapie*, 16, 17-24.
- Höschel, K., Pfluegler, S., Rinke, M., Burmeister, K., Chrysanthou, C. & Comtois, K.A. (2011). Dialektisch-behaviorale Therapie nach der Akutphase – die Herausforderung annehmen, das System zu verlassen (DBT ACES). *Verhaltenstherapie*, 21, 239-246.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 545-552.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis Using Mixed Effects Modeling. *Journal of Consulting ND Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzales, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I. & Bastian, L.A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.

- Linehan, M.M. (1987). *The Treatment History Interview*. Seattle: University of Washington.
- Linehan, M.M. (1993a): *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Schmidt, H.I., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8, 279–292.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P. & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13–26.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., Streiner, D.L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.
- Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259–265.
- Statistisches Bundesamt (2011). *Statistisches Jahrbuch 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K. & Bohus, M. (2011): *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Patienten mit schwerer PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Van Asselt, A., Dirksen, C, Arntz, A. & Severens, J. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD patients. *European Psychiatry*, 6, 354–361.
- Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933–941.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, B.D. & Fitzmaurice, G. (2012), Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 169, 476–483.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Klaus Höschel
LWL Klinik Lengerich
Parkallee 10 | 49525 Lengerich
E-Mail: hoeschel@t-online.de
Telefon: 05481 12336 | Fax: 05481 12484