

Dialektisch Behaviorale Therapie – Weiterentwicklungen und empirische Evidenz

Dialectical Behavior Therapy (DBT) – Developments and Empirical Evidence

Autoren

Kerstin Burmeister¹, Klaus Höschel¹, Anne Kristin von Auer², Sophie Reiske³, Ulrich Schweiger⁴, Valerija Sipos⁴, Alexandra Philippen⁵, Kathlen Priebe⁶, Martin Bohus⁶

Institute

Die Institute sind am Ende des Artikels gelistet.

Schlüsselwörter

- ◉ Borderline-Persönlichkeitsstörung
- ◉ BPS
- ◉ Dialektisch Behaviorale Therapie
- ◉ DBT
- ◉ systematische Übersicht

Keywords

- ◉ Borderline Personality Disorder
- ◉ BPD
- ◉ Dialectical Behavior Therapy
- ◉ DBT
- ◉ systematic review

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1369905>
 Online-Publikation: 10.4.2014
 Psychiat Prax 2014; 41: 242–249
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Klaus Höschel
 LWL-Klinik Lengerich
 Parkallee 10
 49525 Lengerich
hoeschel@t-online.de

Zusammenfassung



Ziel: Eine Übersicht über Konzepte der Dialektisch Behavioralen Therapie und deren empirische Evidenzen wird dargestellt.

Methode: Systematische Literaturübersicht.

Ergebnisse: Die Wirksamkeit der ambulanten DBT gilt bei der Behandlung von Patientinnen mit Bor-

derline-Persönlichkeitsstörungen als gesichert. Die Evaluation von Adaptationen der DBT zeigt auch für andere Patientengruppen und spezielle Settings gute Ergebnisse.

Schlussfolgerung: Nach dem aktuellen Stand der Literatur ist die DBT eine effektive Behandlungsform für Patienten mit Emotionsregulationsstörungen.

Einleitung



Die Behandlung der Symptomatik von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gilt bis heute als schwierig und setzt spezielle Kompetenzen von Behandlern sowie psychosoziale Behandlungsnetzwerke voraus. Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) [1, 2], eine Methode der Verhaltenstherapie, versteht sich als psychosoziale Behandlungsform, in der ein Team aus Behandlern die Verantwortung für die Behandlung der Betroffenen trägt. Verhaltenstherapeutisch geschulte Psychologen und Ärzte, Skillstrainer, Psychiater und Sozialarbeiter arbeiten in der Behandlung in enger Abstimmung zusammen. Die Effektivität der Standard-DBT, so wie sie von Marsha Linehan für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung manualisiert wurde [1, 2], ist durch zahlreiche kontrollierte Therapiestudien belegt. Dieser Erfolg veranlasste inzwischen zahlreiche Autoren und Therapieentwickler zur Übertragung der Philosophie und Behandlungslogik des ursprünglich formulierten DBT-Konzepts auf die Bedürfnisse spezieller Patientengruppen und in spezielle Behandlungssettings. Im Folgenden sollen vor allem die Adaptationen der DBT näher beschrieben sowie ein systematischer Literaturüberblick bezüglich deren Wirksamkeit gegeben werden.

Methode



Für die systematische Literaturrecherche wurde der Begriff „dialectical behavior therapy“ mit den zusätzlichen Suchbegriffen „ACES“, „inpatient“, „adolescent“, „posttraumatic stress disorder“, „substance“, „attention deficit hyperactivity disorder“ und „eating disorder“ kombiniert. Es wurden englisch- oder deutschsprachige Originalarbeiten berücksichtigt, für die ein Volltext vorlag. Recherchiert wurde in den Datenbanken PsycINFO und PSYINDEX. Des Weiteren wurden die maßgeblichen Konzeptentwickler nach bereits angenommenen oder laufenden Untersuchungen befragt. Auf diese Weise wurden die Abstracts von insgesamt 623 Publikationen analysiert. Berücksichtigung fanden dann die methodisch hochwertigsten Studien, die ausschlaggebend für die Einschätzung des jeweiligen Evidenzgrads (◉ Tab. 1) waren. Auf diese Art verblieben 36 Untersuchungen in der Literaturübersicht.

Standard-DBT: Konzeptualisierung und Wirksamkeit



In der konzepttreuen Umsetzung der DBT nach Linehan [1, 2] wird nach Unterzeichnung des Behandlungsvertrags in der ersten Phase der Therapie zunächst auf den Abbau von gefährlichen suicidalen, parasuicidalen und therapiezerstörenden Verhaltensweisen fokussiert. Die Symptomatik

Tab. 1 Einteilung von Evidenzgradstufen in Anlehnung an die S2-Richtlinien für Persönlichkeitsstörungen der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [10].

Evidenzgrad	Evidenzbasis	Beurteilung
1a	Metaanalyse(n) über mehrere randomisierte kontrollierte Studien	wirksam
1b	mindestens 2 randomisierte kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Gruppen	
2a	eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	
2b	Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (Effectiveness-Studien, prospektive Kohortenstudien, Fallkontrollstudien, experimentelle Einzelfallstudien)	möglicherweise wirksam
3	nichtexperimentelle oder deskriptive Studien (1 Gruppen Prä-Post-Vergleiche, Korrelationsstudien)	bislang ohne ausreichende Nachweise
4	unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Experten, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung	

schwerer Achse-I-Störungen wird hier ebenso behandelt wie Verhaltensweisen, die zu selbstschädigenden Beziehungen führen, illegal oder mit hohem Gesundheitsrisiko verbunden sind. Ziel ist es, problematische Verhaltensmuster durch funktionale Verhaltens- und Gefühlsregulationskompetenzen (Skills) zu ersetzen. Während der Schwerpunkt der Interventionen zunächst auf dem Zugewinn an Verhaltenskontrolle über problematische Verhaltensmuster liegt, rückt in der zweiten Phase der Behandlung zunehmend die Veränderung gestörter emotionaler Erlebensweisen und eines gestörten Kontakts zur Umwelt in den Vordergrund der Therapie. Typische emotionale Probleme wie massive Selbstablehnung mit Gefühlen von Selbstverachtung oder Ekel vor der eigenen Person gehören genau wie Versagensängste und Ängste vor sozialem Ausschluss zu den typischen Interventionsschwerpunkten der zweiten Behandlungsphase. Dabei sollten die erste und zweite Behandlungsphase nicht als zeitlich voneinander getrennte Therapiephasen missverstanden werden, sondern als ineinander greifende Behandlungsschwerpunkte. In der dritten Behandlungsphase liegt der Schwerpunkt der Behandlung dann auf der Verbesserung von lebenspraktischen Kompetenzen, wie sie z. B. zur Aufnahme einer belohnenden Arbeitstätigkeit oder zum Aufbau unterstützender sozialer Netze außerhalb des Gesundheitssystems benötigt werden.

Zum Erreichen dieser hierarchisierten Behandlungsziele sind 4 Behandlungselemente vorgesehen:

Die *DBT-Einzeltherapie* findet in 50-minütigen Sitzungen wöchentlich statt. Die Einzeltherapeuten stellen ein Gleichgewicht zwischen typischen Akzeptanz- (z. B. Validierung, zugewandte und verständnisvolle Kommunikation) und Veränderungsstrategien (z. B. auf Problemlösungen drängen, Kontingenzmanagement einsetzen, provokative und freche Kommunikation) her. Der Aufbau dialektischer Betrachtungsweisen stellt ein übergeordnetes Ziel dar. Im Sinne der Dialektik ist es erwünscht, dass scheinbar widersprüchliche Inhalte trotz der entstehenden Spannung gleichberechtigt nebeneinander stehen. „Sie machen es so gut wie Sie können“ (Akzeptanz) UND „Sie müssen sich mehr anstrengen, um eine Veränderung zu erreichen“ (Veränderung) kann ein solcher Widerspruch sein, bei dem beide Seiten gleichzeitig zutreffen. Das für Patienten mit BPS typische „Schwarz-Weiß-Denken“ soll durch ein „Sowohl-als-auch-Den-

ken“ abgelöst werden. Eine typische DBT-Einzeltherapiesitzung folgt einem strukturierten Sitzungsablauf, ohne dass der Therapeut dabei unflexibel wird. Zu Beginn der Therapiestunde wird die Tagebuchkarte durchgesehen, in der die Patienten u. a. den Drang und die Handlungen problematischer Verhaltensweisen protokollieren. Der Sitzungsschwerpunkt ergibt sich dann entsprechend der Gefährlichkeit und Bedrohlichkeit des protokollierten Problemverhaltens. Ein Problemverständnis wird in validierender Atmosphäre durch die Erarbeitung von Verhaltensanalysen erreicht, sodass Veränderungsstrategien geplant und rasch geübt werden können. In der Regel umfassen die gewählten Veränderungsstrategien den Aufbau alternativer Fertigkeiten, das Kontingenzmanagement oder andere typische verhaltenstherapeutische Interventionen wie die Veränderung ungünstiger Muster im Denken oder Expositionstechniken.

Im Rahmen des „*Telefoncoachings*“ haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Therapeuten unter fest vereinbarten Bedingungen und unter Wahrung der persönlichen Grenzen des Therapeuten zwischen den Sitzungen anzurufen. Die Anrufe sind als Hilfestellung bei der Anwendung von Fertigkeiten (Skills) im Alltag im Sinne einer Generalisierung der Skillsanwendung gedacht.

Das *Skillstraining* wird entsprechend des Manuals zum DBT-Skillstraining von Linehan [2] oder Bohus und Wolf [3] durchgeführt. Die Patienten werden in den grundlegenden Skills der Module „Stresstoleranz“, „Bewusster Umgang mit Gefühlen“, „Achtsamkeit“ und „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“ in einer Gruppe von maximal 8 Patienten und 2 Skilltrainern in wöchentlichen, 2-stündigen Gruppensitzungen geschult.

Basierend auf der DBT-Grundannahme „DBT-Therapeuten brauchen Unterstützung“, zählt eine wöchentliche *Teamsitzung* i. S. einer strukturierten Super- oder Intervisionssitzung ebenfalls zu den obligatorischen Bestandteilen der Therapie.

Wirksamkeit

Die DBT zeigte sich in mehreren randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) gegenüber üblichen Therapien unterschiedlicher Versorgungssysteme [4–7] im Hinblick auf die Reduzierung von parasuizidalem Verhalten, stationären psychiatrischen Behandlungstagen und der Symptombelastung durch Depressionen überlegen. Auch im Vergleich zur klientenzentrierten Therapie [8] und im Vergleich zu Therapien, die von psychodynamisch orientierten Experten für die Behandlung von BPS durchgeführt wurden [9], erwies sich die DBT als effektiver. Daher gilt die DBT bei der Behandlung von Patienten mit BPS heute als Methode der Wahl und wird von der deutschsprachigen S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen empfohlen [10]. In einer Metaanalyse zahlreicher DBT-Wirksamkeitsstudien kommen Kliem, Kröger und Kosfelder [11] zu dem Ergebnis einer robusten Wirksamkeit mit mittleren Effektstärken, sodass entsprechend der in der Leitlinie benannten Einteilung der Evidenzgrad 1a (● **Tab. 1**) für die ambulante Behandlung von Patienten mit BPS mit DBT besteht. Inzwischen liegt auch ein aktuelles Cochrane Collaboration-Review zur Wirksamkeit psychologischer Therapieverfahren bei BPS vor [12], in dem die DBT als einzige Methode einer metaanalytischen Betrachtung unterzogen werden konnte.

In ihren 1993 veröffentlichten Therapiemanualen [1, 2] bezog Linehan sich vorwiegend auf Behandlungsstrategien im ersten Therapiestadium. Im Folgenden wird dieses Vorgehen als Standard-DBT (SDBT) bezeichnet. Seitdem sind zahlreiche Ausdifferenzierungen und Erweiterungen der SDBT publiziert und evaluiert worden, in denen das Vorgehen der ambulanten SDBT erwei-

tert, auf andere Behandlungssettings übertragen oder an die Bedürfnisse spezieller Patientengruppen angepasst wurde.

Ergänzungen und Anpassungen der Standard-DBT

DBT-ACES – “Accepting the Challenges of Exiting the System”

In dem Konzept DBT-ACES („Accepting the challenges of exiting the system“) [13, 14] wird Patienten mit BPS nach einer erfolgreichen SDBT-Behandlung im ersten Jahr angeboten, ein weiteres Jahr DBT-ACES in Anspruch zu nehmen, um Probleme der Lebensführung zu bewältigen und die Lebensqualität zu steigern. Am Ende der SDBT beantragen die behandelten Patienten die Aufnahme in das DBT-ACES-Jahr, wenn sie die DBT-ACES-Ziele mit therapeutischer Unterstützung verfolgen möchten. Dabei handelt es sich um 1) die Aufnahme einer strukturierten, normativen und belohnenden Arbeitstätigkeit, 2) das Erreichen von wirtschaftlicher und sozialer Unabhängigkeit vom psychiatrischen Versorgungssystem, 3) den Aufbau eines sozialen Netzes außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems und 4) eigene Ziele zur Verbesserung der Lebensqualität. Der Umfang des Therapieangebots im DBT-ACES-Jahr ist mit dem Angebot im SDBT-Jahr (Einzeltherapie, Skillstraining, Telefoncoaching) identisch. Unterschiede zur SDBT bestehen in der Einzeltherapie in der Nutzung einer veränderten Tagebuchkarte, in der Fortschritte, Ziele und Teilziele bei der Annäherung an die DBT-ACES-Ziele protokolliert und dann in der Sitzung bearbeitet werden. Zusätzlich motiviert ein Kontingenzmanagement den schrittweisen Aufbau von Arbeits- und Ausbildungstätigkeit. In dem DBT-ACES-Gruppenskillstraining werden nicht nur die grundlegenden Skills des SDBT-Jahres vermittelt, sondern in 12 Modulen (z.B. „Perfektionismus abbauen“, „Zeitmanagement“, „Aufbau einer Gemeinschaft“) werden komplexere Kompetenzen vermittelt, die das Erreichen der DBT-ACES-Ziele fördern.

Wirksamkeit

Die bisher veröffentlichten Daten aus einer amerikanischen Prä-Post-Untersuchung [15] sowie Prä-Post-Daten einer deutschen Pilotstudie [16] zeigen, dass vielen Patienten während der 2-stufigen Behandlung mit SDBT und DBT-ACES eine deutliche Verbesserung ihrer Unabhängigkeit vom Versorgungssystem und ihrer Lebensqualität gelingt. Die Mehrzahl der Patienten, die das DBT-ACES-Jahr wahrnahmen, konnten im Laufe der 2-jährigen Behandlung eine reguläre Ausbildung oder eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen. Die Quote der arbeitenden oder einer Schulausbildung nachgehenden Patienten steigerte sich von 10% vor Aufnahme der DBT auf 70% am Ende des DBT-ACES-Jahres in der amerikanischen Untersuchung und in der deutschen Pilotstudie von 14% vor der Therapie auf 71% am Ende des DBT-ACES-Jahres. Diese Behandlungserfolge waren auch ein Jahr nach der Therapie stabil.

Da die heute vorliegenden Evaluationen in 2 naturalistischen Anwendungsbeobachtungen durchgeführt wurden und randomisierte oder kontrollierte Untersuchungen noch ausstehen, besteht entsprechend der Einteilung der **Tab. 1** der Evidenzgrad 3 für das Konzept DBT-ACES. In amerikanischen Langzeitverlaufsuntersuchungen konnte allerdings gezeigt werden, dass sich Variablen wie die Erwerbstätigkeit oder die soziale Integration von Patienten mit BPS unter unspezifischen Behandlungsbedingungen auch über einen Zeitraum von 10 oder mehr Jahren trotz verringerter Akutsymptomatik kaum verbessern [17] oder

sogar verschlechtern [18]. Vor diesem Hintergrund und aufgrund des Fehlens besser evaluierter Behandlungskonzepte ist es trotz der Beurteilung der Wirksamkeit als „bislang ohne ausreichende Nachweise“ empfehlenswert, dem DBT-ACES-Konzept bei dem Versuch einer Verbesserung sozialer Problemlagen von Patienten mit BPS den Vorzug vor einem unspezifischen Vorgehen oder der Anwendung empirisch unüberprüfter Konzepte zu geben.

Stationäre DBT-Behandlung

Auch wenn die DBT für das ambulante Behandlungssetting entwickelt wurde, liegt es aufgrund der häufigen stationären Akutbehandlungen von Patienten mit BPS nahe, DBT-basierte Behandlungsbausteine auch in die stationäre Behandlung zu integrieren. Swenson und Kollegen [19] entwickelten hierzu als erste ein Rahmenkonzept, das von der Freiburger Arbeitsgruppe um Bohus ausgearbeitet und evaluiert wurde [20]. Die therapeutische Haltung, die Hierarchisierung der Behandlungsziele, die Teamsitzungen sowie die Behandlungsmethodik entsprechen dem Vorgehen in der ambulanten DBT. Allerdings erlaubt der stationäre Behandlungsrahmen eine höhere Frequenz von Einzeltherapie und Gruppenskillstrainings sowie zusätzliche Behandlungselemente wie z.B. die DBT-Körpertherapie, eine geleitete Selbsthilfegruppe sowie eine psychoedukative Gruppe zur Vermittlung störungsspezifischen Wissens. Weitere Unterschiede zur ambulanten Behandlung betreffen die zeitliche Strukturierung der Therapie. Die 3-monatige stationäre Therapie ist in 4 Phasen gegliedert: eine Vorbereitungsphase vor Aufnahme auf die stationäre Behandlungseinheit (Diagnostik, Psychoedukation, Klärung der Notlage und Motivation des Patienten) und 3 Therapiephasen. Die erste Therapiephase dient nach einer ausführlichen Analyse des letzten hochrangigen Problemverhaltens (z.B. Suizidversuch, Selbstverletzung, Therapieabbruch, Notfallaufnahme) der Problem- und Zielanalyse. Im Anschluss an die erste Therapiephase erfolgt die sog. „Teamvorstellung“, in der Patient und Einzeltherapeut dem Team die Verhaltens- und Bedingungsanalyse vorstellen und daraus geeignete Therapieziele ableiten. Diese werden ggf. durch das Behandlungsteam modifiziert. Die darauf folgende zweite Therapiestufe (ab der 4. Woche) zielt dann auf den Abbau problematischer Verhaltensweisen und die Vermittlung der dazu notwendigen Skills. Die letzte Therapiestufe dient ca. ab der 9. Woche vor allem der Vorbereitung auf die Entlassung.

Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der stationären DBT wurde in einer Untersuchung mit Wartelistenkontrollgruppe [21] belegt. Zudem liegen Wirksamkeitsnachweise in Form zahlreicher Prä-Post-Studien vor. Ein Überblick findet sich bei Bloom et al. [22]. Es zeigten sich u.a. positive Effekte bezüglich der Abnahme von Selbstverletzungen sowie bezüglich der Variablen Depressivität, Ängstlichkeit und Dissoziationsneigung. Die Verbesserungen zeigten sich in einer naturalistischen Follow-up-Erhebung 2 Jahre nach der stationären DBT stabil [23], wobei sich die Mehrzahl der im Follow-up untersuchten Patienten in ambulanter Psychotherapie befand. Auch wenn Ergebnisse eines RCT noch ausstehen, besteht für die stationäre DBT-Therapie der Evidenzgrad 2b.

DBT für Adoleszente (DBT-A)

Um den speziellen Bedürfnissen jugendlicher Patienten gerecht zu werden, haben Rathus und Miller ein ambulantes DBT-Behandlungsangebot für sich selbstverletzende und suizidale Jugendliche entwickelt [24, 25], wobei hierzu das Vorgehen der

SDBT an die Arbeit mit Jugendlichen ab 13 Jahren und deren Angehörige angepasst wurde. Die Arbeitsgruppe der Freiburger Universitätsklinik hat dieses Therapiekonzept in den deutschsprachigen Raum übertragen [26]. Im Vergleich zur SDBT wurden folgende Veränderungen vorgenommen: Die Therapiedauer beträgt anders als in der SDBT nur noch 16 Wochen. Des Weiteren werden die Eltern der jungen Patienten von Beginn an in die Therapiesitzungen einbezogen, nehmen selber an einer Skillsgruppe teil und erhalten wie ihre Kinder das Angebot eines Telefoncoachings. Das Skillstraining wurde zudem um ein zusätzliches Modul „den goldenen Mittelweg finden“ ergänzt, und die Inhalte des Skillsmanuals wurden adolescentengerecht gestaltet.

Wirksamkeit

Derzeit kann die Wirksamkeit der DBT-A aufgrund der publizierten Daten aus einer quasi-experimentellen Studie [25] und einer deutschen Prä-Post-Studie [27] als Evidenzgrad 2b eingestuft werden. In der Untersuchung von Rathus und Miller [25] schnitten die mit DBT-A behandelten Jugendlichen im Hinblick auf die Anzahl der Therapieabbrüche und die Reduktion akutpsychiatrischer vollstationärer Behandlungstage besser ab als Jugendliche, die die üblichen Leistungen des amerikanischen Versorgungssystems erhielten. Die Suizidalität, die allgemeine Symptomschwere, die Depressivität und die Ängstlichkeit in der DBT-A-Gruppe verbesserten sich signifikant. Fleischhaker und Mitarbeiter [27] zeigten in einer deutschen Prä-Post-Untersuchung, dass Jugendliche nach einer ambulanten DBT-A-Behandlung von einer signifikanten Verringerung selbstverletzenden Verhaltens, der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie sowie einer Verbesserung der Lebensqualität profitierten. Diese Ergebnisse zeigten sich auch in der Follow-up-Erhebung nach einem Jahr stabil [28]. Aktuelle Untersuchungen in einem großen RCT in Oslo und einem weiteren RCT in Seattle lassen in den kommenden Jahren eine Verbesserung des Wissens über die Wirksamkeit der DBT-A erhoffen. Zwei Übersichtsarbeiten über bisherige Anwendungsbereiche der DBT-A, z.B. auch im stationären Bereich [29], wurden kürzlich veröffentlicht [30, 31].

DBT für Patienten mit BPS und PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit

Die geringe Remissionsrate von komorbid zur BPS bestehenden posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) von nur 13% nach einer 1-jährigen SDBT-Behandlung spricht für die Notwendigkeit eines spezifischen Einbezugs von Methoden zur Verringerung komorbider PTBS in die Therapie [32]. Mit der DBT-PTBS [33] und der DBT-PE [34] liegen 2 evaluierte Behandlungsprogramme vor, die traumafokussierende Behandlungselemente in die DBT integrieren.

In der DBT-PE erhalten Patienten während einer 1-jährigen SDBT zusätzlich traumafokussierende Expositionssitzungen, sobald sie für mindestens 2 Monate selbstschädigendes Verhalten eingestellt haben. Das spezifische Vorgehen stellt eine Modifikation der prolongierten Exposition dar. Als erste Exposition wird eine therapeutenbegleitete In-vivo-Exposition durchgeführt. Die weiteren Expositionen werden graduiert, d.h. vom Belastungsgrad 40 in aufsteigender Reihenfolge, durchgeführt. In einer amerikanischen Prä-Post-Studie fanden sich erste Hinweise für die Wirksamkeit dieses Vorgehens [34]. Von ursprünglich 13 Patientinnen der SDBT begannen 10 nach durchschnittlich 18,5 Wochen mit den Expositionssitzungen, 3 brachen die Behandlung vorzeitig ab. Für die Gesamtstichprobe fand sich eine signifikante Verbes-

serung der posttraumatischen Symptomatik mit einer Effektstärke von 1.4.

Die DBT-PTBS stellt ein modulares Therapieprogramm dar, das neben den Prinzipien und Techniken der DBT traumafokussierende kognitive und expositionsbasierte Techniken integriert. Mithilfe von Entscheidungsalgorithmen werden den verschiedenen traumaassoziierten Gefühlen wie z.B. Angst, Schuld und Ekel spezifische Interventionen zugeordnet. Durch die Auseinandersetzung mit den schmerzlichsten traumatischen Erinnerungen sollen aktuell nicht mehr angemessene Gefühle reduziert werden (Veränderung), während angemessenen Gefühlen Raum gegeben werden soll (Akzeptanz). Die Festlegung des Behandlungsfokus folgt einer dynamischen Hierarchie. Dabei werden vor der traumafokussierenden Therapie ausschließlich jene Verhaltensweisen fokussiert, die das Leben oder die Fortsetzung der Therapie gefährden. Vor dem Beginn der Exposition werden dann die Probleme bearbeitet, die die Wirksamkeit der Exposition beeinträchtigen (z.B. sehr ausgeprägte Dissoziation, Substanzkonsum, Befürchtungen). Leichte bis moderate Selbstverletzungen stellen also keine Kontraindikation für die Anwendung von PTBS-Expositionstechniken dar. In der Exposition wird mit der am stärksten belastenden Erinnerung begonnen. Die Belastung wird dabei durch den Detailgrad der Schilderungen und den Einsatz von Skills während der Exposition (skills-assisted exposure) reguliert.

Wirksamkeit

Aus Sicherheitsgründen wurden Therapieentwicklung und erste Evaluationen der DBT-PTBS im stationären Setting vorgenommen. Zwei Studien belegen eine gute Wirksamkeit und Akzeptanz. In einer Prä-Post-Studie an 29 konsekutiv rekrutierten Patientinnen fanden sich nach 3-monatiger stationärer Behandlung signifikante Verbesserungen in der posttraumatischen Symptomatik mit großer Effektstärke (1.22) [35]. Keine der Patientinnen hatte sich verschlechtert und keine hatte die Therapie abgebrochen. In einem kürzlich abgeschlossenen RCT mit 74 Patientinnen zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der DBT-PTBS im Vergleich zu einer Wartelistenkontrollgruppe. Drei Monate nach der Entlassung entsprach der Unterschied zwischen den behandelten und den unbehandelten Patienten im Hinblick auf die PTBS-Symptomatik einer großen Effektstärke von 1.35 [36]. Nur 5% der Patientinnen brachen die Behandlung vorzeitig ab. Weder der Schweregrad der BPS noch die Anzahl der Selbstverletzungen zu Beginn der Behandlung beeinflussten das Therapieergebnis. Während der Therapie fand sich keine Zunahme der Selbstverletzungen. Die Behandlung im stationären Setting erfüllt somit die Kriterien für den Evidenzgrad 2a. Eine Evaluation im ambulanten Rahmen wird mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in einer kontrolliert-randomisierten Multicenterstudie aktuell durchgeführt.

DBT für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Suchtstörung (DBT-S)

Aufgrund der gravierenden Probleme, die sich aus einer Doppel-diagnose von BPS und Suchtstörung ergeben, suchen diese Patienten besonders häufig Einrichtungen des Versorgungssystems auf [37]. In der DBT-S werden daher die Behandlungsstrategien und -module aus der DBT mit psychotherapeutischen Strategien aus der Suchttherapie verknüpft [38, 39]. Bei der Hierarchisierung der Therapieziele wird die Reduktion süchtigen Verhaltens in der DBT-S als hochrangiges Verhaltenskontrollproblem zusätz-

lich zu den hochrangigen SDBT-Zielen (Kontrolle über suizidales, parasuizidales und therapiegefährdendes Verhalten) berücksichtigt und in der Tagebuchkarte dokumentiert. Die Stärkung der Selbstverpflichtung des Patienten zur Abstinenz wird nach dem Prinzip der dialektischen Abstinenz verfolgt [40]. Auf der einen Seite fordert der Therapeut die Abstinenz vom Substanzkonsum ein, andererseits akzeptiert er im Falle eines Rückfalls den Substanzkonsum, um mit einer verhaltensanalytischen Reflexion eine Lösungsanalyse und eine rasche Rückkehr zum Abstinenzziel zu erreichen. Spezielle „Attachmentstrategien“ werden eingesetzt, um einen Patienten stärker an die Therapie zu binden und das Risiko von Therapieabbrüchen zu verringern [40]. Dimeff und Kollegen [38] schlagen eine Anpassung der SDBT-Skills für deren Anwendung bei Suchtproblemen vor. Außerdem kommen Anti-Craving-Skills zum Einsatz, die individuell und je nach Stärke des Verlangens nach Substanzen ausgearbeitet werden. Zu den Stimuluskontrolltechniken zählen die Notwendigkeit zum Abbruch von Kontakten zu anderen Konsumenten oder die Fertigkeiten zum Ablehnen angebotener Substanzen.

Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der DBT-S konnte im ambulanten Setting in 2 RCTs der Arbeitsgruppe um Linehan bestätigt werden [41, 42]. Es zeigte sich eine signifikante Überlegenheit gegenüber der üblichen Therapie des Versorgungssystems [41], jedoch nicht gegenüber einer Therapiekontrollgruppe, in der die Patienten mit DBT-Validierungsstrategien und einem 12-Schritte-Programm behandelt wurden [42]. Die DBT-S erfüllt somit die Kriterien für den Evidenzgrad 2a. Neben der Adaptation DBT-S konnte jedoch auch für die Standard-DBT in mehreren RCTs ein positiver Effekt auf suchtspezifische Symptomatik nachgewiesen werden. Einen deutschsprachigen Überblick geben Daig und Mitarbeiter [43].

DBT-basierte Behandlung für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter

Aufgrund überlappender klinischer Symptomatik und hoher Komorbidität der ADHS und der BPS [44] wurde in Freiburg ein DBT-basiertes Gruppenpsychotherapieprogramm zur Behandlung von Patienten mit ADHS entwickelt. Das Vorgehen ist eng an das SDBT-Skillstraining und dessen Module angelehnt und umfasst mindestens 13 wöchentliche Sitzungen von je 2 Stunden Dauer für 6–10 Teilnehmer. Entsprechende Arbeitsmaterialien wurden inzwischen in einem Arbeitsbuch veröffentlicht [45]. Schriftliche Hausaufgaben, kontinuierliche Achtsamkeitsübungen sowie klassische Validierungs- und Commitmentstrategien sind wesentliche Bestandteile der Behandlung. Zudem findet entsprechend der SDBT ebenfalls eine Hierarchisierung der Therapieziele statt: 1. Vital bedrohliches, gesundheitsschädigendes Verhalten, 2. Verhalten, das die soziale Integration akut und massiv gefährdet, 3. therapiegefährdendes Verhalten, 4. Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt. Ziel ist es, die zunächst professionell geleitete Zusammenarbeit der Patientengruppe als Selbsthilfegruppe in das Eigenmanagement zu überführen und – wenn von den Teilnehmern gewünscht und möglich – punktuell weitere Information und Unterstützung anzubieten.

Wirksamkeit

Bezüglich der Wirksamkeit wurden in einer Pilotstudie [46] und in einer offenen Multicenterstudie mit 72 Teilnehmern [47] positive Effekte auf die ADHS-Symptomatik und das Allgemeinbefinden sowie eine gute Anwendbarkeit des Gruppenprogramms im klinischen Alltag gezeigt. Inzwischen wurde die Wirksamkeit

und Akzeptanz des Programms im Vergleich zu einer unstrukturierten Diskussionsgruppe in einem RCT von Behandlern aus Schweden untersucht (n=51) [48]. Hierbei zeigten sich lediglich bei den in dem DBT-basierten Gruppenkonzept behandelten Patienten signifikante Verbesserungen der spezifischen ADHS-Symptomatik mit mittlerer Effektstärke (0.57). Damit erfüllt die DBT-basierte Gruppentherapie bei ADHS im Erwachsenenalter aktuell die Kriterien für den Evidenzgrad 2a.

Seit 2007 wird das DBT-basierte Gruppenprogramm mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) an 7 Universitätsklinika in einer randomisiert-kontrollierten, doppelblinden Multicenterstudie im Vergleich zu „clinical management“ jeweils in Kombination mit Methylphenidat oder Placebo weiter untersucht [49].

DBT für Patienten mit Essstörungen

Zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen wie der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung (BES) werden unter anderem Defizite in der Emotionsregulation angenommen. Aufbauend auf dieser Sichtweise entwickelten Wisner und Telch [50] eine auf den DBT-Prinzipien basierende 20-wöchige Gruppentherapie der BES, die sie auch auf die Behandlung von Patienten mit Bulimie übertrugen. In wöchentlichen, 2-stündigen Gruppensitzungen werden Inhalte des klassischen SDBT-Skilltrainings und der SDBT-Einzeltherapie behandelt.

Wirksamkeit

Inzwischen konnte die Wirksamkeit dieses Therapieformats gegenüber einer Wartelistenbedingung anhand von RCTs für die Behandlung von Patienten mit BES [51] oder Bulimia nervosa [52] belegt werden. Auch eine Kombination dieses Therapieformats zur Behandlung der Bulimia nervosa mit einem zusätzlichen Training zur Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus zeigte positive Effekte [53]. In einem jüngeren RCT der Arbeitsgruppe um Safer [54] konnte die Überlegenheit der DBT-Gruppentherapie für Patienten mit BES auch im Hinblick auf die Reduktion von Essanfällen im Vergleich zu einer mit supportiver Gruppentherapie behandelten Kontrollgruppe gezeigt werden. Während 64% der in der DBT-Gruppe behandelten Patienten am Ende der Therapie Abstinenz von Essattacken erreichten, gelang dieses nur 36% der mit supportiver Therapie behandelten Patienten. Während die Abstinenzrate für die Patienten in der DBT-Gruppe auch ein Jahr nach der Therapie stabil war (64%), verbesserten sich die Patienten in der supportiven Therapiegruppe nach Abschluss der Therapie weiter, sodass in dieser Gruppe 54% der Patienten in der 1-Jahres-Katamnese frei von Essattacken waren. Zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese war die Differenz zwischen den Therapiegruppen im Hinblick auf die Abstinenz von Essattacken nicht mehr signifikant. Zusätzlich waren die Therapieabbruchraten der DBT-Gruppe mit 4% signifikant niedriger als die Abbruchraten in der supportiven Therapiegruppe (33%), was für eine höhere Akzeptanz der Behandlung in der DBT-Gruppentherapie spricht. In einem RCT der Arbeitsgruppe um Salbach-Andrae [55] an Jugendlichen mit anorektischer oder bulimischer Symptomatik wurde in einer 25-wöchigen, ambulanten, DBT-basierten Behandlung sowohl Einzeltherapie als auch Skillstraining angeboten. Die DBT-basierte Behandlung für Patienten mit Essstörungen orientierte sich eng an dem Vorgehen und Format der SDBT, wobei das Skillstraining um ein Modul zum „Umgang mit Essen, Gewicht und Figur“ ergänzt wurde. Im Vergleich zu einer kognitiv-behavioralen Therapie für Patienten mit Essstö-

rungen (Einzel- und Gruppentherapie) und einer Kontrollgruppe mit stützenden Gesprächen zeigten sich signifikante Verbesserungen der beiden Therapiegruppen bezüglich des Body-Mass-Indexes, der Tendenz zur Kalorienvermeidung, der Unregelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme sowie der aktuellen psychischen Belastung.

Insgesamt liegen somit 4 RCTs aus 2 Arbeitsgruppen vor [51, 52, 54, 55], die die Überlegenheit eines dialektisch behavioralen Vorgehens bei Patienten mit Binge-Eating-Störung gegenüber Wartelistenkontrollgruppen oder Kontrollgruppen mit supportiven Therapien belegen, was einem Evidenzgrad von 1b entspricht. Neben DBT-Adaptationen zur Behandlung von Patienten mit bulimischen Essstörungen und BES wurden in vergangener Zeit auch Adaptationen der SDBT zur Behandlung von Patienten mit BPS und komorbiden Essstörungen entwickelt und Arbeitsmaterialien hierzu veröffentlicht [56]. Diese wurden bisher in einer Prä-Post-Untersuchung im Rahmen einer stationären Therapie evaluiert [57]. Eine detaillierte deutschsprachige Beschreibung der DBT für Essstörungen [58] sowie eine systematische Übersichtsarbeit hierzu wurden kürzlich veröffentlicht [59].

Fazit

Die SDBT hat ihre Wirksamkeit als ambulante Behandlungsmethode in zahlreichen RCTs unter Beweis gestellt, was die Vergabe des höchsten Evidenzgrades (1a) und die Beurteilung als „wirksam“ rechtfertigt. Erfreulich ist darüber hinaus, dass diese Ergebnisse auch unter den Bedingungen des normalen Versorgungssystems in mehreren Beobachtungsstudien gezeigt werden konnten.

Inzwischen sind zudem zahlreiche Forschungsarbeiten zur Evaluation der Adaptationen der SDBT publiziert worden. Für vier dieser Adaptationen liegen Wirksamkeitsnachweise in Form von RCTs vor. Für die DBT-basierte Gruppentherapie für ADHS im Erwachsenenalter, die DBT zur Behandlung von Patienten mit komorbid zur BPS bestehenden Suchtstörungen und die DBT zur Behandlung von komorbid zur BPS bestehenden PTBS konnte jeweils eine Arbeitsgruppe RCTs mit Wirksamkeitsbelegen veröffentlichen, sodass diese Adaptationen derzeit mit dem Evidenzgrad 2a als „möglicherweise wirksam“ klassifiziert werden. Für die DBT zur Behandlung von BES liegen dagegen bereits heute RCTs aus unterschiedlichen Arbeitsgruppen vor, was zur Klassifikation als „wirksam“ (Evidenzgrad 1b) führt.

Bei der aktuell mit dem Evidenzgrad 2b als „möglicherweise wirksam“ bewerteten DBT-Adaptation zur Behandlung von suizidalen und selbstverletzenden Kindern und Jugendlichen laufen derzeit 2 RCTs unterschiedlicher Arbeitsgruppen, die zukünftig noch zuverlässiger Aufschluss über die Wirksamkeit dieser DBT-Adaptation geben können.

Bei der DBT-Adaptation zur Behandlung von Patienten mit BPS in einer stationären Intensivtherapie liegt bis heute kein RCT vor, sodass der Evidenzgrad 2b sich auf eine kontrollierte Studie und mehrere Beobachtungsstudien stützt. Allerdings ist den Autoren keine besser evaluierte stationäre Behandlungsmethode zur Therapie von Patienten mit BPS bekannt, sodass die stationäre DBT für viele Patienten ohne Zugang zu ambulanten DBT-Behandlungsnetzwerken immer noch die empirisch am besten fundierte Behandlung darstellt.

Ähnlich wird der 2-stufige Ansatz DBT-ACES aufgrund des Fehlens von RCTs wissenschaftlich zwar mit dem Evidenzgrad 3 als „bislang ohne ausreichende Wirksamkeitsnachweise“ eingeord-

net, gleichzeitig zeigen die beiden publizierten Anwendungsbeobachtungen jedoch eine gravierende Verbesserung der mit dieser Methode behandelten Patienten im Hinblick auf die Verbesserung sozialer Variablen. Nach unserer Kenntnis existiert auch hier kein anderes Behandlungskonzept, das besser evaluiert wäre oder eine bessere Effizienz gezeigt hätte. Neben der Forderung weiterer Studien zur Wirksamkeit von DBT-ACES kann die klinische Anwendung allerdings auch ohne einen höheren wissenschaftlichen Evidenzgrad aufgrund der guten Ergebnisse in den Anwendungsbeobachtungen und einem Mangel an evaluierten Alternativen empfohlen werden.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ In der ambulanten Behandlung von Patienten mit BPS wird die DBT von den deutschen S2-Leitlinien empfohlen. Inzwischen konnte auch die Wirksamkeit zahlreicher Adaptationen der DBT für abweichende Settings, Komorbiditäten oder andere Störungsbilder in randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) oder klinischen Anwendungsbeobachtungen nachgewiesen werden. Demnach scheint die Wirksamkeit der DBT vor allem bei komplexen Störungen mit Defiziten im Bereich der Emotionsregulation vielversprechend.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie innerhalb der vergangenen 3 Jahre als Dozenten und Supervisoren an Aus- und Weiterbildungsinstituten für Verhaltenstherapie tätig waren und in dem Artikel zitierte Zeitschriftenbeiträge und Bücher zur DBT und verwandter Themen veröffentlicht haben.

Abstract

Dialectical Behavior Therapy (DBT) – Developments and Empirical Evidence

Objective: Dialectical Behavior Therapy has been initially designed and evaluated as an outpatient-treatment program for chronic suicidal female patients. Within the last years, several adaptations of DBT for specific comorbidities, other settings or other disorders related to emotion dysregulation have been developed. This report reviews conceptual aspects and the scientific evidence of initially designed Dialectical Behavior Therapy and the adaptations.

Methods: Systematic literature search and systematic review.

Results: Recently, two meta-analyses which are based on randomized controlled trials conclude robust and stabile effects of DBT. Evidence from further RCTs and other studies show promise for the properties of many DBT adaptations.

Conclusion: The current review of the literature suggests a good effectiveness of DBT, especially on complex disorders with deficits in the field of emotion regulation.

Institute

- ¹ LWL-Klinik Lengerich, Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
- ² Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie, Hamburg
- ³ Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin
- ⁴ Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- ⁵ Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- ⁶ Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim/Universität Heidelberg

Literatur

- 1 Linehan MM. Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press; 1993 (deutsche Übersetzung: Linehan MM. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien; 1996)
- 2 Linehan MM. Skills Training Manual for treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press; 1993 (deutsche Übersetzung: Linehan MM. Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien; 1996)
- 3 Bohus M, Wolf M. Interaktives Fertigkeitentraining für Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer; 2009
- 4 Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 1060 – 1064
- 5 Koons CR, Robins CJ, Tweed JL et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans with Borderline personality Disorder. Behav Ther 2001; 32: 371 – 390
- 6 Van den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T et al. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Behav Res Ther 2005; 43: 1231 – 1241
- 7 Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. Behav Res Ther 2011; 49: 4 – 10
- 8 Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. Cognit Behav Practice 2000; 7: 413 – 419
- 9 Linehan MM, Comtois KA, Murray AM. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 757 – 766
- 10 Bohus M, Buchheim P, Doering S et al. S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Federführung SC Herpertz. Berlin: Steinkopf; 2009
- 11 Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. J Consult Clin Psych 2010; 78: 936 – 951
- 12 Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane database Syst Rev 2012; 8: CD005652
- 13 Comtois KA, Koons CR, Kim SA et al. Implementing Standard Dialectical Behavior Therapy in an Outpatient Setting. In: Dimeff LA, Koerner K, Hrsg. Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings. New York: Guilford Press; 2007: 37 – 68
- 14 Höschel K, Pfluegler S, Rinke M et al. Dialektisch-behaviorale Therapie nach der Akutphase – die Herausforderung annehmen, das System zu verlassen (DBT ACES). Verhaltenstherapie 2011; 21: 239 – 246
- 15 Comtois KA, Kerbrat AH, Atkins DC et al. Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. Psychiatr Serv 2010; 61: 1106 – 1111
- 16 Burmeister K, Chrysanthou C, Pflügler S et al. 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. Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie 2013; 18: 133 – 149
- 17 Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. Ten year course of Borderline Personality Disorder. Psychopathology and Function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Arch Gen Psychiatry 2011; 68: 827 – 837
- 18 Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. J Child Psychol Psychiatry 2008; 49: 933 – 941
- 19 Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA et al. The application of dialectical behavioral therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. Psychiatr Quart 2001; 72: 307 – 324
- 20 Bohus M, Bathruff H. Dialektisch behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. PID 2000; 4: 55 – 65
- 21 Bohus M, Haaf B, Simms T et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther 2004; 42: 487 – 499
- 22 Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T et al. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: A systematic review. Psychiatr Serv 2012; 63: 881 – 888
- 23 Kleindienst N, Limberger MF, Schmahl C et al. Do Improvements After Inpatient Dialectical Behavioral Therapy Persist in the Long Term? A Naturalistic Follow-Up in Patients with Borderline Personality Disorder J Nerv Ment Dis 2008; 196: 847 – 851
- 24 Miller A, Rathus J, Linehan M. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: The Guilford Press; 2007
- 25 Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide Life-Threat 2002; 32: 146 – 157
- 26 Fleischhaker C, Sixt B, Schulz E. DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche. Berlin: Springer; 2010
- 27 Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B et al. Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. Z Kinder Jugpsych 2006; 34: 15 – 27
- 28 Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B et al. 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 Adolesc Psychiatry Ment Health 2011; 5: 3
- 29 Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S et al. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. J Amer Acad Child Adolesc Psychiatr 2004; 43: 276 – 282
- 30 Groves S, Backer HS, van den Bosch W. Dialectical behavior therapy with adolescents. Child and adolescent mental health 2012; 17: 65 – 75
- 31 MacPherson HA, Cheavens JS, Fristad MA. Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. Clin Child Fam Psych Rev 2013; 16: 59 – 80
- 32 Harned MS, Linehan MM. Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. Cogn Behav Pract 2008; 15: 263 – 276
- 33 Bohus M, Dyer AS, Priebe K et al. Dialektisch Behaviorale Therapie für Posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). Psychother Psychosom Med Psychol 2011; 61: 140 – 147
- 34 Harned M, Korslund KE, Foa EB et al. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. Behav Res Ther 2012; 50: 381 – 386
- 35 Steil R, Dyer A, Priebe K et al. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. J Trauma Stress 2011; 24: 102 – 106
- 36 Bohus M, Dyer AS, Priebe K et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. Psychother Psychosom 2013; 82: 221 – 233
- 37 Jansson I, Hesse M, Fridell M. Influence of personality disorder features in social functioning in substance-abusing women five years after compulsive residential treatment. Eur Addict Res 2009; 15: 25 – 31
- 38 Dimeff LA, Rizvi SL, Brown M et al. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to metamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. Cogn Behav Pract 2000; 7: 457 – 468
- 39 Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. Addict Sci Clin Pract 2008; 4: 39 – 47
- 40 Bornoalova MA, Daughters SB. How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? Clin Psychol Rev 2007; 27: 923 – 943
- 41 Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA et al. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addiction 1999; 8: 279 – 292
- 42 Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of

- opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depen* 2002; 67: 13–26
- 43 *Daig I, Bermppohl F, Kienast T.* Psychotherapie von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung. *Sucht* 2011; 57: 363–371
 - 44 *Philipsen A, Limberger MF, Lieb K et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 118–123
 - 45 *Hesslinger B, Philipsen A, Richter H.* Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2004
 - 46 *Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Nyberg E et al.* Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psy Clin N* 2002; 252: 177–184
 - 47 *Philipsen A, Richter H, Peters J et al.* Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicenter study. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 1013–1019
 - 48 *Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J et al.* Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011; 49: 175–185
 - 49 *Philipsen A, Graf E, Tebartz van Elst L et al.* Evaluation of the efficacy and effectiveness of a structured disorder tailored psychotherapy in ADHD in adults: study protocol of a randomized controlled multicentre trial. *Atten Defic Hyperact Disord* 2010; 2: 203–212
 - 50 *Wiser S, Telch CF.* Dialectical behavior therapy for Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychol* 1999; 55: 755–768
 - 51 *Telch CF, Agras WS, Linehan MM.* Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 1061–1065
 - 52 *Safer DL, Telch CF, Agras WS.* Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 632–634
 - 53 *Hill DM, Craighead LW, Safer DL.* Appetite-Focused Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Binge Eating with Purging: A Preliminary Trial. *Int J Eat Disord* 2011; 44: 249–261
 - 54 *Safer DL, Robinson AH, Jo B.* Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010; 41: 106–120
 - 55 *Salbach-Andrae H, Bohnkamp I, Bierbaum T et al.* Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und Kognitiv Behaviorale Therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich. Eine randomisierte Studie mit Wartekontrollgruppe. *Kindh Entwickl* 2009; 18: 180–190
 - 56 *Sipos V, Schweiger U.* Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation. Stuttgart: Kohlhammer; 2012
 - 57 *Kröger C, Schweiger U, Sipos V et al.* Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioral treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41: 381–388
 - 58 *Sipos V, Bohus M, Schweiger U.* Dialektisch-behaviorale Therapie für Essstörungen (DBT-E). *Psychother Psych Med* 2011; 61: 87–91
 - 59 *Bankoff SM, Karpel MG, Forbes HE et al.* A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eat Disord* 2012; 20: 196–215