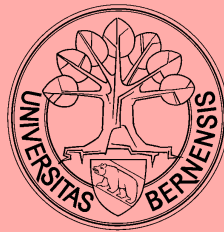


FORSCHUNGSBERICHTE DER ABTEILUNG FÜR PSYCHOTHERAPIE



T. Reisch, M. Thommen, K. Endtner, W. Tschacher

**Therapieverläufe von Patienten mit
und ohne Persönlichkeitsstörung**

Nr. 09-3

Therapieverläufe von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung

Thomas Reisch*, Martin Thommen, Katrin Endtner, Wolfgang Tschacher

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

Bern, Schweiz

*Korrespondierender Autor: Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Reisch, Universitätsklinik und Poliklinik für
Psychiatrie Bern, Bolligenstrasse 111, 3060 Bern, Schweiz.

Tel.: +41 31 9309359; Fax: +41 31 9309404. e-Mail: reisch@spk.unibe.ch

Zusammenfassung

Anliegen: Das Ziel der naturalistischen Studie war die Erfassung von Unterschieden im Therapieverlauf von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung (PS) unter besonderer Berücksichtigung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). **Methode:** Patienten, welche an einem kognitiv-behavioral orientierten teilstationären Psychotherapieprogramm teilnahmen, wurden monatlich mittels des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV) untersucht. Insgesamt 87 Therapieverläufe wurden mittels Sequenzanalysen, Kurvenestimationen sowie in Bezug auf das Vorkommen von Krisen analysiert. **Ergebnisse:** Patienten, welche an einer PS litten, zeigten häufiger krisenhafte Therapieverläufe als solche ohne eine Persönlichkeitsstörung. Dieser Unterschied war am deutlichsten im zweiten Monat der Therapie. Kein Unterschied fand sich im Therapieverlauf nach dem 2. Monat. Die Subgruppe von Patienten mit einer BPS wiesen am häufigsten chaotische (nonlineare) und am seltensten log-lineare Therapieverläufe auf. **Schlussfolgerungen:** Patienten mit einer PS zeigen andere Therapieverlaufsmuster. Demzufolge müssen Therapeuten andere Erwartungen insbesondere an die Anfangsphase einer Therapie von PS-Patienten stellen. Die Ergebnisse liefern zudem eine Erklärung, warum bei Patienten mit PS eine längere Therapiedauer nötig ist.

Abstract

Objective: The primary objective of the present naturalistic study was the assessment of diagnosis-specific time courses in patients with and without a personality disorder (PD) with a specific focus on Borderline Personality Disorder (BPD). **Method:** During the CBT day treatment program, the patients' subjective perception of improvement was measured monthly using the VEV (Questionnaire for Process in Self-Experience and Behavior). The pattern of 87 individual therapy courses was analyzed using various methodological approaches (sequence analyses, analysis of crisis, curve estimations). **Results:** Patients suffering from a personality disorder more often experienced crises during treatment with a peak at the second month of the therapy. No differences were found after the second month of therapy. Patients diagnosed with borderline personality disorder more often exhibited non-linear (chaotic) and less often log-linear courses of improvement. **Conclusions:** Patients suffering from PD show different patterns of improvement. Therapists should modify their expectations particularly in the first part of the therapy when treating PD patients. The findings also help to understand why longer durations of therapy are needed for PD patients.

Key words: personality disorders, cognitive behavior therapy, day care, treatment outcome, process assessment, outcome assessment, nonlinear dynamics

Kernaussagen

Aus der Literatur ist bekannt, dass

- viele Patienten nonlineare und oft sprunghafte Therapieverläufe haben.
- die Besserung des Zustandbildes diagnoseabhängig ist
- insbesondere Patienten mit Persönlichkeitsstörungen längere Therapieverläufe mit langsamen Besserungen haben

Unserer Untersuchung zeigt, dass

- Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung häufiger krisenhafte Verschlechterungen aufweisen.
- Diese Auffälligkeiten in einer tagesklinischen Behandlung am deutlichsten im 2. Monat der Therapie sind.
- Bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diese Auffälligkeiten akzentuiert sind und nonlineare Verläufe besonders häufig sind.

Einleitung

Patienten mit der Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung (PS) bzw. Patienten mit abweichenden Persönlichkeitszügen zeigen eine langsamere Verbesserung in der Therapie einer depressiven Störung [1, 2, 3, 4], ebenso wie bei der Behandlung anderer Störungen (z.B. Zwangserkrankungen [5]). Diese Ergebnisse konnten jedoch nicht in allen Studien und vor allem nicht bei allen Persönlichkeitsstörungen bestätigt werden. Brieger et al. [6] z.B. konnte keinen Unterschied in der Therapie von Patienten feststellen, welche eine Cluster-C-Persönlichkeitsstörung hatten. Auffälligkeiten liegen dagegen bei den Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen vor. Haro et al. [7] fand beispielsweise, dass Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung schlechtere Therapieergebnisse in Bezug auf die Abstinenz von Suchtmitteln aufwiesen. Die meisten Studien, welche direkt oder indirekt den Therapieverlauf von Cluster B-Persönlichkeitsstörungen untersuchen, beziehen sich auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Chiesa et al. [8] berichtet, dass hier bis zu 66% die Therapie vorzeitig beenden, ein Anteil, der in anderen diagnostischen Gruppen selten erreicht wird. Bereits Gunderson [9] hatte berichtet, dass BPS-Patienten nach einem scheinbar erfolgreichen Beginn häufiger eine Verschlechterung während der Therapie haben, eine Beobachtung, welche aber bislang nicht durch empirische Daten unterlegt wurde.

Die Fachliteratur der empirischen Psychotherapieforschung wird dominiert von Wirksamkeits- („Efficacy“) Studien [10]. In der Mehrheit dieser Studien werden hochselektive Einschlusskriterien angewandt und Patienten mit isolierten psychiatrischen Problemen auf eine oder mehrere Studien- oder Kontrollgruppen randomisiert. Das Therapieergebnis der verschiedenen Gruppen wird dann zumeist an Hand von Prä-, Post- und Follow-up Daten analysiert. Hierbei werden üblicherweise die Gruppenmittelwerte herangezogen, um Schlussfolgerungen zu ziehen. Obwohl diese Methodik als Goldstandard der empirischen Forschung angesehen wird und sicherlich notwendig ist, können einige für den niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten relevante Fragen mit dieser Methode nicht beantwortet werden. Im klinischen Alltag ist der/die Kliniker/in mit Veränderungen des Krankheitsverlaufes konfrontiert auf die er/sie reagieren muss. Gerade dieser Bereich des Therapieverlaufs, also die Zeit zwischen dem Prä- und dem Posttest, wird aber nur selten untersucht. Die meisten Studien implizieren einen linearen Verlauf zwischen den jeweiligen Erhebungspunkten und nur wenige fokussieren die Dynamik der Veränderung während der Therapie: Howard et al. [11] konnte aufzeigen, dass eine lineare Beziehung zwischen dem Logarithmus der Anzahl von Therapiesitzungen und der Symptomverbesserung besteht. Dieser plausible Sättigungseffekt entspricht jedoch nicht immer dem Ergebnis anderer Studien. Kadera et al. [12] z.B. fand eine direkt lineare Besserungskurve. Das Ergebnis von Howard gilt ausserdem nicht bei der Betrachtung individueller Therapieverläufe. Auf der Ebene der individuellen Therapieverläufe konnten Kadera et al. [12] nur eine kleine Anzahl von Therapien finden, welche einen als linear zu klassifizierenden Verlauf hatten und welcher dem Gruppenmittelwert entsprach. Auch Krause et al. [13] fanden nur bei 5 von 25 Patienten ein lineares Therapieverlaufsmuster. Gaynor et al. [14] zeigten dass 41% eines Patientenkollektivs depressiver Adoleszenter grosse abrupte Symptomverbesserungen im Therapieverlauf hatten. Insgesamt scheint es somit dringend nötig, die Besserungsverläufe von Patienten genauer zu untersuchen.

Das Hauptziel der hier vorgestellten Studie war es, den Einfluss einer begleitenden Persönlichkeitsstörung auf den Therapieverlauf zu untersuchen. In dem naturalistischen Design werden hierbei Patienten untersucht, welche in der Berner Psychotherapie Tagesklinik behandelt wurden. Die Wirksamkeit des Programms wurde bereits andernorts beschrieben, sie ist vergleichbar mit derjenigen von stationären Psychotherapieprogrammen. (15; 16). Der Vorteil des tagesklinischen Programms im Vergleich zur ambulanten Therapie in Bezug auf die Untersuchung von Therapieverläufen liegt in der relativ einheitlichen Anzahl von Therapiesitzungen über eine relativ einheitliche Zeitdauer, oder mit anderen Worten, einer homogenen Therapiedosis. Sie ermöglicht eine diagnoseunabhängige Untersuchung der

Veränderungen von Therapieverläufen. In Anbetracht der o.g. Literatur sollen in Bezug auf den Therapieverlauf von Patienten mit bzw. ohne eine PS folgende Hypothesen geprüft werden:

Patienten mit einer PS haben im Vergleich zu Patienten ohne eine PS

- häufiger ein schlechteres Therapieergebnis
- häufiger chaotische (nonlineare) Therapieverläufe bzw. seltener lineare Verbesserungskurven
- häufiger Krisen innerhalb der Therapie.

Da die meisten Studien bezüglich Persönlichkeitsstörungen sich auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehen und diese Diagnose eine grosse Bedeutung in der Versorgung hat, wird diese Patientengruppe separat als eine Gruppe analysiert werden. Die Ergebnisse der Patienten mit einer BPS werden daher mit den Daten von Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen (aPS), sowie den Daten von Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (oPS) verglichen. Mit Hilfe dieser Methode erhoffen wir uns ein besseres Verständnis des Therapieverlaufs von oPS-, aPS- und BPS-Patienten.

Methodik

Studienteilnehmer

114 Patienten wurden initial in die Studie eingeschlossen. Für die weiter unten vorgestellten Verlaufsrechnungen wurden ausschließlich Therapieverläufe eingeschlossen, welche drei oder mehr der monatlichen Beobachtungspunkte nach dem Therapiebeginn aufwiesen. Dreizehn Patienten (11.4%) brachen die Therapie innerhalb der ersten drei Monate nach Therapiebeginn ab. Sie mussten a priori wegen einer unzureichenden Anzahl von Daten von den Analysen ausgeschlossen werden. Daten von 14 Patienten (12.4%) wurden wegen einer unzureichenden Anzahl vorhandener Daten bei an sich ausreichender Therapiedauer ausgeschlossen. Insgesamt konnten somit 87 Therapieverläufe (76.3% aller Therapieverläufe und 86.1 aller Therapieverläufe mit ausreichender Dauer) in die Berechnungen einbezogen werden. Ausgeschlossene Patienten zeigten eine geringere Symptomatik bei Therapiebeginn (SCL-90R-GSI-Score: 1.23 versus 1.61; Standardabweichung 0.51 versus 0.68; $t=2.96$; $p=.005$). Keine signifikanten Unterschiede konnten in Bezug auf Diagnose, Alter, Geschlecht, Arbeitslosigkeit, Therapiedauer, früherer ambulanter Behandlungen oder Anzahl stationär-psychiatrischer Vorbehandlungen gefunden werden.

Zu Beginn der Behandlung wurde die Diagnose von einem erfahrenen Psychologen mittels eines klinischen Interviews ermittelt. Der Diagnostiker war nicht mit dem Therapeuten identisch. Die Gesamtstichprobe teilte sich in Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (oPS $N=60$) und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (PS; $N=27$). Von diesen Patienten wurden bei 11 Patienten eine Borderline Persönlichkeitsstörung und bei 16 Patienten eine andere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. aPS-Patienten litten an folgenden PS: Ängstlich-vermeidende PS ($N=6$), Paranoide PS ($N=3$), Kombinierte PS ($N=3$), Dissoziale PS ($N=2$), Abhängige ($N=1$), Zwanghafte PS ($N=1$). Die Gruppen unterschieden sich nicht in Bezug auf Alter, Wohnsituation, Zivilstand, Arbeitslosigkeit, Diagnose einer depressiven Episode oder Gesamtsymptomatik bei Therapiebeginn (SCL-90R-GSI). PS- und oPS-Patienten unterschieden sich in Bezug auf das Geschlecht: BPS-Patienten war häufiger weiblich als oPS- und aPS-Patienten und hatten eine längere Vorbehandlungszeit bei ambulanten Therapien. oPS-Patienten litten häufiger unter einer Anpassungsstörung als aPS-Patienten, andere Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die Diagnosen fanden sich nicht (s. Tab. 1).

Tabelle 1. Soziodemographische und klinische Daten

	oPS (N=60)		BPS (N=11)		aPS (N=16)		Test-Wert	
	MW	SA	MW	SA	MW	SA	F	p
SCL-90R (GSI-Prätest)	1.53	0.64	1.81	0.96	1.81	0.58	n.s.	
Alter	27.50	6.99	27.24	5.91	28.13	6.08	n.s.	
Krankheitsdauer	4.12	2.51	6.55	2.21	4.88	2.83	4.41*	0.016
Stationäre Behandlungen	1.92	1.15	2.82	1.54	2.25	1.06	n.s.	
Ambulante Behandlungen	2.25	1.11	2.64	1.21	2.88	1.15	n.s.	
	N	%	N	%	N	%	Chi(2)	p
weiblich	36	60.0	11	100.0	10	62.5	6.66**	0.036
arbeitslos	26	43.3	5	45.5	8	50.0	n.s.	
ohne Partner	47	78.3	9	81.8	12	75.0	n.s.	
allein lebend	21	35.0	5	45.5	11	68.8	n.s.	
Aktuelle Störung	N	%	N	%	N	%	Chi(2)	p
Depressive Episode	25	41.7	5	45.5	10	62.5	n.s.	
Angststörung	13	21.7	1	9.1	4	25.0	n.s.	
Zwangsstörung	4	6.7	0	0.0	1	6.3	n.s.	
PTBS	10	16.7	2	18.2	0	0.0	n.s.	
Anpassungsstörung	10	16.7	0	0.0	1	6.3	n.s.	
Essstörung	20	33.3	4	36.4	4	25.0	n.s.	
andere	13	21.7	2	18.2	3	18.8	n.s.	
Anzahl Diagnosen	1.7	-	2.3	-	2.4	-	-	

oPS= ohne Persönlichkeitsstörung; BPS= Borderline Persönlichkeitsstörung; aPS= andere Persönlichkeitsstörung;

PTBS= Posttraumatische Belastungsstörung; n.s.= nicht signifikant

*BPS>oPD

**BPS>oPD; BPS>aPD

Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik

In dem 1996 eingeführten Psychotherapie-Tagesklinikprogramm werden 14 Patienten gleichzeitig behandelt. Die Aufnahme neuer Patienten erfolgt kontinuierlich. Die Patienten können vom ambulanten Psychotherapeuten, Psychiater, Hausarzt oder durch andere Institutionen zugewiesen werden. Eine Selbstzuweisung ist möglich. Die Dauer der Behandlung ist 12 Wochen und kann in der achten Woche um maximal acht weitere Wochen verlängert werden. Ausschlusskriterien sind eine Krankheit aus dem Schizophrenen Formenkreis sowie eine primäre Suchterkrankung. Einschlussalter ist 18 bis 55 Jahre. Ein- und Ausschlusskriterien siehe unten. In der ersten Therapiephase (Dauer: vier Wochen) werden psychodiagnostische Tests durchgeführt, individuelle Therapieziele formuliert und die therapeutische Beziehung aufgebaut. Diese beinhalten in der Regel bis zu zwei psychotherapeutische Ziele sowie maximal ein soziales Rehabilitationsziel, aus welchen ein Behandlungsplan abgeleitet wird. In der zweiten Phase, der Therapiephase (Woche 4 bis circa Woche 10) werden spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen in Gruppen- und Einzeltherapien durchgeführt. Hierbei kommen sowohl Gruppen, als auch Einzeltherapien zum Einsatz. In der dritten Phase (Rehabilitationsphase) steht die berufliche und soziale Rehabilitation im Zentrum der Therapie und die Therapie wird ausgeschlichen. Das Behandlungsteam umfasst vier klinische Psychologen, drei Psychiatriefachkräfte, einen Psychiater, drei weitere Therapeuten (Gestaltungs-, Bewegungs- und Kunsttherapie) und eine Sozialarbeiterin. Alle Mitglieder des therapeutischen Teams arbeiten Teilzeit, aufsummiert ergibt dies für das ganze Behandlungsteam sieben Vollstellen. Das Konzept der Station hat einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt. Das Behandlungsteam wird mit Hilfe einer wöchentlichen 2-stündigen Teamsitzung koordiniert. Aktuelle Probleme werden in der täglich stattfindenden Morgenbesprechung besprochen.

Die multimodale Therapie umfasst Einzeltherapie, Gruppentherapien mit spezifischer Indikation (z.B. Angstgruppe, Essgruppen) sowie Gesamtgruppen, an denen alle Patienten

teilnehmen. Die Einzeltherapie erfolgt zweimal pro Woche und dauert jeweils circa 50 Minuten. Spezifische Gruppen umfassen die Gruppe zu sozialen Fertigkeiten, ein DBT-Skills-Training (Dialektisch-Behaviorale Therapie) und Essgruppen. Alle spezifischen Gruppentherapien wurden von publizierter Manualen [z.B.: 17] adaptiert. Weiter kommen kreative Gruppen mit nonverbalen Elementen zum Einsatz (Gestaltungstherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie). Ferner werden Männer- und Frauengruppen durchgeführt. Ergänzend werden Grossgruppen angeboten, welche für alle Patienten verbindlich sind. Diese sind die tägliche Morgenrunde, die Freizeitgruppe, die Bewegungstherapie und die Wochenzielgruppe. Mit Ausnahme der 20-minütigen Morgenrunde finden alle Gruppen in einem wöchentlichen Turnus statt und dauern 60 bis 100 Minuten. Die Gesamttherapiezeit pro Patient beträgt im Mittel 15 Stunden pro Woche.

Die Behandlungsergebnisse der Berner Psychotherapieklinik wurden evaluiert und sind vergleichbar mit denen stationärer Psychotherapieprogramme [15].

Messmittel

Es findet eine Basisdokumentation der soziodemographischen Variablen zu Beginn und eine Erfassung der Gesamtsymptomatik mittels SCL-90R zu Beginn und am Ende statt. Zur Messung des Therapieverlaufes wurde der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens [VEV; 18] eingesetzt. Der VEV ist ein Selbsterfassungsinstrument mit 42 Items, vom Patienten mittels einer 7-Punkt Likertskaala (0-3 Verschlechterung, 4= keine Verbesserung, 5-7 Verbesserung) einzuschätzen. Alle Items beziehen sich auf die Veränderung seit dem Beginn der Therapie und fliessen in den Gesamtscore ein, Subscores werden im Manual nicht angegeben. Bei einer Nullveränderung wird im Fragebogen somit ein Gesamtscore von 168 (42x4) erreicht. Der Fragebogen wurde gewählt, weil er geeignet ist, Veränderungen innerhalb einer psychotherapeutischen Behandlung quantitativ zu erfassen. Für den VEV liegt ein validiertes Manual mit Normwerten für klinische Populationen vor. Der Fragebogen hat den Vorteil direkt die Veränderung zu messen, im Gegensatz zu anderen Erhebungsinstrumenten, bei denen Veränderungen durch Subtraktion zweier Werte berechnet wird mit der Konsequenz eines verdoppelten Messfehlers. Der VEV ist als klinischer Fragebogen und als Forschungsfragebogen entwickelt worden. Er ermöglicht eine Auswertung einzelner Therapieverläufe sowie die Erfassung von Gruppenverläufen. Gemäss dem Manual des VEV entspricht eine Veränderung von 19 Punkten gegenüber dem zu erwartenden Wert (Nullveränderung) eine signifikante Verbesserung bzw. Verschlechterung innerhalb eines Therapieverlaufes. Als Nachteil muss genannt werden, dass beim VEV Decken- und Bodeneffekte auftreten können. Im VEV werden die Ergebnisse des Therapieverlaufes in einem Score zusammengefasst, wodurch aber die Anzahl der durchzuführenden Analysen klein gehalten werden kann. Der VEV wurde auch als Messung am Therapieende eingesetzt, was einen direkten Vergleich des VEV mit der Veränderung der Gesamtsymptomatik (SCL-90R) erlaubt. Der VEV wurde nach einem Monat, nach zwei Monaten sowie am Ende der Therapie gegeben. Dies führt unter Berücksichtigung des Referenzpunktes (Beginn der Therapie) zu insgesamt 4 Messpunkten. Anzumerken ist, dass der Zeitraum zwischen dem zweiten Wert und dem letzten Wert variiert, dies wurde dadurch berücksichtigt, dass die Therapieveränderung jeweils mit der individuellen Therapiedauer (in Tagen) in Beziehung gesetzt wurde. Der behandelnde Therapeut war blind bezüglich der Ergebnisse des VEV.

Analyse der Therapiesequenzen (Sequenzanalyse)

Es wurden die Veränderungen während der Anfangsphase (Veränderungen zwischen Beginn und dem ersten VEV), der Therapiemittelphase (zwischen ersten und zweiten) und der Therapieabschlussphase (zwischen zweiten und letzten VEV) analysiert. Es wurden t-Tests eingesetzt, um die Gruppen zu vergleichen. Falls die Voraussetzungen für parametrische Tests nicht erfüllt waren, wurden Wilcoxon-Tests eingesetzt.

Krisen

Das Manual des VEV definiert einen Wert, welcher 19 Punkte unter der Nullveränderung liegt, als eine signifikante Verschlechterung, welche im Folgenden als Krise bezeichnet wird. Jeder Therapieverlauf wurde individuell analysiert und ermittelt, ob und wann ein Patient eine solche kritische Verschlechterung aufwies. Die Präsenz oder Absenz einer Krise wurde mittels χ^2 -Tests auf Gruppenebene verglichen.

Kurvenestimationen

Kurvenestimationen vergleichen die Messwerte der Therapieverläufe mit “idealen“ mathematischen Modellen und können daher nur sehr vereinfacht den wahren Verlauf von Therapien wiedergeben. Bei einer Kurvenestimation wird analysiert, wie gut ein individueller Therapieverlauf in eine idealtypische mathematische Kurve „hineinpasst“. Multiple Faktoren, wie zum Beispiel interpersonelle Interaktionen oder externe Vorkommnisse können den Verlauf der Therapie beeinflussen. Wie in nahezu allen Studien im Bereich Psychotherapie erfolgte die Datenerfassung punktuell an spezifizierten Zeitpunkten und nicht kontinuierlich. Es wurden bei allen Patienten 4 Messpunkte (Startpunkt plus drei Messpunkte) in die Analyse einbezogen. Da die Kurvenestimation stark von der Anzahl der Messzeitpunkte abhängt, wurde durch das gewählte Vorgehen, die Verwendung der gleichen Anzahl von Messpunkten bei jedem Patienten, ein systematischer Bias vermieden. Bei der Kurvenestimation wurde der jeweilige VEV in Bezug zu der Therapiedauer (in Tagen) zu diesem Zeitpunkt einbezogen. Mit Hilfe des in SPSS 11.5 vorgegebenen Analyse von Kurvenestimationen wurden die individuellen Verläufe mit folgenden mathematischen Modellen verglichen:

1. Lineare Kurve: $Y = b_0 + b_1 \cdot x$ (Y = VEV-Wert; b_0 : Wert zu Beginn der Therapie; b_1 : Steigung der Geraden; X = Tage seit Beginn der Therapie). Da der Beginn der Therapie der Referenzpunkt der Veränderung darstellt, und somit einer Nullveränderung entspricht, entspricht b_0 bei der hier verwendeten Methode dem Wert 0.

2. Log-Lineare Kurvenestimation: In analoger Weise wurde geprüft, ob die Werte einem log-linearen Verlauf entsprechen, was der klinischen Frage entspricht, ob ein Therapie-Sättigungseffekt vorhanden ist. Die Formel für log-lineare Verläufe war: $y = b \ln(x+1)$. Um eine log-lineare Analyse durchführen zu können, mussten die Daten adaptiert werden. Die Addition von 1 bei dem Zeitwert berücksichtigt den mathematischen Sachverhalt, dass der natürliche Logarithmus von 1 null ist [$\ln(1)=0$], was dem Sachverhalt entspricht, dass bei der verwendeten Methodik am Anfang per definitionem keine Veränderung messbar ist.

Es wurde geprüft, ob PS-Patienten (und besonders BPS-Patienten) insgesamt seltener reguläre Verbesserungskurven (linear oder log-linear) haben. Verlaufskurven, welche die 5%-Signifikanzgrenze (F-Test) für lineare oder log-lineare Verläufe überschritten, wurden als (im weiteren Sinne) lineare Verlaufskurven definiert, Verläufe welche dieses Kriterium nicht erfüllten, wurden als nonlineare (chaotische) Therapieverläufe klassifiziert. Im nächsten Schritt wurden χ^2 -Tests eingesetzt, um zu prüfen, ob die verschiedenen Gruppen häufiger nonlineare oder lineare Verläufe aufweisen. Beispiele für log-lineare, lineare und nonlineare Verläufe sind in Abbildung 1a-c dargestellt.

Abb 1a: Beispiele für lineare Therapieverlaufskurven

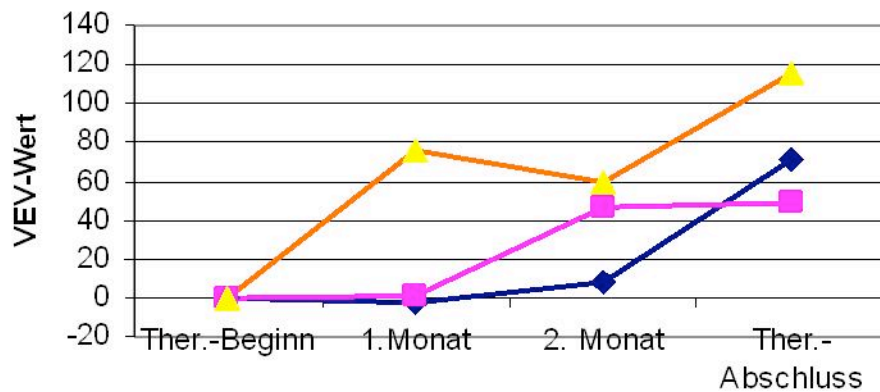


Abb 1b: Beispiele für log-lineare Therapieverlaufskurven

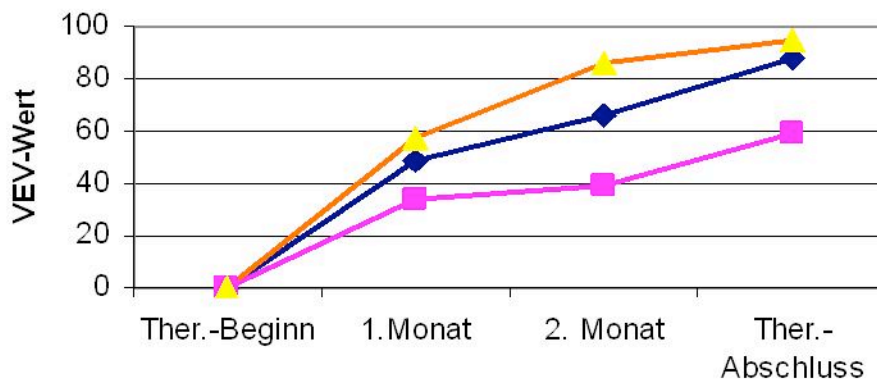


Abb. 1c: Beispiele für non-lineare Therapieverlaufskurven

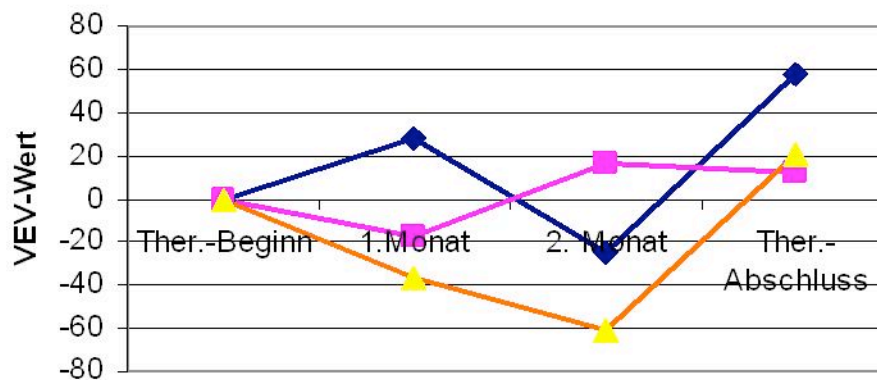


Abbildung 1a-c. Beispiele für individuelle Therapieverlaufskurven auf der Basis wiederholter VEV-Selbsteinschätzungen

Ergebnisse

Prä-Post Analyse

Bei allen Gruppen und Untergruppen wurde eine signifikante Verbesserung der Symptomatik (SCL-90R-GSI) zwischen Therapiebeginn und Therapieende gefunden (gepaarter t-Test; Gesamtstichprobe: $t = 7.99$, $p < .001$, oPS: $t = 6.53$, $p < .001$; BPS $t = 2.87$, $p = .017$; aPS: $t = 3.56$, $p = .003$). oPS-Patienten zeigten eine grössere Reduktion im GSI im Vergleich zu PS-Patienten (ANOVA für Messwiederholungen: $F = 6.11$, $p = .015$). Korrespondierend zu diesen Ergebnissen wurde eine signifikante Verbesserung im VEV für die Gesamtgruppe und für PS-Patienten gefunden (Gesamtstichprobe: t-Test, $t = 7.44$, $p < 0.01$; oPS: t-Test, $t = 8.45$, $p < .001$), wohingegen PS-Patienten sowie ihre beiden Untergruppen die 5% Signifikanzgrenze verfehlten. Die Korrelation zwischen VEV und SCL-90R-GSI lag bei $r = 0.49$ ($p < .001$).

Sequenzanalyse

Ein signifikanter Gruppenunterschied konnte nur in der Mittelphase der Therapie gefunden werden. Die Verbesserung war hier höher bei der oPS-Gruppe im Vergleich zur PS-Gruppe ($t = 3.274$; $p = .002$). Dieser Unterschied war auch dann signifikant, wenn die Daten der männlichen Patienten von den Analysen ausgeschlossen wurden ($t = 2.35$; $p = .023$) und ist somit unabhängig vom Geschlecht. Weiterhin fand sich ein Unterschied zwischen der oPS-Gruppe und der aPS-Gruppe (post-hoc Scheffe; $p = .033$). Ferner fand sich eine Trend für einen Unterschied zwischen der oPS- und der BPS-Gruppe (post-hoc Scheffe; $p = .074$). Keine Unterschiede fanden sich für den ersten Monat und in der Therapieendphase (s. Abb. 2).

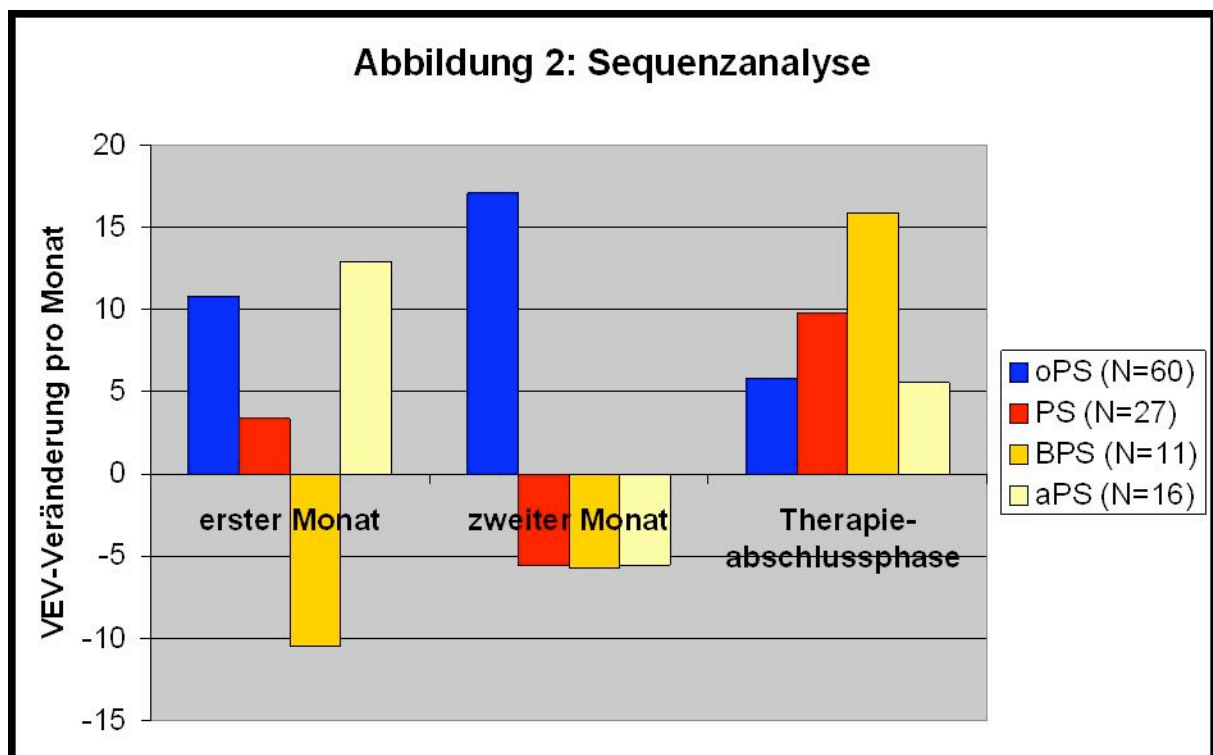


Abbildung 2. Sequenzanalyse: VEV-Veränderungen pro Patientengruppe

Krisen

Kein signifikanter Unterschied in Bezug auf Krisen konnte in der Anfangsphase beobachtet werden. In der Mittelphase wurden bei den PS-Patienten im Vergleich zu den oPS-Patienten häufiger Krisen gefunden ($\chi^2 = 6.37$, $p = 0.012$). 45.5% der BPS-Patienten geben hier eine krisenhafte Verschlechterung an, im Vergleich zu 13.3% bei den oPS-Patienten ($\chi^2 = 6.412$,

$p=0.011$). 30 % aller aPS-Patienten hatten eine Krise in der Therapiemittelphase, sie lagen somit zwischen den oPS und BPS Patienten und unterschieden sich (statistisch) nicht signifikant von beiden Gruppen. Bei der Analyse der Krisen über die gesamte Behandlung wurden ähnliche Resultate gefunden: PS-Patienten hatten häufiger krisenhafte Verschlechterungen als oPS-Patienten (χ^2 : 4.72, $p=0.030$).

Tabelle 2. Krisen während der Behandlung

	oPS		PS		BPS		aPS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Krise im ersten Monat der Therapie	6	10	7	25.9	3	27.3	4	25
Krise im zweiten Monat der Therapie	8	13.3	10	37	5	45.5	5	31.3
Krise während der gesamten Therapiedauer	13	21.7	12	44.4	7	63.3	5	31.3

oPS= ohne Persönlichkeitsstörung; PS=Alle Persönlichkeitsstörungen, BPS= Borderline Persönlichkeitsstörung; aPS= andere Persönlichkeitsstörung;

Kurvenestimation

Acht Therapieverläufe mussten zusätzlich von den Analysen ausgeschlossen werden, da sie bei Therapieabschluss ein negatives Therapieergebnis aufwiesen (letzter VEV mehr als 19 Punkte unter der Nullveränderung). PS-Patienten waren häufiger in dieser Gruppe zu finden ($\chi^2= 7.96$, $p= .005$). Diese Ergebnisse hätten zu negativen Steigungskoeffizienten geführt, ein Ergebnis, welches die Interpretation der Ergebnisse deutlich erschwert hätte. Alternativ hätten diese Kurven auch als nonlinear klassifiziert werden können (im Sinne einer fehlenden linearen Verbesserung). Alle Analysen wurden zusätzlich mit allen Patienten durchgeführt, führten jedoch nicht zu einer prinzipiellen Veränderung der Ergebnisse und werden daher hier nicht detailliert dargestellt.

Keine Unterschiede wurden bei der Hauptgruppenanalyse gefunden: PS-Patienten und oPS-Patienten zeigten keine Unterschiede. Prononcierte Unterschiede zeigten sich aber zwischen BPS-Patienten und allen anderen Gruppen. BPS-Patienten zeigten häufiger non-lineare Verläufe sowohl als oPD- ($\chi^2= 6.08$, $p= .01$) als auch gegenüber aPS-Patienten ($\chi^2= 4.25$, $p= .04$). Ein log-linearer Verlauf wurde bei keinem BPS-Patienten gefunden, aber in etwa einem Drittel von oPS und aPS-Patienten (BPS vs. oPD: $\chi^2= 6.13$, $p= .01$; BPS vs. aPD: $\chi^2= 6.75$, $p= .01$). Siehe Tabelle 3.

Tabelle 3. Kurvenestimationen (Annäherung an Idealverläufe mathematischer Kurven)

Mathematische Funktion	oPS		PS		BPS		aPS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
positiv log-linear	18	30.0	5	18.5	0	0.0	5	31.3
positiv-linear	20	33.3	5	18.5	2	18.2	3	18.8
non-linear	20	33.3	11	40.7	7	63.6	4	25.0
negatives Therapieergebnis	2	3.3	6	22.2	2	18.2	4	25.0
total	60	100	27	100	11	100	16	100

Diskussion

Die Hypothesen konnten weitgehend bestätigt werden: Patienten mit einer PS hatten insgesamt ungünstigere Therapieergebnisse, zeigten instabilere Verbesserungskurven sowie häufiger Krisen während der Behandlung. Unsere Ergebnisse belegen weiterhin, dass bei PS-Patienten Krisen insbesondere in der zweiten Therapiephase beobachtet werden können. Eine

mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass die Ergebnisse bereits in der ersten Therapiephase vorhanden sind, aber wegen geringer statistischer Power der Studie (bedingt durch die relativ kleine Stichprobe) keine statistische Signifikanz erreichen. Diese Vermutung wäre im Einklang mit den numerischen Daten. Aber selbst ein solches Ergebnis hätte an der Hauptaussage „PS-Patienten zeigen insbesondere in der ersten Phase der Therapie häufiger krisenhafte Verschlechterungen“ nichts verändert. Warum sich diese Verlaufsmuster ergeben, können die Daten der Studie nicht beantworten und sollte in zukünftigen Studien fokussiert werden.

Ganz allgemein scheinen die therapeutischen Beziehungen eine zentrale Rolle im multimodalen Tagesklinikbehandlung zu spielen [19, 20]. Ausserdem sind eine emotionale Instabilität und eine Instabilität von Beziehungen definierende Kriterien der BPS. Es überrascht daher nicht, dass ganz allgemein Krisen und nonlineare Prozesse am häufigsten in dieser Gruppe gefunden wurden. Ein anderer möglicher Grund für die Verschlechterungen im 2. Monat der Therapie könnte aber auch das von M. Linehan beschriebene Phänomen der Pseudokompetenz bei BPS-Patienten sein [17]. Entsprechend dem Konzept bleiben Kompetenzeinbussen der BPS-Patienten in der Therapie zunächst verborgen und werden erst nach einiger Zeit deutlich, wenn zentralere emotionale Phänomene in der Therapie fokussiert werden. Ganz unabhängig von der Ursache der häufigeren Krisen zeigen die Ergebnisse der Studie auf, dass Erwartungen an den Therapiefortschritt bei PS-Patienten und insbesondere bei BPS-Patienten modifiziert werden müssen. Der Therapeut sollte gewahr sein, dass auch bei unkompliziertem Beginn der Therapie häufiger Krisen bei PS-Patienten erwartet werden können. Turbulente Therapieverläufe (nonlineare Kurven und Krisen) können auch als Warnzeichen eines drohenden Therapieabbruchs angesehen werden. Eine durchgehende Prüfung, ob eine Verschlechterung vorliegt, ebenso wie Krisenmanagementtechniken sind schon daher wichtige Elemente in Therapie von PS-Patienten.

Ist die krisenreichere Zeit in der Therapie von PS-Patienten überstanden, so ist das Ausmass der Besserung vergleichbar zwischen PS- und oPS-Patienten. Die Kurve der Verbesserung ist quasi zeitlich verschoben, PS-Patienten verbessern sich somit häufig erst nach dem Durchstehen der turbulenten Anfangszeit. Dieses Ergebnis ist im Einklang mit Tyrer et al. [21], der fand, dass PS-Patienten im Vergleich zu oPS-Patienten längere Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern aufweisen. Für die Therapieplanung von PS-Patienten erscheint es daher sinnvoll, bei diese Diagnosegruppe von vornherein eine längere Therapiedauer vorzusehen, wie dies in für PS-Patienten spezialisierten Programmen in der Tat häufig gemacht wird [z.B. 22]. Die Notwendigkeit einer längeren Therapiedauer wird insbesondere bei BPS-Patienten zusätzlich durch das Ergebnis unterstrichen, dass hier weniger log-lineare Verläufe beobachtet wurden. Ein Sättigungseffekt der Therapie wurde zumindest bei BPS-Patienten in diesem Behandlungsprogramm nicht erreicht.

Die vorliegende Studie wurde entwickelt um den Therapieverlauf auf einer quantitativen Basis abbilden zu können. Der eindeutige Vorteil des in dieser Studie verwendeten VEV liegt in der Möglichkeit Veränderungen seit Therapiebeginn direkt messen zu können. Ein wesentlicher Nachteil der direkten Veränderungsmessung ist aber in dem Fehlen des Ausgangswertes zu sehen. Es erscheint daher ratsam, eine Veränderungsmessung durch eine Messung von momentanen Zuständen zu ergänzen. In unserem Fall wurde hier der häufig angewandte SCL-90R eingesetzt.

Die Studie weist verschiedene kritische Punkte auf: Die Anzahl der Patienten in den Untergruppen war relativ gering und schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Die im Manual vorgegebene signifikante Individualverschlechterung (19-Punkt Abweichung im VEV) führte zu dichotomen Daten. Die Anzahl der Datenpunkte war gering und verunmöglichte andere in der Verlaufsanalyse häufig angewandte Methoden wie z.B. Zeitreihenanalysen [23]. Die Therapien für verschiedenen Störungen sind unterschiedlich, es ist daher möglich, dass die Therapien selbst einen systematischen Einfluss auf den Verlauf haben. Die Varianz der Gesamttherapiedauer der Therapiegruppen ist problematisch, kann aber in einer naturalistischen Studie nicht völlig vermieden werden.

Literatur

- 1 SCHÜTZWOHL M, KOCH R, KALLERT TW. Prädiktoren für den psychopathologischen Entlassungsbefund bei akutpsychiatrischer, tagesklinischer und vollstationärer Behandlung - Ein Settingvergleich im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Untersuchung. *Psychiatr Prax* 2006;33:226-32.
- 2 KARP JF, FRANK, E., ANDERSON, M. S., GEORGE, CJ, REYNOLDS, CF, MAZUMDAR, S, KUPFER, DJ. Time to remission in late-life depression: analysis of effects of demographic, treatment, and life-events measures. *Depression* 1993;1:250-256.
- 3 NEWTON-HOWES G, TYRER P, JOHNSON T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006;188:13-20.
- 4 PILKONIS PA, FRANK E. Personality pathology in recurrent depression: nature, prevalence, and relationship to treatment response. *Am J Psychiatry* 1988;145:435-41.
- 5 FRICKE S, MORITZ S, ANDRESEN B, et al. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiatry* 2005;in press.
- 6 BRIEGER P, EHRT U, BLOEINK R, MARNEROS A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:304-9.
- 7 HARO G, MATEU C, MARTINEZ-RAGA J, VALDERRAMA JC, CASTELLANO M, CERVERA G. The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Eur Psychiatry* 2004;19:187-92.
- 8 CHIESA M, DRAHORAD C, LONGO S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *Br J Psychiatry* 2000;177:107-11.
- 9 GUNDERSON JG. *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1984.
- 10 LUTZ W. Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *J Clin Psychol* 2003;59:745-50.
- 11 HOWARD KI, MORAS K, BRILL PL, MARTINOVICH Z, LUTZ W. Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *Am Psychol* 1996;51:1059-64.
- 12 KADERA SW, LAMBERT, MJ, ANDREWS, AA. How much therapy is really enough? - A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *J Psychother Pract Res* 1996;5:132-151.
- 13 KRAUSE MS, HOWARD KI, LUTZ W. Exploring individual change. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:838-45.
- 14 GAYNOR ST, WEERSING VR, KOLKO DJ, BIRMAHER B, HEO J, BRENT DA. The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: a comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:386-93.
- 15 REISCH T, TSCHACHER, W, THOMMEN, M. Cognitive behavioural day treatment for patients with and without a personality disorder. *Psychiatric Times* 2002;19:72-75.
- 16 REISCH T, THOMMEN M, TSCHACHER W, HIRSBRUNNER HP. Outcomes of a cognitive-behavioral day treatment program for a heterogeneous patient group. *Psychiatr Serv* 2001;52:970-2.
- 17 LINEHAN MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993.
- 18 ZIELKE M, KOPF-MEHNERT, C. *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verlaufes*. Göttingen, Germany: Hogrefe, 1979.
- 19 GUTKNECHT H. Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten - Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebte Veränderungen. *Psychiatr Prax* 2005;32:342-8.
- 20 EICHLER T, SCHÜTZWOHL M, GLOCKNER M, MATTHES C, KALLERT TW. Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung.

Auswertungen offener Fragen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung. Psychiatr Prax 2006;33:184-90.

- 21 TYRER P, MANLEY C, VAN HORN E, LEDDY D, UKOUMUNNE OC. Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. Eur Psychiatry 2000;15 Suppl 1:7-10.
- 22 BATEMAN AW, FONAGY P. Mentalization-based treatment of BPD. J Personal Disord 2004;18:36-51.
- 23 TSCHACHER W. The dynamics of psychosocial crises: time courses and causal models. J Nerv Ment Dis 1996;184:172-9.