

Salbach, Harriet / Klinkowski, Nora / Pfeiffer, Ernst / Lehmkuhl, Ulrike
und Korte, Alexander

**Dialektisch-Behaviorale Therapie für jugendliche Patientinnen mit
Anorexia und Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) - eine Pilotstudie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 2, S. 91-108

urn:nbn:de:bsz-psydok-47152

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ORIGINALARBEITEN

Dialektisch-Behaviorale Therapie für jugendliche Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) - eine Pilotstudie

Harriet Salbach, Nora Klinkowski, Ernst Pfeiffer, Ulrike Lehmkuhl und Alexander Korte

Summary

Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Anorexia and Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) - A Pilot Study

Dialectical behavior therapy (DBT) was originally developed by Linehan (1993a, b) and modified by Miller et al. (1997) for suicidal adolescents with borderline personality features. Meanwhile, this therapy has also successfully applied in other adult clinical groups. The prior aim of the study is to evaluate the effectiveness of DBT for inpatient adolescents with anorexia and bulimia nervosa. In this pilot study (n=31) the efficacy of this treatment will be evaluated in a pre-post comparison. Different instruments will be used (SIAB, EDI-2, SCL-90-R, FBB). The first results are promising and we must hope that this new approach will improve the future treatment.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 91-108

Keywords

Dialectical behaviour therapy – anorexia nervosa – bulimia nervosa – adolescence

Zusammenfassung

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde ursprünglich von Linehan (1993a, b) entwickelt. Miller et al. (1997) modifizierten das Konzept erfolgreich für suizidale jugendliche Patienten mit komorbiden Symptomen einer instabilen Persönlichkeitsstörung. Mittlerweile wird die DBT im Erwachsenenbereich auch bei anderen Patientengruppen erfolgreich eingesetzt. Das vorrangige Ziel der Studie ist die Überprüfung der Effektivität von DBT bei stationären jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Im Rahmen einer Pilotstudie (n = 31) wird die Wirksamkeit des Behandlungskonzepts anhand eines Prä-Post-Vergleichs mit unterschiedlichen Messinstrumenten (SIAB, EDI-2, SCL-90-R, FBB) untersucht. Die ersten Ergebnisse sind ermutigend und lassen hoffen, dass sich durch diesen neuen Ansatz die Therapieergebnisse bei dieser Patientengruppe verbessern.

Schlüsselwörter

Dialektisch-Behaviorale Therapie – Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Jugendalter

1 Einleitung

Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) gehören zu den häufigsten jugendpsychiatrischen Erkrankungen und gehen mit gravierenden psychischen, sozialen sowie körperlichen Folgen einher (Herpertz-Dahlmann et al., 2005). Bezogen auf weibliche Jugendliche und junge Erwachsene liegt die Prävalenz für AN bei 0,5-1%, für BN bei 1-3% (Hoek u. von Hoeken, 2003). Studien haben gezeigt, dass während der letzten Jahrzehnte die Inzidenz für diese Störungsbilder kontinuierlich zunahm (Ruhl u. Jacobi, 2005). Frühe Interventionen und fundierte Therapiekonzepte zur Behandlung essgestörter Jugendlicher sind daher unerlässlich.

Die Beurteilung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen bei AN und BN im Jugendalter kann derzeit als unbefriedigend betrachtet werden. Lediglich für die Familientherapie konnte die Effektivität bei Jugendlichen mit Essstörungen in mehreren randomisierten Studien (Robin et al., 1999; Eisler et al., 2001; Lock et al., 2005) bestätigt werden. Russell et al. (1987) kamen sogar zu dem Ergebnis, dass sich bei Patientinnen im Kindes- und Jugendalter Familientherapie als wirksamer erwies verglichen mit einer einzeltherapeutischen Behandlung. Im Erwachsenenbereich liegen bezogen auf die BN kontrollierte Studien für die Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) sowie für die Interpersonale Therapie (IPT) bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen vor. Die meisten Studien überprüften die Effektivität der CBT bei jugendlichen und erwachsenen bulimischen Patienten, indem sie die Daten der Patienten nach Therapieabschluss mit denen einer Wartegruppe verglichen (Bailer et al., 2004; Ghaderi, 2006). Agras et al. (2000) konnten einen stärkeren Rückgang der bulimischen Symptomatik durch CBT im Vergleich zur IPT registrieren. Bezogen auf anorektische Patientinnen sind die Ergebnisse noch unbefriedigender. Hay et al. (2006) betonen, dass derzeit sechs Studien an älteren Jugendlichen und Erwachsenen vorliegen, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen an relativ kleinen Stichproben bei AN untersuchten. In diesen Studien hatten die Patienten die der Wartegruppe zugeordnet wurden, ein schlechteres Outcome verglichen mit denen, die psychotherapeutisch (größtenteils IPT, CBT) behandelt wurden. In der Studie von McIntosh et al. (2005) zeigte sich, dass die IPT für erwachsene anorektische Patienten weniger effizient ist als unspezifische, unterstützende Gespräche durch Psychiater bzw. Psychotherapeuten. Die CBT erbrachte im Vergleich zur IPT bei AN zwar bessere Ergebnisse, allerdings ergaben sich keine Unterschiede zwischen den essgestörten Patienten, die die CBT erhielten und denen, die lediglich von unterstützenden Gesprächen durch Psychiater bzw. Psychotherapeuten profitierten.

Der Mangel an spezifischen therapeutischen Angeboten für anorektische und bulimische Patientengruppen, speziell im Kindes- und Jugendalter, sowie mangelnde empirische Daten unterstreichen den dringenden Forschungsbedarf.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von Linehan (1993a, b) ursprünglich zur ambulanten Behandlung von erwachsenen, chronisch suizidalen Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. Sie basiert weitgehend auf kognitiv-behavioralen Methoden, integriert jedoch eine Vielzahl von Strategien und Techniken aus anderen therapeutischen Schulen sowie fernöstlicher Meditationstechniken. Die Kernmerkmale der DBT sind die klare Strukturierung der Therapie, die Hierarchisierung der Behandlungsziele sowie die Akzentuierung der Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung. In der DBT werden zusätzlich zur Einzeltherapie in so genannten Skillsgruppen Verhaltensfertigkeiten vermittelt (Mayer-Bruns et al., 2005). Die Wirksamkeit dieses ambulanten Behandlungsansatzes wurde durch mehrere kontrollierte, randomisierte Studien belegt (Linehan et al., 1991, 1993). Im deutschsprachigen Raum führten Bohus et al. (2000) DBT als Behandlungskonzept im Rahmen eines vollstationären Settings ein.

In den letzten Jahren wurde die DBT vor allem bei erwachsenen Patientinnen mit BPS sowie auch bei verschiedenen komorbiden Störungen angewandt. Anpassungen des Therapiekonzepts an die Besonderheiten der jeweiligen Störungsbilder sind erfolgt. Besonders positive Erfahrungen liegen bei Patienten mit komorbider Drogenabhängigkeit (Linehan et al., 1999, 2002), bei forensischen Patienten (Evershed et al., 2003) sowie bei älteren depressiven Patienten (Lynch et al., 2003) vor. Des Weiteren entwickelten Hesslinger et al. (2002, 2004) einen DBT-basierten Therapieansatz für erwachsene Patienten mit einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Im angloamerikanischen Raum gibt es bereits erste Ansätze, die DBT auch in der ambulanten Behandlung von BPS mit komorbider Essstörung (Palmer et al., 2003) sowie bei AN und BN (Safer et al., 2001; Wisniewski u. Kelly, 2003) anzuwenden.

Miller adaptierte und evaluierte das ambulante DBT-Konzept für suizidale und sich selbst verletzende Jugendliche, die zusätzlich Symptome einer instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ zeigten und konnte die Wirksamkeit der DBT in diesem Bereich empirisch belegen (Miller et al., 1997; Miller et al., 1999). Für den deutschsprachigen Raum wurde die amerikanische Version überarbeitet und angepasst (Böhme et al., 2001). Die ersten Ergebnisse einer Pilotstudie (Fleischhaker et al., 2006) zeigen viel versprechende Resultate. Bisher gibt es jedoch noch keine deutschsprachige Anpassung des DBT-Konzepts für jugendliche Patientinnen mit „reiner“ Anorexia bzw. Bulimia nervosa. Die bereits erwähnte steigende Inzidenz in der Altersgruppe der 15 - 24-Jährigen (Lucas et al., 1999) unterstreicht jedoch die Wichtigkeit der Entwicklung von Psychotherapiekonzepten für das Jugendalter (Ruhl u. Jacobi, 2005).

Von diesen Überlegungen ausgehend haben wir in Anlehnung an Wisniewski und Kelly (2003), die die biosoziale Theorie für Patienten mit Essstörungen adaptierten, ein statio-

näres DBT-Konzept zur Behandlung von jugendlichen Patienten mit AN und BN entwickelt (DBT-AN/BN), das im Folgenden dargestellt wird. Im Anschluss wird über unsere Pilotstudie berichtet, die der Frage nach der Durchführbarkeit des Konzepts nachgeht.

1.1 Theoretische Überlegungen: Biosoziale Theorie

Die biosoziale Theorie wurde im Wesentlichen von Linehan (1992) als Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der BPS entwickelt. Das Modell geht davon aus, dass Defizite in der Emotionsregulation zentral für dieses Störungsbild sind. Patienten mit einer BPS weisen eine erhöhte biologische Verletzbarkeit auf und haben demzufolge Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu regulieren. Darüber hinaus wachsen diese Individuen oft in einem „invalidierenden“ Umfeld auf, d. h. sie leben in einer Umgebung, die diese Verletzlichkeit durch Unverständnis verstärkt.

Eine vereinfachte biosoziale Theorie für Patientinnen mit Essstörungen (AN, BN und Binge Eating) wurde von Wisniewski und Kelly (2003) entwickelt. Kritisch anzumerken ist, dass diese Theorie hinsichtlich der Entstehung von Essstörungen stark vereinfacht dargestellt ist. Darüber hinaus liegen keine Befunde bzgl. des „invalidierenden“ Umfeldes vor. Wisniewski und Kelly (2003) vertreten die Annahme, dass Essstörungen durch die Interaktion zwischen biologischer Vulnerabilität (emotional und/oder ernährungsbezogen) und „invalidierendem“ Umfeld entstehen und aufrechterhalten werden.

Emotionale und ernährungsbezogene Vulnerabilität: Patientinnen mit AN und BN zeigen ebenfalls Defizite in der Emotionsregulation, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Patienten mit AN sind oft unfähig, Emotionen wahrzunehmen und meiden intensive Gefühle (Casper et al., 1992), dagegen haben Patienten mit BN häufig Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu kontrollieren (Telch u. Agras, 1996). Die ernährungsbezogene Vulnerabilität bei Patienten mit Essstörungen zeigt sich häufig in der mangelnden Fähigkeit, Hunger- und Sättigungssignale wahrzunehmen (Wisniewski et al., 1997). Darüber hinaus verstärken gezügeltes Essverhalten sowie unkontrolliertes übermäßiges Essen die emotionale Dysregulation (Wisniewski u. Kelly, 2003).

„Invalidierendes“ Umfeld: Bezogen auf Patienten mit AN und BN wird davon ausgegangen, dass sich die „Invalidierung“ auf ein breites Spektrum erstreckt und von schwerer Misshandlung oder sexuellem Missbrauch bis hin zu eklatanten, konfliktträchtigen Temperamentsunterschieden zwischen dem betroffenen Individuum und seiner Umgebung reicht. Dem Umfeld gelingt es nicht, dem Individuum die Aneignung von Fertigkeiten zu ermöglichen, mit denen es Emotionen reguliert. Es ist dadurch unfähig, eigenständig zu reagieren und entscheidet auf der Grundlage der Vorgaben des betreffenden Umfeldes, welche Äußerungen von Emotionen adäquat bzw. inadäquat sind.

Restriktive Nahrungsaufnahme sowie aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion werden als „valide“ Lösungen verstanden, um mit Stress, schwierigen Emotionen sowie „Invalidierungen“ der Umwelt zu Recht zu kommen.

1.2 DBT-AN/BN: Stationäres Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept umfasst 12 Wochen und ist in die folgenden drei Behandlungsphasen untergliedert:

- I. Phase: Vorbereitungsphase (Dauer: 2 Wochen).* Diese beinhaltet eine ausführliche Anamneseerhebung, eine umfassende testpsychologische Diagnostik (s. u.), die Durchführung von mindestens zwei ausführlichen Verhaltensanalysen zur Essstörungsproblematik sowie die Aufstellung und Hierarchisierung der Therapieziele. Am Ende dieser Vorbereitungsphase erfolgt eine Aufklärung über die Behandlungskonzeption (Ziele und Regeln) und damit verbunden die Unterzeichnung des Therapievertrags.
- II. Phase (Dauer: 8 Wochen).* Das individuelle Behandlungskonzept wird umgesetzt, an den gewünschten Veränderungsprozessen unter Berücksichtigung der Zielhierarchie (s.u.) wird gearbeitet, und erste Belastungserprobungen (z. B. nach Hause oder in die Schule gehen) erfolgen.
- III. Phase (Dauer: 2 Wochen).* Der Transfer der schon erreichten Therapieziele in den Alltag erfolgt. Des Weiteren wird die ambulante Weiterbehandlung eingeleitet.

Hierarchisierung der Behandlungsziele

Analog der Empfehlung von Linehan (1996) werden die Therapieziele nach dem Kriterium der Gefährdung des Patienten formuliert und darüber hinaus an die typischen Probleme dieser Patientengruppe angepasst. Das Nicht-Essen, die nicht ausreichende Gewichtszunahme (weniger als 500g pro Woche) sowie die Essanfälle mit anschließendem Erbrechen werden als selbstverletzendes Verhalten verstanden. Sie stellen somit das Problem mit der höchsten Priorität dar und werden demzufolge an oberster Stelle der Zielhierarchie angesiedelt. Das Stationsteam orientiert sich daher an folgender Zielhierarchie:

- I. Reduktion suizidalen und selbstschädigenden Verhaltens (z. B. Nicht-Essen, Erbrechen, Ritzen, Einnehmen von Abführmitteln, übertriebene körperliche Aktivität)
- II. Reduktion therapiegefährdenden Verhaltens (z. B: Aufgaben nicht erledigen, nicht an der Therapie teilnehmen)
- III. Reduktion hospitalisierungsfördernden Verhaltens (Verhaltensmuster, die die stationäre Aufnahme verlängern; Verhaltensmuster, die eine Wiederaufnahme wahrscheinlich machen)
- IV. Probleme der Lebensführung und emotionales Leid (Bearbeitung individueller Schwierigkeiten, Steigerung des Selbstwertgefühls)
- V. Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten (Achtsamkeit; Bewusster Umgang mit Gefühlen; Stresstoleranz; Zwischenmenschliche Fertigkeiten; Adäquater Umgang mit Essen, Figur, Gewicht und Selbstwert).

Behandlungselemente der DBT – AN/BN

Einzeltherapie (2x wöchentlich à 50 min). Patient und Therapeut orientieren sich an einem vom Patienten geführten Esswochenprotokoll, das die dysfunktionalen (u. a. gestörtes Essverhalten) und die funktionalen Verhaltensweisen (u. a. regelmäßige, ausgewogene Ernährung) sowie die positiven Ereignisse des Patienten schriftlich festhält. Zu Beginn der Behandlung wird das Esswochenprotokoll jede Stunde herangezogen, um dysfunktionales und funktionales Verhalten übersichtlich zu erfassen. Im Anschluss erarbeiten Patient und Therapeut zum jeweils hochrangigsten Problemverhalten detaillierte Verhaltensanalysen und suchen nach Problemlösungen. Verschiedene Elemente aus der Verhaltenstherapie wie z.B. Informationsvermittlung, Kontingenzmanagement, Techniken der kognitiven Umstrukturierung und Exposition werden zusätzlich eingesetzt. Weiterhin werden Commitmentstrategien sowie die Balance von Validierung einerseits und auf Veränderung orientierte Strategien andererseits in die Behandlung integriert (Bohus, 2002).

Wochenzielbesprechung (1x wöchentlich à 30 min). Patient, Therapeut und Bezugsperson besprechen die Ziele der Woche sowie die langfristigen Therapieziele. Zusätzlich werden die im Fertigkeitentraining (s.u.) schon besprochenen Skills wiederholt.

Fertigkeitentraining in der Gruppe (1x wöchentlich à 90 min). Zentrale Elemente der stationären Behandlung stellen das Erlernen und Üben neuer Fertigkeiten (Skills) dar. Die DBT-Module *Stresstoleranz*, *Umgang mit Gefühlen* und *Zwischenmenschliche Fertigkeiten* (Linehan, 1996) wurden an die Zielgruppe essgestörter Patienten angepasst. Weitere Skills zum Umgang mit Essen, Gewicht und Figur wurden hinzugefügt. Zur besseren Integration der Familie in das Behandlungskonzept nimmt jedes zweite Mal mindestens ein Elternteil an dem Fertigkeitentraining teil.

Achtsamkeit in der Gruppe (1x wöchentlich à 50 min). Ziel dieser Gruppensitzungen ist es, mit Hilfe von Achtsamkeitsübungen eine Balance zwischen „Vernunft“ und „Gefühl“ zu schaffen, um auf diese Weise das intuitive Selbstverständnis zu stärken (Bohus, 2002). Nach Kabat-Zinn (1990) ist Achtsamkeit eine besondere Form der Aufmerksamkeitslenkung. Kennzeichnend ist, dass die Aufmerksamkeit dabei auf die Erlebnisinhalte des gegenwärtigen Augenblicks gelenkt wird. Diese Lenkung erfolgt bewusst und absichtsvoll (sobald die Aufmerksamkeit abschweift, kehrt man bewusst in das Hier und Jetzt zurück) und nicht wertend (Heidenreich et al., 2006).

Essstörungsspezifisches - und Selbstwertmodul in der Gruppe (1x wöchentlich à 90 min). Die Patienten profitieren von dieser eher störungsspezifisch ausgerichteten Gruppentherapie, die in Anlehnung an das Therapiemanual für AN und BN von Jacobi et al. (2004) sowie das Gruppentherapiemodul *Selbstzuwendung und Selbstakzeptanz* von Jacob et al. (2004) konzipiert wurde. Der Umgang sowie die Einstellung zum Essen und Gewicht, die Arbeit am verzerrten Körperbild und der Aufbau des Selbstbildes bilden zentrale Elemente dieser Gruppentherapie.

Familiengespräche (alle 1-2 Wochen à 50 min). Das Ziel dieser Gespräche ist die Bearbeitung dysfunktionaler familiärer Interaktionen sowie die Förderung der weiteren Entwicklung der Jugendlichen. Während der Familiensitzungen werden u.a.

die in den Familien bestehenden dialektischen Dilemmata (übertriebene Autorität versus übermäßige Nachsicht, Herunterspielen problematischen Verhaltens versus Überbewertung unproblematischen Verhaltens und Autonomie erzwingen versus Abhängigkeit verstärken; Miller et al., 1999) angesprochen und bearbeitet.

Körpertherapie in der Gruppe (1-2x wöchentlich à 50 min). Die Patienten profitieren bei dieser Therapie von gezielten Körperübungen (Körperkonfrontation, Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens, Aufbau positiver körperbezogener Tätigkeiten) mit dem Ziel der Bearbeitung der Körperbildstörung.

Bezugsgruppe (2x wöchentlich à 60 min). Alle Patienten mit AN und BN besprechen im Rahmen dieser Patientengruppe selbstständig, d. h. ohne Therapeuten, dysfunktionales Verhalten sowie Verhaltensanalysen. Die Selbstmanagementfähigkeit der Patientinnen soll dadurch verbessert werden. Es wird jedes Mal ein Protokoll angefertigt, das am Ende der Sitzung dem Stationsteam zur Einsicht ausgehändigt wird.

Essprogramm als Stufenplan: Der Plan besteht aus vier Stufen, die entsprechend dem Körpergewicht der Patienten sowie ihrer Fähigkeit der adäquaten Nahrungsaufnahme eine sukzessive Steigerung der individuellen Freiheitsgrade beinhalten. Die Bestimmung des Körpergewichts der Patienten erfolgt zweimal pro Woche im nüchternen Zustand durch eine Pflegekraft der Station. Sollte es nicht zu einer Gewichtszunahme von mindestens 500g pro Woche kommen, erhalten die Patienten Ausgangs- bzw. Besuchssperre.

Folgende Kernmerkmale sind wesentlicher Bestandteil einer DBT und unterscheiden sich somit von einer rein kognitiv-behavioralen Behandlung (vgl. Tab.1).

In der *Einzeltherapie* berücksichtigt der Therapeut einige grundlegende Beziehungsmuster. Er versteht sich als Coach bzw. Trainer, d.h. er orientiert sich zusammen mit dem Patienten an einem übergeordneten Ziel und verpflichtet sich, zusammen mit dem Patienten die Verantwortung für die Erreichung des Zieles zu übernehmen. Der Therapeut benennt seine eigenen Emotionen und bietet sich somit als zielorientierter, engagierter und emotional greifbarer Partner an. Weiterhin arbeitet er stark dialektisch, was einen raschen Wechsel der Strategien z. B. von Akzeptanz zu Veränderung, von Kontrolle zu Loslassen, von Konfrontation zu Unterstützung und von Härte zu Nachsichtigkeit erfordert. Der Therapeut nützt seine Fehler, indem er bereit ist, diese zu erkennen und zuzugeben. Der Ablauf der Therapiestunden orientiert sich nicht nach einem strengen Manual, sondern wird durch das Verhalten des Patienten bestimmt. Zeigt dieser während der Woche selbstschädigendes Verhalten, so wird dieses dysfunktionale Verhalten besprochen. Tritt es nicht auf, so werden die tiefer liegenden Therapieziele der Zielhierarchie bearbeitet.

Das *Fertigkeitentraining* der DBT dient der Vermittlung, dem Üben und dem Generalisieren von spezifischen Fertigkeiten. Zwischenmenschliche Schwierigkeiten sowie die Bearbeitung individueller Krisen werden hier nicht thematisiert. Die *Achtsamkeit in der Gruppe* sowie die *Bezugsgruppe* sind ebenfalls wesentliche Bestandteile der stationären DBT, die in der CBT nicht verankert sind. Letztere wurde von Bohus (2002) für stationäre Patienten mit einer Borderline-Störung erstmals eingeführt.

Tab. 1: Vergleich CBT-Konzept versus DBT-Konzept

CBT-Konzept	DBT-Konzept
<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie: Orientiert sich an einem kognitiv-behavioralen Manual, das oftmals die Behandlungselemente Psychoedukation, Veränderung von Essverhalten und Gewicht, Veränderung psychosozialer Konflikte, Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken, Therapie der Körperbildes und des Selbstwertes berücksichtigt. • Essprogramm als Stufenplan • Gruppentherapie: Orientiert sich meist an einem kognitiv-behavioralen Manual unter Berücksichtigung der Behandlungselemente Psychoedukation, Veränderung von Essverhalten und Gewicht, Therapie des Körperbildes und Selbstwertes, Soziales Kompetenztraining. • Therapiezielvereinbarung/Zwischenbilanz: Therapieziele werden zu Beginn der Behandlung meistens mit dem Therapeuten und Patienten vereinbart. In Abständen wird überprüft, ob diese Therapieziele erreicht wurden. • Familiengespräche: Orientieren sich am CBT-Konzept. • Körpertherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie: Die therapeutischen Sitzungen orientieren sich an den vom Patienten in der Woche gezeigten funktionalen und dysfunktionalen Verhaltensweisen. Demzufolge sind die Themen vor der Therapiestunde noch nicht genau festgelegt. • Essprogramm als Stufenplan • Gruppentherapie (Fertigkeitstraining). Orientiert sich an dem DBT-Manual von Miller et al. (1997) sowie Böhme et al. (2001) und ist um ein essstörungsspezifisches – und Selbstwertmodul erweitert. Es besteht aus den Modulen Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, Zwischenmenschliche Fertigkeiten, Achtsamkeit, Umgang mit Essen, Gewicht, Figur und Selbstwert. • Achtsamkeit in der Gruppe: Durchführung von Achtsamkeitsübungen. • Bezugsgruppe: Patienten mit AN und BN treffen sich ohne Therapeuten u. a. zur Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeit. • Wochenzielbesprechung: Es erfolgt eine wöchentliche Besprechung der Therapieziele der Woche gemeinsam mit Patient, Therapeut und Bezugsbetreuer. Eingübte Skills werden hier nochmals wiederholt. • Familiengespräche: Orientieren sich am DBT-Konzept. • Körpertherapie

Die *Wochenzielbesprechung* unterscheidet sich von rein kognitiv-behavioralen Behandlungen dahingehend, dass neben den Zielen der Woche nochmals die bereits eingesetzten Fertigkeiten mit dem Therapeuten, Bezugsbetreuer und Patienten besprochen werden.

Alle DBT-Gruppentherapien sind offene Gruppen und setzen sich durchschnittlich aus sechs Patienten zusammen. Die Patienten erhalten keine weiteren therapeutischen Maßnahmen.

2 Methode

2.1 Stichprobe

Alle in unserer Klinik stationär aufgenommenen Patienten wurden zu Beginn der Behandlung ausführlich diagnostiziert. Es wurden lediglich die Patientinnen in die

Studie eingeschlossen, die nach dem *Strukturierten Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen nach DSM-IV und ICD-10* (SIAB; Fichter u. Quadflieg, 1999) die Hauptdiagnose Anorexia nervosa (DSM-IV 307.1) oder Bulimia nervosa (DSM-IV 307.51) erhielten und einen Intelligenzquotienten von mindestens IQ = 85 [*Grundintelligenztest Skala 2* (CFT 20; Weiß, 1998) bzw. *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III* (HAWIK-III; Tewes et al., 2000)] aufwiesen. Komorbide psychiatrische Störungen wurden mit dem *Composite International Diagnostic Interview* (DIAX-Version des CIDI; Wittchen u. Pfister, 1997) diagnostiziert. Ausschlusskriterien waren, neben einer zu niedrigen Grundintelligenz, eine aktuell bestehende psychotische Erkrankung sowie deutliche Schwierigkeiten, die deutsche Sprache zu sprechen und/oder zu verstehen. Die Patientinnen wurden zu Beginn der Behandlung (innerhalb der ersten drei Tage nach der Aufnahme) sowie am Ende des stationären Aufenthalts (ein Tag vor der Entlassung) untersucht.

Insgesamt konnten 31 weibliche Patientinnen in die Pilotstudie eingeschlossen werden. Die Patientinnen waren im Durchschnitt 16,0 Jahre alt (SD = 1,6). 23 Patientinnen litten unter einer Anorexia nervosa (davon 17 unter einer Anorexia nervosa „restricting type“ und sechs unter einer Anorexia nervosa „binge-eating/purging type“, DSM-IV) und acht Patientinnen unter einer Bulimia nervosa (Bulimia nervosa „purging type“, DSM-IV). Im Durchschnitt wurden sie bereits 1,2 mal (SD = 0,5) aufgrund ihrer Essstörung stationär in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung behandelt. Bei 76,6% der Patientinnen bestanden komorbide Erkrankungen (hauptsächlich Major Depression und Dysthymie, daneben Angst- und Zwangsstörung). Drei Patientinnen litten unter einer Persönlichkeitsstörung (zwei unter einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, eine unter einer histrionischen Persönlichkeitsstörung). Neun Patientinnen wurden psychopharmakologisch mit einem Antidepressivum (SSRI: Citalopram, Fluoxetin) und drei mit einem Neuroleptikum (Risperidon, Olanzapin) behandelt.

2.2 Messinstrumente

Zu zwei Messzeitpunkten (t_0 und t_1) wurden Body-Mass-Index (BMI), wöchentliche Essanfälle, Erbrechen, Vermeiden von Kalorien, Fasten, exzessive sportliche Betätigung sowie Laxantien- und Diuretikamissbrauch erfasst. Die Variablen wurden mittels SIAB erhoben und auf einer fünfstufigen Skala folgendermaßen objektiviert: Bezüglich der Essanfälle (EA) wurden die Anzahl der Kalorien und verwendeten Nahrungsmittel erfragt [0 = objektiv keine EA, 1 = objektiv leichte EA (<1.000 kcal), 2 = objektiv deutliche EA (1.000-3.000 kcal), 3 = objektiv schwere EA (3.000-5.000 kcal), 4 = objektiv sehr schwere EA (>5.000 kcal)]; hinsichtlich des Erbrechens, der exzessiven sportlichen Betätigung sowie auch des Laxantien- und Diuretikamissbrauchs wurde die Intensität anhand der Auftrittshäufigkeit (0 = nein, 1 = weniger als 2x/Woche, 2 = mindestens 2x/Woche, 3 = bis 1x/Tag, 4 = mehrmals/Tag) ein-

geschätzt. Fasten wurde als 0 = nein, 1 = < 1x/Monat, 2 = bis 1x/Woche, 3 = bis 1 Woche durchgehend und 4 = länger als 1 Woche abgestuft. Die Kalorienvermeidung bzw. Vermeidung dickmachender Nahrungsmittel wurde über 0 = nein, 1 = leicht, 2 = deutlich, 3 = stark und 4 = sehr stark operationalisiert.

Darüber hinaus füllten die Patientinnen folgende Selbstbeurteilungsbögen aus: *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2; Garner et al., 1983; deutsche Version mit deutschsprachiger Validierung und Normen für 10 - 20-Jährige, Rathner u. Waldherr, 1997). Das EDI-2 ist ein international gebräuchliches Instrument zur Erfassung der speziellen und allgemeinen Psychopathologie von Essstörungen. Für unsere Studie wurden die ersten acht Skalen [*Schlankheitsstreben* (*Drive for Thinness*, DT), *Bulimie* (*Bulimia*, B), *Unzufriedenheit mit der Figur* (*Body Dissatisfaction*, BD), *Minderwertigkeitsgefühle* (*Ineffectiveness*, I), *Perfektionismus* (*Perfectionism*, P), *Misstrauen gegenüber anderen*, *Interpersonal Distrust*, ID), *Unsicherheit in der Wahrnehmung von Gefühlen* (*Interceptive Awareness*, IA), *Angst vor dem Erwachsenwerden* (*Maturity Fears*, MF)] verwendet. Diese Variante des EDI-2 beinhaltet 64 Items mit sechsstufiger Skalierung (0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = oft, 4 = normalerweise, 5 = immer).

Symptom-Checklist-90-Revision (SCL-90-R; Franke, 2002). Dieser aus 90 Items bestehende Fragebogen erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage. Diese wird durch die Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus* ermittelt. Drei globale Items liefern Informationen zum allgemeinen Antwortverhalten. So misst der *Global Severity Index* (GSI), die grundsätzliche Belastung, der *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) die Intensität der Antworten und der *Positive Symptom Total* (PST) die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorhanden ist. Um die Anzahl der abhängigen Variablen möglichst gering zu halten, wurde für diese Studie lediglich der GSI sowie die Skala *Depressivität* berücksichtigt.

Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB; Mattejat u. Remschmidt, 1999). Dieser Fragebogen dient der Therapieevaluation sowie der Qualitätssicherung durch die Behandlungseinschätzung von Patienten, deren Eltern und den behandelnden Therapeuten. Für die drei Beurteilergruppen liegen jeweils unterschiedliche Fragebogenversionen vor. Die Patientenversion misst mittels 20 Items die drei Skalen *Erfolg der Behandlung*, *Beziehung zum Therapeuten* und *Rahmenbedingung der Behandlung*. Die Elternversion erfasst mittels 21 Items die zwei Skalen *Erfolg der Behandlung* sowie *Verlauf der Behandlung*. Die Therapeutenversion umfasst die fünf Skalen *Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten*, *Therapieerfolg hinsichtlich der Familie*, *Kooperation mit dem Patienten*, *Kooperation mit der Mutter*, *Kooperation mit dem Vater* und wird anhand von 26 Items erfasst. Zu allen Versionen liegt ein Patienten-, Eltern- sowie Therapeutengesamtwert vor, den wir in dieser Studie berücksichtigen.

2.3 Therapeuten/Pflegeteam

Der Großteil der Therapeuten und Pflegekräfte hat eine DBT-Weiterbildung durch ein vom Dachverband DBT akkreditiertes Fortbildungsinstitut in Berlin absolviert bzw. an einer intensiven DBT-Schulung teilgenommen.

2.4 Statistische Analyse

Die Analyse der Daten erfolgte mit dem Statistik-Programm SPSS (Version 14.0) für Windows. Es wurden sowohl parametrische als auch nonparametrische Verfahren zur Berechnung eingesetzt. Zur Bestimmung von Unterschieden innerhalb der Subjekte zwischen dem ersten (t_0) und dem Nachuntersuchungs-Testzeitpunkt (t_1) wurden t-Tests für gepaarte Stichproben berechnet, wobei das Signifikanzniveau im Voraus auf $\alpha = .05$ festgelegt worden war. Für die Berechnung der Differenzen bei rangskalierten Daten (Essanfälle, Erbrechen, Vermeiden von Kalorien, Fasten, exzessives Sporttreiben sowie die Einnahme von Laxantien und Diuretika) wurden Wilcoxon-Tests durchgeführt. Die Veränderungen zwischen den beiden Testzeitpunkten, vor und nach der stationären DBT-Behandlung, werden zusätzlich über die Effektstärke (d) angegeben. Bezüglich der Daten aus den FBB-Fragebögen wurden aufgrund der Fallzahl lediglich deskriptive Statistiken berechnet.

3 Ergebnisse

3.1 Therapieabbrüche

Von 31 Patientinnen mit Essstörung, die an der Studie teilnahmen, brach eine die Behandlung vorzeitig und gegen ärztlichen Rat ab. Daraus ergibt sich eine Drop-out-Quote von 3,2%.

3.2 Vergleich der Psychopathologie zu Beginn (t_0) und Ende (t_1) der Therapie

Die Psychopathologie der Patientinnen wurde anhand des EDI-2, des BMI, der SCL-90-R-Skala *Depressivität* sowie des GSI der SCL-90-R erfasst.

Im EDI-2 konnte für den Vergleich von t_0 und t_1 mittels t-Test für gepaarte Stichproben auf allen Skalen ein signifikanter Unterschied gefunden werden, außer für die Skala *Perfektionismus* ($p = .346$; $d = 0.13$). Anhand des Mittelwertvergleichs wird ersichtlich, dass es aus Sicht der Probanden nach Behandlung zu einer Verbesserung der speziellen und allgemeinen Psychopathologie kommt (s. Tab. 2).

Der BMI der AN-Patientinnen lag, sowohl „restricting type“ (AN_{res}) als auch „binge-eating/purging type“ (AN_{bp}), am Ende der Behandlung hoch signifikant über dem

durchschnittlichen BMI-Wert zu Beginn des stationären Aufenthalts ($n_{\text{ANres}} = 17$; $p = .000$; $d = -3.16$ bzw. $n_{\text{ANbp}} = 6$; $p = .028$; $d = -1.90$). Der durchschnittliche BMI-Wert der Bulimie-Patientinnen veränderte sich über den Behandlungszeitraum nicht signifikant ($n_{\text{BN}} = 8$; $p = .799$; $d = -0.075$; vgl. Tab. 3).

In der SCL-90-R waren ebenfalls erhebliche Verbesserungen unter der Therapie in der *Depressivitäts-Skala* ($p = .010$; $d = 1.02$) und dem *GSI* ($p = .000$; $d = 0.63$) zu verzeichnen (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: Prä-post-Tests (t-Tests für gepaarte Stichproben) Psychopathologie, $n = 31$

Variable	$M_{\text{prä}}$	$SD_{\text{prä}}$	M_{post}	SD_{post}	df	t	p	d
EDI-2 (DT)	30.55	9.91	25.10	9.18	30	4.47	.000	0.57
EDI-2 (B)	16.42	10.09	11.61	5.97	30	3.61	.001	0.58
EDI-2 (BD)	38.29	12.10	33.97	13.14	30	2.48	.019	0.34
EDI-2 (I)	32.48	8.87	27.23	10.08	30	3.66	.001	0.55
EDI-2 (P)	19.52	6.81	18.65	6.70	30	0.96	.346	0.13
EDI-2 (ID)	20.68	5.81	17.74	6.16	30	3.14	.004	0.49
EDI-2 (IA)	31.58	8.97	25.90	8.72	30	5.59	.000	0.64
EDI-2 (MF)	25.23	8.32	21.87	8.34	30	4.10	.000	0.40
SCL-Depr	17.35	9.60	8.45	7.81	30	5.37	.000	1.02
SCL-GSI	0.88	0.55	0.55	0.50	30	4.17	.000	0.63

$M_{\text{prä}}$ = Gruppenmittelwert vorher (t_0); $SD_{\text{prä}}$ = Standardabweichung vorher (t_0); M_{post} = Gruppenmittelwert nachher (t_1); SD_{post} = Standardabweichung nachher (t_1)

3.3 Vergleich gewichtsregulierender Maßnahmen zu Beginn (t_0) und Ende (t_1) der Therapie

Für die nach dem SIAB erhobenen Variablen „Essanfälle“, „Erbrechen“, „Vermeiden von Kalorien“, „Fasten“, „exzessives Sporttreiben“ sowie die „Einnahme von Laxantien und Diuretika“ wurden für die beiden erstgenannten Variablen die statistischen Berechnungen getrennt nach Essstörungen-Diagnosen durchgeführt. Dabei wurde ein Zusammenschluss der AN_{bp} – sowie BN-Patienten für den Wilcoxon-Test vorgenommen ($n = 14$). Anhand der Daten wird eine signifikante Abnahme der Häufigkeit von Essanfällen ($p = .005$; $d = 1.84$) und Erbrechen ($p = .002$; $d = 1.98$) innerhalb dieser Gruppe am Ende der DBT ersichtlich (s. Tab. 3).

Hinsichtlich der restlichen Variablen zur Erfassung gewichtsregulierender Maßnahmen erfolgte keine Unterteilung in einzelne Gruppen ($n = 31$). Es wurden sowohl für das Vermeiden von Kalorien, Fasten und exzessives Sporttreiben als auch für die Einnahme von Laxantien ein signifikanter Rückgang im Vergleich von Testpunkt t_1 zu Testpunkt t_0 gefunden (s. Tab. 4). Den Missbrauch von Diuretika gab in unserer Studie keine der Patientinnen an.

Tab. 3: Prä-post-Tests (Wilcoxon-Test) für nach Essstörungen-Diagnose getrennte Gruppen

Variable	n	M _{prä}	SD _{prä}	M _{post}	SD _{post}	Z	p*	d
BMI _{ANres}	17	14.55	1.04	17.45	0.77	-3.62	.000	-3.16
BMI _{ANbp}	6	16.27	1.25	18.12	0.58	-2.20	.028	-1.90
BMI _{BN}	8	21.83	5.25	22.21	4.77	-0.25	.799	-0.08
Essanfälle (AN _{bp} & BN)	14	2.36	1.28	0.43	0.76	-2.83	.005	1.84
Erbrechen (AN _{bp} & BN)	14	3.00	1.18	0.71	1.14	-3.06	.002	1.98

* asymptotische Signifikanz (2-seitig)

M_{prä} = Gruppenmittelwert vorher (t₀); SD_{prä} = Standardabweichung vorher (t₀); M_{post} = Gruppenmittelwert nachher (t₁); SD_{post} = Standardabweichung nachher (t₁); AN_{res} = Anorexia nervosa „restricting type“; AN_{bp} = Anorexia nervosa „binge eating/purging type“; BN = Bulimia nervosa

Tab. 4: Prä-post-Tests (Wilcoxon-Test) SIAB-Variablen, n = 31

Variable	M _{prä}	SD _{prä}	M _{post}	SD _{post}	Z	p*	d
Vermeidung Kalorien	3.03	1.02	1.19	1.01	-4.56	.000	1.81
Fasten	1.06	1.39	0.03	0.18	-3.21	.001	1.04
Exz. Sport	1.00	1.46	0.58	0.81	-1.84	.065	0.36
Laxantien	0.23	0.88	0.00	0.00	-1.34	.180	0.37
Diuretika	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	/

* asymptotische Signifikanz (2-seitig)

M_{prä} = Gruppenmittelwert vorher (t₀); SD_{prä} = Standardabweichung vorher (t₀); M_{post} = Gruppenmittelwert nachher (t₁); SD_{post} = Standardabweichung nachher (t₁); Exz. Sport = exzessives Sporttreiben

3.4 Behandlungseinschätzung nach Ende (t₁) der Therapie

Bezüglich der Behandlungseinschätzung aus Sicht der Patienten, Eltern und Therapeuten (FBB-P, FBB-E, FBB-T) ergaben sich Gesamtskalenmittelwerte von M_{FBB-P} = 2,8; M_{FBB-E} = 3,9; M_{FBB-T} = 2,6. Der Gesamtmittelwert der Patientenbeurteilung liegt im Prozentrangbereich von 26 – 75 und lässt sich qualitativ als „durchschnittlich“ beschreiben. Hinsichtlich des Eltern-Gesamtmittelwerts ergab sich ein Prozentrangbereich von 91 – 100, welcher qualitativ als „deutlich überdurchschnittlich“ bezeichnet werden kann. Der Therapeuten-Gesamtmittelwert liegt mit einem Prozentrangbereich von 76 – 90 im „durchschnittlichen“ Bereich (Mattejat u. Remschmidt, 1999).

4 Diskussion

Die vorliegende Pilotstudie berichtet über die ersten Ergebnisse zur Durchführbarkeit und Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie für jugendliche Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa (DBT-AN/BN) im stationären

Setting. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass diese Patientinnen von einem stationären DBT-AN/BN Behandlungssetting profitieren. Diese Schlussfolgerung wird auch durch die geringe Drop-out-Rate von 3,2% unterstützt. Die im Prä-Post-Vergleich erzielten Resultate können den Behandlungserfolg am Ende des stationären Aufenthalts über fast alle Untersuchungsvariablen belegen. Auf somatischer Ebene kann eine Stabilisierung vor allem bei den AN-Patientinnen anhand der BMI-Werte beobachtet werden. Hinsichtlich der BMI-Werte bei den Bulimikerinnen wurde erwartungsgemäß keine bedeutsame Differenz zwischen den zwei Testzeitpunkten ermittelt, da zumeist weder starkes Untergewicht noch Übergewicht, das einer Behandlung bedurfte, vorlag. Eine Verbesserung hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten im Verlauf der Behandlung kann ebenfalls belegt werden. Sicherlich kann die Verbesserung depressiver Symptomatik neben der DBT bei einigen Patienten auf eine antidepressive Behandlung zurückgeführt werden, jedoch war eine Stimmungsverbesserung auch bei denjenigen Patienten beobachtbar, die keine zusätzliche Medikation erhielten. Die allgemeine und spezielle Psychopathologie des Essverhaltens, welche mittels EDI-2 erfasst wurde, verbesserte sich ebenfalls sehr deutlich, mit Ausnahme der Skala *Perfektionismus*. Dies könnte zum einen daran liegen, dass Perfektionismus ein zeitlich zu stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist, als dass es im Rahmen der stationären Behandlung stark beeinflusst werden könnte. Zum anderen könnte dies auch auf einen geringeren Zusammenhang zwischen pathologischem Essverhalten und Perfektionismus als zwischen Essverhalten und anderen Konstrukten des EDI-2 zurückzuführen sein. Die Reliabilität der Skala wird von Rathner und Waldherr (1997) mit Cronbach's $\alpha = 0,80$ und einer Retest-Reliabilität von $r = 0,42$ angegeben.

Insgesamt konnten bezogen auf die Entwicklung der Psychopathologie ähnlich gute Verbesserungen erzielt werden wie bei Studien zur Wirksamkeit der DBT in der Behandlung von erwachsenen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Höschel, 2006) oder adoleszenten Patienten mit Symptomen einer Borderline-Störung (Fleischhaker et al., 2006), was auf eine gute Effektivität der DBT-AN/BN im stationären Setting, aber auch der DBT allgemein hinweist.

Hinsichtlich der gewichtsregulierenden Maßnahmen konnten in der Gruppe der AN „binge-eating/purging type“- sowie BN-Patienten deutliche Rückgänge von Essanfällen und Erbrechen verzeichnet werden. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Testzeitpunkten ergaben sich auch für Kalorienvermeidung und Fasten, jedoch nicht für exzessive körperliche Bewegung sowie Laxantien- und Diuretikamissbrauch. Dies lässt sich vermutlich durch die geringen Ausgangswerte erklären, vor allem bezüglich des Laxantien- und Diuretikamissbrauchs, der in der Altersgruppe der Jugendlichen nur sehr selten auftritt. Weiterhin sollte der Einfluss des stationären Settings mitbeachtet werden, da versucht wurde, gewichtsregulierende Maßnahmen durch ständige Betreuung der Patienten weitgehend zu unterbinden. Inwieweit die Effekte langfristig anhalten, muss an weiteren Follow-up-Studien bzw. der Ausweitung der vorliegenden Studie überprüft werden.

Die Analysen der Effektstärken für BMI_{ANres} ($d = -3.16$) und BMI_{ANbp} ($d = -1.90$) sowie für gewichtsregulierende Maßnahmen ($d_{Sport} = 0.36$ bis $d_{Erbrechen} = 1.98$) unterstreichen nochmals das positive Ergebnis und die Effektivität der DBT-AN/BN. Für die psychopathologischen und essstörungsspezifischen Merkmale aus EDI-2 und SCL-90-R wurden nach der stationären Behandlung Effektstärken zwischen $d = 0.13$ und $d = 1.02$ berechnet, wobei sechs von zehn Ergebnissen über 0.5 (mittlerer Effekt) liegen. Aufgrund der noch recht kleinen Fallzahl wurde für die Untersuchung der psychopathologischen Symptomatik auf eine Unterscheidung der Patientinnen nach Essstörungsdiagnose verzichtet. Dies könnte der Grund für die zum Teil große Streuung der Werte und die z. T. recht schwachen Effektstärken sein.

Bemerkenswert ist, dass die Eltern im Durchschnitt den Behandlungserfolg als „deutlich überdurchschnittlich“ gut, die Patienten als „durchschnittlich“ gut und die Therapeuten als „durchschnittlich“ gut einschätzten. Die schlechteste Einschätzung stammt zwar von Seiten der Patienten, wenn man jedoch berücksichtigt, dass zu Beginn der stationären Behandlung viele der Jugendlichen sich nur unter elterlichem Druck stationär behandeln lassen, ist das Ergebnis umso erfreulicher. Das Wissen über die Heilungswahrscheinlichkeiten und mögliche chronische Verläufe bei den beiden Störungsbildern AN und BN führte möglicherweise zu der etwas kritischen Einschätzung seitens der Therapeuten.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine unkontrollierte Pilotstudie zur Überprüfung der Anwendbarkeit und Wirksamkeit des DBT-Konzepts bei anorektischen und bulimischen Kindern und Jugendlichen im stationären Setting. Daher sind die Ergebnisse noch kritisch zu bewerten, zeigen jedoch bereits eine viel versprechende Tendenz hinsichtlich der Effektivität. Aussagen sind bisher nur für weibliche Patientinnen mit AN und BN im Kindes- und Jugendalter möglich. Kritisch betrachtet werden muss außerdem die Tatsache, dass Störungsvariablen und unkontrollierte Effekte im Rahmen der stationären Behandlung aufgetreten sein können, welche möglicherweise die Ergebnisse beeinflussten.

Die Resultate haben uns dazu veranlasst, die Studie auf weitere Katamnesezeitpunkte auszuweiten und eine Studie zu beginnen, die die Effektivität der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) im Vergleich zur Kognitiv-Behavioralen Therapie (CBT) im ambulanten Setting untersucht. Somit sollen auch langfristige Effekte der DBT und die Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden überprüft werden.

Des Weiteren sind zukünftig Studien mit größeren Fallzahlen wünschenswert, in denen Unterschiede zwischen verschiedenen Essstörungsformen, wie sie sich bereits in vorliegender Studie abzeichnen, untersucht werden. Darüber hinaus sollten eventuelle Geschlechtseffekte überprüft werden.

Literatur

- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archive of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., El-Giamal, N., Hornik, K., Kasper, S. (2004). Guides self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 522-537.
- Barley, W. D., Buie, S. E., Peterson, E. W., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C., Lawson, J. E., Bailey, B. J. (1993). The Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of personal disorders*, 7, 232-240.
- Böhme, R., Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F., Schulz, E. (2001). Arbeitsbuch. Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) – Therapiemanual. Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Freiburg.
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Hogrefe: Göttingen.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., Linehan, M. M. (1990). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russel, G., Dodge, E., Le Grange, D. (2001). Family therapies for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 41, 727-736.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 198-213.
- Fichter, M., Quadflieg, N. (1999). SIAB. Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen nach DSM-IV und ICD-10, Bern: Huber.
- Fleischhaker, C., Munz, M., 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, 15-27.
- Franke, G. H. (2002). SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Göttingen: Hogrefe.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of eating Disorders*, 2, 15-34.
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 273-288.
- Hay, P., Bacaltchuk, J., Claudio, A., Ben-Tovim, D., Yong, P.Y. (2006). Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 4.
- Heidenreich, T., Ströhle, G., Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum freiburger Achtsamkeitsfragebogen. *Verhaltenstherapie*, 16, 33-40.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Vloet, T., Holtkamp, K. (2005). Essstörungen in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 248-267.

- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. (2004). Psychotherapie der ADHD im Erwachsenenalter – ein Arbeitsbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Nyberg, E. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults – a pilot study using a structured skills training program. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuro-science*, 252, 177-184.
- Hoek, H. W., van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Höschel, K. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regelversorgung – das Saarbrücker Modell. *Verhaltenstherapie*, 16, 17-24.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta.
- Jacob, G., Richter, H., Bohus, M., Lieb, K. (2004). Gruppentherapiemodul Selbstzuwendung und Selbstakzeptanz. *Therapiemanual. Abt. für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universität Mannheim*.
- Jacobi, C. ; Paul, T. ; Thiel, A. (2004) : *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline Personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien: München.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., Armstrong H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archive of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archive of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step fort he treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Lock, J.; le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 64-67.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., Kurland L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 397-405.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson T., Robins, C. J. (2003). Dialectical Behavior Therapy for depressed older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1999). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayer-Bruns, F., Lieb, K., Jacob, G. A. (2005). Dialektisch-behaviorale Therapie der stationären Alkoholentwöhnung. *Der Nervenarzt*, 76, 339-43.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., Framptom, C. M., Joyce, P. R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 741-747.
- Miller, A. L. (1999). Dialectical-behavioral therapy: a new treatment approach for suicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 413-417.

- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (1997). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practice Psychiatry and Behavior Health*, 56, 1131-1152.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder – description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 281-286.
- Rathner, G., Waldherr, K. (1997). Eating Disorder Inventory-2. Eine deutschsprachige Validierung mit Normen für weibliche und männliche Jugendliche. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 157-182.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B., Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1482-1489.
- Ruhl, U., Jacobi, C. (2005). Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 286-302.
- Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C., Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Safer, D. L., Telch, C. F., Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Tewes, U., Rossmann, P., Schallberger, U. (2000). HAWIK-III. Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder, 3. Ausg. Bern: Huber.
- Vandereycken, W., Meermann, R. (2000). *Magersucht und Bulimie*. Göttingen: Huber.
- Weiß, R.H. (1996). CFT 20. Grundintelligenztest Skala 2, 4. ed., Bern: Huber.
- Wittchen, H. U., Pfister, H. (1997). DIA-X Manual: Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X (M-CIDI) Interviews. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wisniewski, L., Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 131-138.

Korrespondanzadresse: Dr. rer. medic. Harriet Salbach, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin; E-Mail: harriet.salbach@charite.de