

## **Ergänzende Angaben zum Konzept**

Die **Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)** ist ein spezielles Behandlungsangebot für Jugendliche mit Borderline-Symptomen, speziell mit einer hohen Impulsivität, selbstverletzendem Verhalten und chronischer Suizidalität.

### **Hintergrunddaten**

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) nimmt ihren Beginn in der Kindheit und Adoleszenz (APA, 1994) und wird zunehmend als Diagnose gesehen, die auch im Jugendalter valide und reliabel gestellt und im klinischen Alltag erkannt werden kann (Chanen et al, 2008, Miller, Muehlenkamp & Jacobson, 2008). Die Prävalenz erreicht ihren Höhepunkt in der Pubertät und nimmt kontinuierlich über die Lebensdekaden ab (Ullrich & Coid, 2009; Winograd, Cohen & Chen, 2008). Die Prävalenzraten, die für das Jugendalter angegeben werden, liegen für eine schwerwiegende Symptomatik bei 3% (Moran, et al., 2006). Für ambulant behandelte Jugendliche reichen die Prävalenzraten für die BPS bis zu 11% (Chanen et al., 2008), für stationär behandelte Jugendliche sogar bis zu knapp 50% (Kaess et al., 2013). Jugendliche mit einer BPS haben im Vergleich mit anderen Patienten eine höhere Anzahl an komorbiden Achse-I und -II-Störungen und zeigen ein geringeres psychosoziales Funktionsniveau (Kaess et al., 2013). Diese Probleme persistieren über Jahrzehnte (Chanen et al., 2008; Winograd, Chone & Chen, 2008).

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidalität sind Symptome der BPS, können jedoch auch unabhängig von der Diagnose auftreten und beeinträchtigen die Entwicklung eines Jugendlichen erheblich. So zeigen epidemiologische Studien Prävalenzraten von 4-9,5% für repetitives NSSV und 6,5-8% für einen Suizidversuch bei Schülern der 9. Klasse (Brunner et al., 2007; Plener et al., 2009). Assoziationen zwischen NSSV und einer psychischen Störung (Nitkowski & Petermann, 2011), Drogenkonsum, aggressivem Verhalten, somatischen Problemen, schlechten Schulleistungen, sozialer Isolation (Laukkanen et al., 2009) und delinquentem Verhalten (Brunner et al., 2007) wurden aufgezeigt. Bei hospitalisierten Jugendlichen werden für NSSV Prävalenzraten von 32-50% angegeben (Plener et al, 2010), und es konnte ein Zusammenhang zur BPS nachgewiesen werden (Nock et al., 2006).

Diese Fakten zeigen, dass repetitives NSSV, Suizidalität und andere Borderline-Symptome im Jugendalter ein schwerwiegendes Problem darstellen, langfristig mit einem geringen psychosozialen Funktionsniveau einhergehen und hohe Kosten im Sozial- und Gesundheitssystem verursachen (Sinclair et al., 2011). Gleichzeitig weist die Symptomatik im Jugendalter eine höhere Beeinflussbarkeit auf. Den betroffenen Jugendlichen sollte so früh wie möglich ein spezialisiertes Behandlungsangebot gemacht werden, auch wenn das Vollbild einer BPS nicht erfüllt ist. Die DBT-A wurde speziell auf Jugendliche mit Suizidalität, NSSV und weiteren Borderline-Symptomen zugeschnitten.

### **DBT und DBT-A**

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) wurde ursprünglich als störungsspezifisches Behandlungskonzept für chronisch suizidale erwachsene Patientinnen mit BPS entwickelt (Linehan, 1996 a,b). Derzeit liegen 11 kontrolliert randomisierte Wirksamkeitsanalysen vor (Neacsiu, Bohus & Linehan, in press). In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl von Modifikationen für unterschiedliche Patientengruppen und Settings evaluiert (Übersicht siehe Dimeff & Koerner, 2007), so dass die DBT heute als ein modular konzeptualisiertes Behandlungsprogramm für komplexe Störungen der Emotionsregulation verstanden wird (Neacsiu, Bohus & Linehan, in press).

Die Besonderheiten der DBT für Adoleszente (DBT-A) sind der Einbezug der Eltern in die Therapie, die Teilnahme eines Elternteils an der Fertigkeitengruppe (Skillsgruppe), ein vereinfachtes Manual und das zusätzliche Modul „Den goldenen Mittelweg finden“ (Miller, Rathus & Linehan 2007).

Erste Daten sprechen für die Wirksamkeit der ambulanten DBT-A, es fehlen jedoch randomisiert kontrollierte Studien. So untersuchten Rathus und Miller (2002) suizidale Jugendliche, die für 12 Wochen ambulant mit einer unspezifischen Psychotherapie (n=82) oder DBT-A (n=29) behandelt wurden. Die Autoren berichten von einer geringeren Abbruchquote und weniger stationären Aufnahmen für die DBT-A-Gruppe, obwohl dieser die stärker beeinträchtigten Jugendlichen angehörten.

Fleischhaker et al. (2006) behandelten 12 Jugendliche mit Suizidgedanken und/oder NSSV und mind. 3 Kriterien der BPS über 16 Wochen ambulant mit der DBT-A. Eine Reduktion von NSSV, allgemeiner Psychopathologie, depressiver Symptomatik und eine Verbesserung der Lebensqualität waren sowohl nach der Therapie als auch 1 Jahr später (Fleischhaker et al. 2011) signifikant.

Aus einer in Oslo durchgeführten randomisiert kontrollierten Studie liegen erste erfolgversprechende Berichte vor.

In Deutschland sind störungsspezifische ambulante Angebote für Jugendliche mit Borderline-Symptomen rar. Ein hoher Prozentsatz dieser Jugendlichen wird stationär aufgenommen.

### **Konzeptidee**

In meiner langjährigen Tätigkeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie fiel auf, dass ein spezialisiertes Behandlungsangebot für oben beschriebene Jugendliche fehlte. 2004 eröffneten wir in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lübeck eine DBT-A-Spezialstation für Mädchen. Das Konzept konnte dort erfolgreich implementiert werden. 2010 eröffneten wir zusätzlich eine DBT-A-Station für Jungen. Entsprechende ambulante Spezialangebote für dieses Klientel fehlten jedoch. Diese Tatsache führte dazu, dass Jugendliche stationär aufgenommen wurden, weil die ambulante Versorgung nicht ausreichte bzw. nicht spezifisch genug auf dieses Klientel zugeschnitten war. Die DBT-A wurde jedoch ursprünglich als ambulantes Behandlungsprogramm entwickelt. So lag es nah, das Konzept hier im norddeutschen Raum ambulant zu etablieren.

Die zur DBT-A gehörigen Module sind Einzeltherapie, Gruppentherapie (Skillsgruppe, teilweise unter Einbezug der Eltern) und Familiengespräche.

Patienten mit entsprechender Symptomatik werden häufig zu sog. „Drehtür-Patienten“ in der stationären Psychiatrie. Der stationäre Aufenthalt soll durch dieses Behandlungsangebot reduziert werden. Dadurch versuchen wir, die Belastung der Patienten und deren Familien aber auch die Kosten für das Gesundheitssystem langfristig möglichst gering zu halten.

### **Literatur**

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington, DC, APA.

Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung - Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

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 Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 641-649.

Chanen, A.M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H.Ü., Rawlings, D., Jackson, H.J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, 22, 253-263.

Chanen, A.M, Jovev, M., McCutcheon, L., Jackson, H.J., McGorry, P.D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4, 48-57.

Dimeff, L. & Koerner, K. (ed.). (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice*. NY: Guilford press.

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 Bordeline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*; 5(1), 3.

- Kaess, M., Ceumern-Lindstjerna, I.A., Parzer, P., Chanen, A., Mundt, C., Resch, F. & Brunner, R. (2013). Axis I and II Comorbidity and Psychosocial Functioning in Female Adolescents with Boderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 46, 55-62.
- Laukkanen, E., Rissanen, M.L., Honkalami, K., Kylmä, J., Tolmunen, T. & Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 23-28.
- Linehan, M. M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (1996b). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J. & Jacobson, C.M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969-981.
- Miller, A., Rathus, J. & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2006). Personality and substance use disorders in young adults. *British Journal of Psychiatry*, 188, 374-379.
- Neacsiu, A., Bohus, M. & Linehan, M. (in press). Dialectical Behavior Therapy Skills: An Intervention for Emotion Dysregulation. In J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). NY: Guilford press.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2011). Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 79, 9-20.
- Nock, M.K., Joiner, T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E. & Rinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.

Plener, P.L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J.M. & Libal, G. (2010). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 77-89.

Plener, P.L., Libal, G., Keller, F.; Fegert, J.M. & Muehlenkamp, J.J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA: *Psychological Medicine*, 39, 1549-1558.

Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 32, 146-157.

Sinclair, J.M.A., Gray, A., Rivero-Arias, O., Saunders, K.E.A. & Hawton, K. (2011). Healthcare and social services recourse use and costs of self-harm patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 263-271.

Ullrich, S. & Coid, J. (2009). The age distribution of self-reported personality disorder traits in household population. *Journal of Personality Disorders*, 23, 187-200.

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 (9), 933-941.