

## Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen

Franziska Bohlmann, Andreu Granell, Dario Petrelli  
Institut für Psychologie  
Universität Bern

25.11.2013,  
Psychopathologische Prozesse und psychologische  
Interventionen I

## Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Persönlichkeitsstörungen

---

- I. Allgemeiner Überblick: Persönlichkeitsstörungen und KVT-Grundlagen
- II. Diathetische Perspektive: Borderline Störung
- III. Entwicklungspathologische Perspektive: Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie (SET)

## I. Allgemeiner Überblick: Persönlichkeitsstörungen und KVT-Grundlagen

- > Persönlichkeitsstil vs. –störung und ihre Abgrenzung
- > Klassifikation, Störungsübergreifende Merkmale und Komorbidität
- > Ätiologie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell
- > Kognitive Verhaltenstherapie: Training der sozialen Fertigkeiten und Indikation

## Persönlichkeit(-sstil) oder Persönlichkeitsstörung?

### Persönlichkeit(-sstil)


„Die einzigartigen psychologischen Eigenschaften eines Individuums, die eine Vielzahl von charakteristischen (offenen und verdeckten) Verhaltensmuster über verschiedene Situationen und den Lauf der Zeit hinweg beeinflusst“ (Gerrig & Zimbardo, 2008)

- Persönlichkeitsentwicklung findet über das ganze Leben statt
  - Beeinflussbarkeit und Veränderungen sind möglich (= Salutogenese)
  - Basis für psychotherapeutische Behandlung

### Persönlichkeitsstörung (DSM-IV-TR):

- überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten
  - Weicht von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung ab
  - tiefgreifend und unflexibel
  - Beginn in der Adoleszenz oder frühen Erwachsenenalter
  - Zeitverlauf stabil
  - führt zu Leid oder Beeinträchtigungen

## Persönlichkeit-(sstil) oder Persönlichkeitsstörung?

Bsp.- Person	Persönlichkeitsstil	Persönlichkeitsstörung (Bsp.-Kriterien DSM-IV-TR)
Taxifahrer Paul, 34 J., ledig 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorliebe für Unternehmen alleine → Jobwahl</li> <li>- Gleichgültig gegenüber Kritik und Lob → „Ich mach nur mein Job“</li> <li>- Wenig Freunde → flexible Arbeitsschicht + „Familie ist mir wichtiger“</li> <li>- Zurückhaltend Typ</li> </ul>	Schizoide (mind. 4 Kriterien) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fast nur einzelgängerische Unternehmen</li> <li>- Gleichgültig gegenüber Kritik und Lob</li> <li>- Keine engen Freunde ausser Verwandte ersten Grades</li> <li>- Emotionale Kälte, Distanziertheit oder eingeschränkte Affektivität</li> </ul>

### Fazit:

Grenze zwischen Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung ist meist eine Frage des Ausprägungsgrades und des Leiden des Patienten

Bildquelle: <http://deutsch.istockphoto.com/stock-illustration-21222551-cartoon-taxi.php>, Stand: 19.11.13

5

## Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen (PS)

	ICD-10	DSM-IV-TR / DSM-5
<u>Cluster A</u> sonderbar, exzentrisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- paranoide PS</li> <li>- schizoide PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- paranoide PS</li> <li>- schizoide PS</li> <li>- schizotypische PS</li> </ul>
<u>Cluster B</u> dramatisch, emotional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- emotional instabile PS</li> <li>- histrionische PS</li> <li>- dissoziale PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Borderline PS</li> <li>- histrionische PS</li> <li>- antisoziale PS</li> <li>- narzisstische PS</li> </ul>
<u>Cluster C</u> ängstlich, vermeidend	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ängstliche PS</li> <li>- abhängige PS</li> <li>- anankastische PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- selbst-unsichere PS</li> <li>- dependente PS</li> <li>- zwanghafte PS</li> </ul>

- PS sind im DSM-5 nicht mehr auf Achse II (→ keine Achsen mehr)
- DSM-5 bietet zusätzlich eine dimensionale Klassifikationsalternative

6

## Störungsübergreifende Merkmale

- Komplexe Störung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhalten
- Störung des emotionalen Erleben
- Störung der Realitätswahrnehmung
- Störung der Selbstwahrnehmung & Selbstdarstellung
- Störung der Impuls- und Selbstkontrolle

## Komorbidität

Bsp.

- >50% Schizophrene Patienten  
+ schizotypische/narzisstische/dependente PS
- ca. 50% depressive Patienten  
+ dependente/ histrionische/ zwanghafte/ selbstunsichere/  
Borderline PS

Aus PS häufig entstehend:

- Schizotypische PS → manifeste Schizophrenie
- Boderline PS → Depression/ Bipolare Störung
- Narzisstische PS → affektive Störung

## Ätiologie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

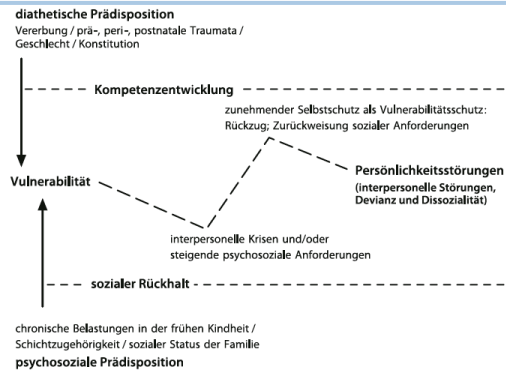


Abb. 1  
Fiedler, 2009  
von Fiedler, 2007

### Aufrechterhaltung

- Selbstschutz führt zu Strategien, die aus der Sicht des Patienten interpersonelle Umgangsformen schützen → noch mehr Ablehnung, Kritik & Feindseligkeit
- Strategien beinhalten aber auch immer die Stärken jedes einzelnen Menschen

9

## (kognitive) Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen

### Beginn:

Ab 1980er erste VT-Forschung

### Behandlung:

- Nicht PS selbst wird behandelt, sondern die daraus ergebenden störungsübergreifenden Merkmale
  - Komplexen Interaktionsstörung, Selbstwahrnehmung, etc.
- Häufig als Kurzzeittherapie konzipiert
  - 20-25 Sitzungen
  - Auf Realität und Gegenwart bezogen → konkrete Änderungen im Fokus

Bsp. VT-Behandlungsmanuale: Bohus et al. 2004, Beck et al., 1993, Fiedler et al., 2003, Young, 1990

10

## Training der sozialen Fertigkeiten

- In Einzel- oder Gruppentherapie möglich
- Defizite in zwischenmenschlichen Beziehungen als Schwerpunkt:
  - Eigene Bedürfnisse auf sozial akzeptierbare Weise ausdrücken
  - Pos./neg. Gefühle ausdrücken
  - Für berechnigte Wünsche eintreten → realitätsbezogen

→ Ziel: „Sozial bezogene Autonomie“

## Indikation I: Schweregrad der akuten Störung

### Phasenmodell zur Bestimmung der Therapiestrategie

	Symptomatik	Therapieschwerpunkt	Rolle des Therapeuten
Stadium I	Schwere, möglicherweise gefährliche Probleme der Selbst- bzw. Fremdgefährdung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrolle über Verhalten wieder erlangen</li> <li>- Einbezug von psychosozialen stabilisierenden Faktoren</li> </ul>	Kann unter Umständen als „Anwalt des Patienten“ einspringen → beziehungsfördernd
Stadium II	Schweres traumatisierendes Leid auf der emotionalen Ebene und/oder extrem verunsichernde zw.-menschliche Konflikte	Stabilisierung: 1. Vermittlung von Fähigkeiten zur unmittelbaren Emotionsregulation 2. Ansätze vermitteln für Konfliktlösung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilft zu strukturieren</li> <li>- Sachliche &amp; nüchterne Bestandsaufnahme (→ emotionale Beruhigung)</li> </ul>

## Indikation I: Schweregrad der akuten Störung

	Symptomatik	Therapieschwerpunkt	Rolle des Therapeuten
Stadium III	Gravierende Probleme der allg. Lebensführung und hochkomplexe Störung des zw.-menschlichen Beziehungsverhalten	Gleich wie bei Stadien I + II	Gleich wie Stadien I + II
Stadium IV	Gefühle der Unzufriedenheit und Unerfülltheit oder auch ein allg. Insuffizienzerleben der betroffenen Person	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bestandsaufnahme der jeweiligen Lebensentwicklung &amp; Lebensumstände</li> <li>→ häufig als Gruppentherapie</li> </ul>	Gleich wie Stadien I + II

Wichtig: Stadienwechsel = Therapiestrategie anpassen → Vorsicht vor methodenrestriktive Vorgaben einiger Therapieansätze und Manualen

13

## Indikation II: Behandlungsstrukturen & Grundprinzipien der KVT

	Empfohlen für	Ziele
<u>Strategie 1</u> Strukturierte Therapieangebote mit klaren und eindeutigen Zielvorgaben (→ norm- und wertorientiert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schizotypische PS</li> <li>- Borderline PS</li> <li>- dissoziale PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufbau von Selbstsicherheit &amp; Selbstvertrauen</li> <li>- Entwicklung von Sinnperspektiven &amp; Werthaltungen</li> <li>- Unterbindung/ Unterbrechung von selbst-/ fremddestruktive Handlungen</li> <li>- Stärkung der funktionalen Normorientierung des eigenen Handelns</li> </ul>
<u>Strategie 2</u> Hochgradige personenzentrierte und beziehungsorientierte Therapieangebote zur Förderung von Offenheit gegenüber Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dependente PS</li> <li>- zwanghafte PS</li> <li>- schizoide PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behutsame Reflexion bisheriger Lebensleit-orientierungen</li> <li>- Beziehungslernen → Selbstaktualisierung &amp; sich auf neue Erfahrungen einlassen</li> </ul>

14

## Indikation II: Behandlungsstrukturen & Grundprinzipien der KVT

	Empfohlen für	Ziele
<b>Strategie 3</b> Strukt. Therapieangebote zum Aufbau zwischenmenschlicher Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dependente PS</li> <li>- selbstunsichere PS</li> <li>- schizotypische PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufbau &amp; Entwicklung zwischenmenschlicher Autonomie</li> </ul>
<b>Strategie 4</b> Interpersonell orientierte Therapie zur Förderung von Bindungskompetenzen und Vertrauen in soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schizoide PS</li> <li>- paranoide PS</li> <li>- dissoziale PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung der Bindungskompetenzen</li> <li>- Vertrauen in soz. Beziehungen</li> </ul>
<b>Strategie 5</b> Therapieangebot mit Fokusbildung im Bereich konkreter zwischenmenschlicher Krisen und Konflikte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paranoide PS</li> <li>- Narzisstische PS</li> <li>- histrionische PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosoziale Feedback geben lernen</li> <li>- Mit neg./pos. Feedback umgehen lernen</li> </ul>

15

## Fazit

- > Zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung gehören:
  - Diathetische & psychosoziale Prädispositionen
  - Vulnerabilität
  - (interpersonelle Krise)
  - Maladaptive Bewältigungsstrategien → wiederkehrende negative Erfahrungen
  
- > Der Therapeut muss während des gesamten Therapieverlaufs sensibel auf Veränderungen des Patienten zwischen den Schweregradstadien reagieren → Therapiestrategieanpassung!

16



## II Diathetische Perspektive: Borderline Störung

- > Einführung in die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)
- > Psychotherapie der BPS
  - Gemeinsamkeiten der störungsspezifischen Behandlungsformen
    - Dialectical Behavior Therapy (DBT)
- > Fazit und zusätzliche Fakten

## Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

### Definition

- Schwerwiegende Störung der Affektregulation begleitet von verzerrten Wahrnehmung des Selbstbildes und des zwischenmenschlichen Verhaltens
- Erste Anzeichen sind starke Stimmungsschwankungen, aggressive Durchbrüche und schwere Selbstzweifel

### Epidemiologie und Verlauf

- BPS-Punktprävalenz (Häufigkeit zu definiertem Zeitpunkt in der Allgemeinbevölkerung) = 0.8% - 2%
- Geschlechtsverhältnis ausgeglichen  
ABER 70% der Patienten die Psychotherapeutische Behandlung suchen sind Frauen

## Definition, Epidemiologie und Verlauf

Männer tendieren eher zu Fremdaggression als Selbstverletzung  
→ forensischen Abteilung / Justiz

- Entwicklung meist in der frühen Adoleszenz (gewisse Fälle Grundschulalter)
- 80% begehen Selbstmordversuch / 85% Selbstverletzendes Verhalten
- Beträchtliches Inanspruchnahmeverhalten dieser Patientengruppe für die Versorgungsstrukturen  
Bsp.: In Deutschland 3.5 Milliarden im Jahr, ca. 25% der Gesamtkosten für stationärer Behandlung von psychischen Störungen  
- Etwa 15% aller Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken erfüllen BPS Kriterien / Jahresdurchschnittliche Liegezeit = 70 Tage
- Neuere Studien aus den USA zeigen jedoch eine ermutigende Abnahme in der Psychopathologie im Laufen der Zeit (nur noch 65% nach 2 Jahre)

## Diagnostik

Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV-TR (mind. 5. über längere Zeit)

### Affektivität

1. Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu Kontrollieren
2. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
3. Chronisches Gefühl der Leere

### Impulsivität

4. Impulsivität in mind. 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Sexualität, Substanzmissbrauch oder Fressanfälle)
5. Wiederkehrende Suiziddrohungen,- andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten

### Kognition

6. Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome
7. Identitätsstörung: eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst

### Interpersoneller Bereich

8. Verzweifeltes Bemühen, reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern
9. Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen

## Klinische Diagnostik

### Mitteln zur Operationalisierung und Schweregraddefinierung der Symptomatik

#### Leitsymptome

- Einschließende intensive aversive Anspannung, Selbstverletzung, starke Affektschwankungen, chronische Suizidalität

#### Operationalisierung

- Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (SKID II)  
- „International Personality Disorder Examination, Borderline-modul“ (IPDE)

#### Schweregradeinschätzung

- Borderline-Symptom-Liste (BSL)  
- Zanarini-Scale-Fremdrating (ZAN-Skala)

#### Komorbidität

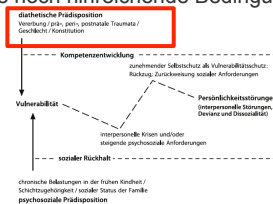
- Strukturiertes klinisches Interview für Achse-I- Störungen, nach DSM-IV (SKID I)

## Ätiologie und Symptomatik

### Ätiologie

- **Bevorzugtes ätiologisches Modell**

- Wechselwirkung zwischen genetischen - psychosozialen Variablen sowie Vorhandenseins dysfunktionaler Verhaltens- und Interaktionsmustern
  - Zwillingsstudie erhebliche genetische Bedeutung (Torgerson et al. 2000)
  - Psychosoziale Belastungsfaktoren  
Sexuelle Gewalterfahrungen (ca. 65%), körperliche Gewalterfahrung (ca. 60%), schwere Vernachlässigung (ca. 40%)  
→ Chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom jedoch weder notwendige noch hinreichende Bedingung



## Ätiologie und Symptomatik

### Symptomatik

- **Zentral ist eine Störung des gesamten Spektrum der Affektregulation**
  - Niedrige Reizschwelle für interne/externe Stimuli → hohes Erregungsniveau
  - Keine differenzierte Gefühlswahrnehmung → Spannungszustände
    - Selbstschädigendes Verhalten zur kurzfristige Reduzierung (=negative Verstärkung)
    - Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls + Real erlebte Flashbacks
  - Regulationsschwierigkeiten von Nähe/Distanz (Angst vor dem Alleinsein + dysfunktionale intrapsychische Verankerung wichtiger Bezugspersonen → Verwechslung Abwesenheit / Verlassenheit)
  - Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen belasten das Allgemeinbefinden
  - Alkohol- Drogenmissbrauch & Essstörungen generieren zusätzliche soziale Probleme

23

## Psychotherapie der BPS

### **Gemeinsamkeiten der störungsspezifischen Behandlungsformen**

#### Problemanalyse und Behandlungsplanung

- Grundvoraussetzung: Auf bestimmte Kriterien basierende Diagnostik
- „Therapieverträge“ werden abgeschlossen. Klare zeitliche Limitationen und Regeln (z.B. genaue Krisenpläne) werden mit dem Patienten vereinbart
- Suizidales Verhalten/Ideen, sowie Verhaltensmuster/Ideen, welche der Therapie/Therapeut/Mitpatienten gefährden, haben den Vorrang → „Dynamisch-hierarchische Behandlungsfoci“

24

## Psychotherapie der BPS

### Therapeutische Beziehung

- Starke Forderung/Belastung der Therapiebeziehung
  - Häufig unberechenbares, gewaltsames, demütigendes familiäres Umfeld  
→ Nachvollziehbares Interesse Beziehung zu steuern/kontrollieren  
→ Existenzielle Abhängigkeit vom Therapeut (kleinste Planänderungen können erhebliche Ängste und Aggressionen auslösen)  
→ Authentizität, keine Machtgefälle, Vermeiden emotionaler Verwicklung als Voraussetzungen
- Lerntheoretisches Prinzip: Therapeutische Beziehung als „Modell für normative Beziehungsgestaltung“
  - Dysfunktionale Verhalten ansprechen und korrigieren  
Vertrauenswürdig-kooperatives hingegen Verstärken
- Keine abrupte Beendigung der Therapie, sondern längere Planung und „Booster-Termine“

## Veränderungsstrategien

	Empfohlen für	Ziele
<b>Strategie 1</b> Strukturierte Therapieangebote mit klaren und eindeutigen Zielvorgaben (→ norm- und wertorientiert)	- schizotypische PS - Borderline PS - dissoziale PS	- Aufbau von Selbstsicherheit & Selbstvertrauen - Entwicklung von Sinnperspektiven & Werthaltungen - Unterbindung/ Unterbrechung von selbst-/ fremddestruktive Handlungen - Stärkung der funktionalen Normorientierung des eigenen Handelns

**Strategie 1:** Strukturierte Therapieangebote mit klaren und eindeutigen Zielvorgaben

Vier manualisierte Verfahren mit empirisch belegte Hinweise auf die Wirksamkeit liegen derzeit vor

- **Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)**
- Schematherapie/Schemafokussierte Therapie (SFT)
- Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT)
- Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP)

## Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

### Methodische Vorgehensweise und Struktur

- Integriert Aspekte aus VT, KT,GT, Hypnotherapie und ZEN
- Modulkonzept: Einzeltherapie, Gruppentherapie und Supervision
- Motivationaler Aspekt: hochsignifikante verbesserte Therapiecompliance im Vergleich zu unspezifischen Behandlungsformen

#### **Ambulante Einzeltherapie**

- 1-2 Jahren
- 1-2 separate Behandlungsstunden pro Woche
- Zusätzlich: Therapeut telefonisch erreichbar bei Akut ev. lebensbedrohliche Krisen

#### **Fertigkeitentrainingsgruppe**

- 6 Monaten (ev. zweites Mal)
- Einmal 2-3 Stunden pro Woche
- Orientierung auf Manual

#### **Supervisionsgruppe**

- Kommunikation zwischen Therapeuten
- Einzeltherapeut erhält Möglichkeit in der Fertigkeitentrainingsgruppe Gelerntes in Einzeltherapie zu integrieren um Generalisierung zu gewährleisten

27

## Therapieverlauf im ambulanten Setting der DBT

### Vorbereitungsphase

- Dient der Diagnostik und Informationsvermittlung über Störungsbild, Grundzüge der DBT, Zielanalyse, Motivationserklärung

### Erste Therapiephase

- Bearbeitung der Probleme im Zusammenhang mit Verhaltenskontrolle (Suizidales- Hochrisikoverhalten, Impulskontrolle, Therapiecompliance)

### Zweite Therapiephase

- Bearbeitung dysfunktionales emotionales Erlebens orientiert auf Schlüsselprobleme des Patienten (oft emotionale und kognitive Folgen einer traumatischen Erfahrung)

28

## Therapieverlauf im Ambulanten Setting der DBT: Behandlungseben

### Individuelle Situations- Bedingungsanalyse und relative Behandlungsmethodik

#### Dominierende Verhaltensmuster

- Labilisierende Umstände  
z.B. Schlaf- Essstörungen
- Identifizierbare Stimuli  
z.B. Gewalterfahrungen
- Dysfunktionale Schemata
- Mangelhafte Problemlösekompetenz

#### Aufrechterhaltung Verhaltensmuster

- Wirken interne oder externe Konsequenzen aufrechterhaltend?

#### Behandlungsmethodik

- Verlangen konkrete Problemlösung
- Beseitigung oder Desensibilisierung mittels Exposition
- Sorgfältige Strategieanalyse- und Korrektur
- Aktivierung/Vermittlung von Fertigkeiten
- Aktive Veränderung beim Verstärken (Kontingenzmanagement)

## Therapie Verlauf im Einzel- und Gruppensetting der DBT: „Skills-Training“

### Fertigkeitstraining

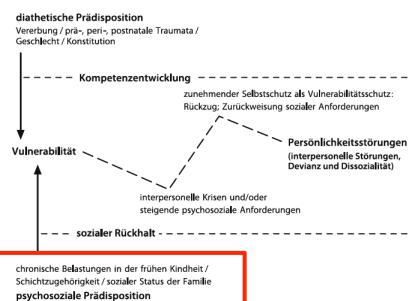
- Spezifisch an den Bedürfnissen der BPS angepasst
- Linehan et al. (2004) definieren diese Fertigkeiten als:  
*„Kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führt“*
- Vier Verhaltensfertigkeitenmodule lassen sich unterscheiden:
  - 1) Stresstoleranz
  - 2) emotionale Modulation
  - 3) Achtsamkeit
  - 4) zwischenmenschliche Kompetenzen
- Drei Prozeduren:
  - 1) Fertigkeitsakquisition
  - 2) Fertigkeitsstärkung
  - 3) Fertigkeitengeneralisierung

## Fazit & zusätzliche Fakten

- Diathetische Prädispositionsperspektive
  - Dispositionelle Persönlichkeitsunterschiede zentral  
→ Entstehende Persönlichkeitstypen und deren „übertriebenes Auftreten“ können zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung führen
  
- Basierend auf Forschungsstand
  - Überlegenheit der störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren
    - Die von Linehan in den 80er Jahren für chronisch suizidale Patienten entwickelte DBT, gilt als das am besten wissenschaftlich abgesicherte Therapieverfahren
  
- Forschungsbedarf
  - Nur 50% der Patienten sprechen auf das angebotene Behandlungsverfahren beim ersten Durchgang an
  - Generellen oder Behandlungsspezifischen Prädiktorvariablen liegen derzeit nicht vor

## III Entwicklungspathologische Perspektive: Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie (SET)

- > Einleitung: Worauf basiert die SET?
- > Therapeutisches Vorgehen
- > Studiendesign
- > Hypothesen
- > Methode
- > Resultate
- > Zusammenfassung Ergebnisse
- > Fazit für die Praxis





## Einleitung

- > Gruppentherapie mittlerer Durchführungsdauer (20-40 h)
- > Zielgruppe: Diagnostisch gemischte Gruppen aus allen Clustern
- > Theoretische Fundierung:
  - Persönlichkeitstheorie (Millon)
  - Bindungstheoretische Vorstellungen (Strauss, Schumacher)
  - Interpersonelle Theorien (Benjamin)

### Strategie 4

Interpersonell orientierte  
Therapie zur Förderung  
von Bindungs-  
kompetenzen und  
Vertrauen in soziale  
Beziehungen

- schizoide PS
- paranoide PS
- dissoziale PS

- Förderung der Bindungskompetenzen
- Vertrauen in soz. Beziehungen

## Einleitung (2)

### Sulz:

#### Strategische Kurzzeittherapie

- Frühe neg. Beziehungserfahrungen  
→ innerpsychische emotionale Konflikte
- Bewältigungsversuch durch Ausbildung  
dysfunktionaler Überlebensregeln  
→ Entstehung v. Stereotypen

### Young:

#### Schematherapie

- Negative Kindheitserfahrungen
- Bewältigungsversuch durch  
maladaptive Schemata
- Konzept der Schemamodi

## Therapeutisches Vorgehen SET:

- > Schritt 1: Aktivierung der Schemata und Strategien
  - Psychoedukation und Fallgeschichten (4 Abschnitte)
  
- > Schritt 2: Klärung der Schemata und Strategien
  - Berücksichtigung der lebensgeschichtlichen Aspekte
  - Verletztes Selbst: inneres Kind vs. autonomes Selbst
  - dabei hohe Bedeutung der therapeutischen Beziehung
  
- > Schritt 3: Modifikation der Schemata und Strategien
  - Kognitive, erlebensbasierte und VT Techniken (Young, Beck Sulz)
  - Individuelle Behandlungsplanung
  - Veränderungsorientierte Perspektive und Selbstakzeptanz

35

## Studiendesign

Experimentalgruppe (EG; n=47)	Kontrollgruppe (KG; n=46)
<b>Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie (SET)</b>	<b>Problemzentriertes verhaltenstherapeutisches soziales Fertigkeitstraining (SST)</b>
- Aktivierung v. Schemata/ Strategien	- Problemlöse-/Bewältigungsstrategie (50%)
- <b>Klärungsorientierte Interventionen</b>	- Standardisierte Übungen (Hinsch, Pfingsten, etc.;50%)
- Modifikation v. Schemata/ Strategien	- <b>KEINE störungsspezifische klärungsorientierte Interventionen!</b>

36

## Hypothesen

- > **Erwartung: Entsprechung Bedürfnisstruktur SET > SST**
- > H1: Verbesserungen SET > SST
  - Persönlichkeitsmerkmale,
  - Interpersonales und soziales Verhalten,
  - Emotionsregulation und Coping
- > H2: Verbesserungen (s.o.) → Wirkung auf symptomatische Beschwerden (Reduktion entsprechender Beeinträchtigungen)
- > H3: Verbesserungen sind zeitstabil

37

## Methode

- > 30 Doppelstunden (je 100 Min), 2/Woche; 7-10 Patienten/Gruppe
- > Stichprobe: 18-55 Jahre; IQ >90; n=93
- > Erhebungsinstrumente (Outcomevariablen)
  - Bereich 1: Persönlichkeit, interpersonales und soziales Verhalten,
  - Bereich 2: Emotionsregulation und emotionales Coping
  - Bereich 3: Psychopathologische Beeinträchtigungen
  - + direkte Veränderungsmessung nach Therapieabschluss/Katamnese→ T1 (vor Therapie); T2 (nach Therapie); T3 (+1 Jahr)
- > Kontrolle: Therapiemotivation, Intelligenz, störungsspezifische und soziodemographische Charakteristika

38

## Methode (2) Completer Analyse

- > Parallelisierten Untergruppen (n = 60)
- > Patientencharakteristika, soziodemografische und störungsspezifische Daten

	SET (n=30)	SST (n=30)
Alter	39.1	39.5
IQ	108.8	105.0
GAF T1	52.5	51.2
... Zivilstand, Wohnsituation, Arbeitssituation, Schulabschluss...	...	...
<b>Störungsspezifische Daten</b>		
Symptombelastung (Jahre)	15.5	15.6
Dauer seit 1. fachlicher Konsultation	9.6	7.7
...Medikation...	...	...

39

## Resultate:

### Interaktionseffekte von EG/ KG parallelisiert: n=60

	SET (MD/SD)			SST (MD /SD)			ANOVA <sup>1</sup>	
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	F (df)	eta <sup>2</sup>
<b>DSM-IV, Achse I</b>								
BSI-P globaler Kennwert	37,2 (8,9)	28,0 (12,7)	28,4 (12,9)	32,1 (13,5)	29,2 (13,0)	25,3 (13,7)	2,72* (1,6; 93,7)	0,05
Somatisierung	4,2 (2,1)	2,6 (2,3)	3,0 (2,4)	3,3 (2,5)	2,9 (2,1)	2,8 (2,3)	3,14* (1,5; 883)	0,05
Zwanghaftigkeit	4,5 (1,3)	3,8 (1,6)	4,0 (1,9)	4,6 (1,6)	4,0 (1,6)	3,8 (1,8)	0,554 (1,7; 98,7)	0,01
Depressivität <sup>2</sup>	5,2 (,9)	3,7 (2,2)	4,0 (1,9)	4,4 (1,7)	3,8 (1,9)	3,3 (2,2)	4,01** (1; 57)	0,07
Ängstlichkeit	4,6 (1,3)	3,9 (1,7)	3,7 (1,8)	3,9 (1,9)	3,6 (1,8)	3,5 (1,8)	0,753 (1,4; 84,7)	0,01
Aggressivität	2,6 (1,1)	2,1 (1,4)	3,0 (1,4)	2,3 (1,4)	2,6 (1,4)	2,1 (1,4)	3,22** (2; 116)	0,05
Phobische Angst	2,7 (1,7)	1,9 (1,7)	2,1 (1,9)	2,3 (1,9)	2,1 (1,9)	2,0 (1,9)	1,36 (1,7; 102,3)	0,02
Paranoides Denken	3,6 (1,3)	2,3 (1,6)	2,3 (1,6)	3,2 (1,7)	3,1 (1,5)	2,7 (1,8)	6,88*** (1,7; 99)	0,11
<b>DSM-IV, Achse II</b>								
PSSI-Summenwert	191,3 (37,8)	174,5 (37,7)	164,5 (35,2)	185,4 (49,5)	173,8 (40,2)	170,7 (43,7)	1,06 (1,7; 100,7)	0,02
<b>Interpersonales und soziales Verhalten</b>								
IIP-D Summenwert	15,3 (3,2)	13,0 (3,7)	13,3 (3,8)	14,4 (4,2)	13,8 (4,9)	13,4 (5,0)	2,88* (2; 106)	0,05
GAF <sup>3</sup>	52,5 (5,2)	59,6 (88,7)	61,4 (8,2)	51,2 (8,2)	55,0 (9,5)	57,3 (10,6)	2,86* (1,8; 97,3)	0,05
VEV-VW Interaktionsver.		1,2 (0,9)	3,2 (2,3)		0,7 (,8)	1,9 (2,1)	5,138** (1; 52)	0,09
VEV-VW Red. Belastung		1,2 (0,9)	2,1 (1,5)		0,9 (,9)	1,3 (1,5)	3,93** (1; 52)	0,07
<b>Emotionsregulation und Coping</b>								
EMOREG Emotionskontr.	2,6 (0,9)	3,2 (0,7)	3,2 (,9)	3,1 (1,0)	3,4 (1,0)	3,5 (0,9)	0,39 (2; 114)	0,01
EMOREG Verzerrung <sup>4</sup>	4,0 (0,9)	3,7 (0,8)	3,4 (,8)	3,5 (1,2)	3,4 (1,1)	3,3 (1,1)	0,98 (2; 114)	0,02
CTI-K Emotionales Coping	47,2 (11,8)	54,6 (14,3)	56,4 (14,8)	52,8 (18,9)	55,8 (17,6)	59,0 (20,3)	0,53 (2; 66)	0,02
<b>Motivation</b>								
FPTM-40 Hoffnung	21,4 (3,4)	23,0 (4,5)	23,3 (4,9)	20,5 (4,9)	212,0 (5,2)	21,6 (4,9)	0,40 (2; 116)	0,01

Anmerkungen: kleiner Effekt:  $\eta^2 = 0,1$ , mittlerer Effekt:  $\eta^2 = 0,06$ , großer Effekt:  $\eta^2 = 0,14$ ; <sup>1</sup> bei Verletzung der Varianzhomogenität (Mauchly's Test of Sphericity) erfolgt die Greenhouse-Geisser-Korrektur; \*  $p < 0,1$  (Trend); \*\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,01$ ; <sup>2</sup> bei unterschiedlichen Ausgangswerten wird T1 als Kovariate in die Analyse eingeschlossen; <sup>3</sup> Fremdrating; <sup>4</sup> Items mit > 50% missings wurden von der Analyse ausgeschlossen

40

**u<sup>b</sup>**  
UNIVERSITÄT  
BERN

## Vergleich

	SET	SST
<b>Behandlungcompliance</b>	>	
- Dropoutrate	<	
- Abwesenheiten	<	
<b>Verbesserungen</b> symptomatischer Beeinträchtigung, Veränderung des Interaktionsverhaltens, Reduktion des Belastungserlebens; klinisch relevante Effekte in Ausprägung der PS, interpersonale Probleme, psychosoziale Anpassung, Emotionsregulation, emotionales Coping, Hoffnung	>	
- Während Therapiephase	> Ausnahme: Emotionskontrolle	=
- Während Katamnese	Überall Verbesserung, Ausnahme: Verschlechterung symptomatische Beeinträchtigungen und interpersonale Probleme	Durchgän- gig und abge- schwächt

41

**u<sup>b</sup>**  
UNIVERSITÄT  
BERN

## Differentielle Analyse nach Clustern (B/C)

	SET (EG)	STT (KG)
Cluster B	Therapiephase: - Verbesserungen: + Nach Katamnese: - Fortsetzung der Verbesserungen	Therapiephase: - Zunahme Ängstlichkeit, - Zunahme Emotionskontrolle, - Abnahme Hoffnung  Nach Katamnese: - Abnahme Ängstlichkeit - Zunahme Emotionskontrolle - Zunahme Hoffnung
Cluster C	Therapiephase: Verbesserungen: + Ende Katamnese: höhere interpersonale Probleme und symp. Beschwerden.	Therapiephase: - Abnahme Ängstlichkeit - Zunahme Hoffnung  Nach Katamnese: - Zunahme Ängstlichkeit - Abnahme Hoffnung - Abnahme Emotionskontrolle

42

## Hypothesen

Generelle Erwartung:

### Entsprechung Bedürfnisstruktur SET > SST

- Dropoutrate SET < SST (6.4% vs. 34.8%) und
- Geringere Absenzzahl bei SET vs. SST.

→ die beobachteten clusterspezifischen Therapieeffekte zeigen, dass Patienten in Abhängigkeit ihrer Clusterzugehörigkeit zwar gleichsinnig, aber zwischen den Clustern teilweise gegensätzlich auf die Therapien reagieren

→ Bewertung der Effekte als methodenspezifisch!

## Hypothesen

### Hypothese 1:

EG (SET) zeigt deutliche Verbesserungen als KG (SST) in den Bereichen.

- Persönlichkeitsmerkmale (✓)
- Interpersonales und soziales Verhalten ✓
- Emotionsregulation und Coping (✓)

### Hypothese 2:

- ↓Symptomatische Bewerten SET > SST ✓

**Hypothese 3:** Verbesserungen sind zeitstabil:

Cluster B ✓ ; Cluster C ✗

## Zusammenfassung

- > Zwar stabile Therapieeffekte aber kein grosser Unterschied zwischen EG und KG.
- > Starke Unterschiede jedoch zwischen den Clustern: Patienten Cluster C zeigten nach Therapie Verschlechterungen (insbesondere bei SET im Bereich symptomatische Beeinträchtigungen)
- > → wirft grundlegende Fragen zur Wirkungsweise von Therapien auf (im Sinne von langfristigen Verarbeitungs- und Generalisierungsprozessen).

## Zusammenfassung

- > brauchen Cluster C Patienten auch im Alltag einen stärkeren Therapierahmen als Cluster B Patienten?
- > Bedeutung für die Gestaltung des Gruppensettings der SET: Entweder längere Therapie für Cluster C oder nach Therapie Auffrischungssitzungen
- > Insgesamt: SET ermöglicht gute Passung zwischen Therapiemethode und Patient und angemessene Behandlung im Gruppensetting.
- > Zeitliche Stabilität insbesondere für Patienten mit Cluster B Störung überzeugend.

### Fazit für die Praxis

Die Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie (SET) stellt eine manualisierte Gruppentherapie für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus allen Clustern (DSM-IV) dar. Die Durchführungsdauer ist kurz bis mittelfristig (20 bis 40 Doppelstunden). Sie ist klärungsorientiert ausgerichtet und integriert schematherapeutische, emotionszentrierte, kognitive und verhaltenstherapeutische Methoden. Im Kontrollgruppenvergleich zeigen sich signifikant stärkere Verbesserungen in den Bereichen Interaktionsverhalten, Belastungserleben und symptomatische Beeinträchtigungen sowie eine hochsignifikant niedrigere Drop-out-Rate. Vor allem Patienten mit einer Cluster-B-Störung weisen zeitlich stabile Verbesserungen auf.

Fragen/ Anmerkungen zu den drei Präsentationen





## Quellenverzeichnis (1)

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. Auflage – Teilrevision). Washington, DC: Author. S. 749-798.
- Bohus, M., Schmal, C., *Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. Deutsches Ärzteblatt, Heft 49, 2006.
- Fiedler, P. (2009). Persönlichkeitsstörungen. In: Margraf, J., Schneider, S. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 2., 3. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer, 2009, S. 516-531.
- Gaebel, W., Falkai, P., *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Band 1. Deutschland: Steinkopff Verlag, 2009, S. 84-107.
- Gerrig, R. J., Zimbardo, P. G., *Psychologie*. 18., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium, 2008. S. 740.
- Lieb, K., Linehan, M. M., Schmahl C., Zanarini, M., Bohus, M. (2004) *Borderline personality disorder*. *Lancet* 364: S. 453–461.

## Quellenverzeichnis (2)

- Linehan, M. M., Dexter-Mazza, E. T. (2007). Dialectical Behavior Therapy, 2007. In: Barlow, D. H., *Clinical Handbook of Psychologic Disorders*. Chapter 9. New York: The Guilford Press, 2008.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., Linehan, M. M., *Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder*. *Rev. Clin. Psychol.* 3, 2007, S. 181-205.
- Pfingsten, U., & Hinsch, R. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 4. völlig neu bearbeitete Auflage.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F., *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2011, S. 248-258.
- Sulz, S. K. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie: Wege zur effizienten Psychotherapie*. CIP-Medien.

## Quellenverzeichnis (3)

---

Zorn, P., Roder, V., Soravia, L., & Tschacher, W. (2008). Evaluation der „Schemazentrierten emotiv-behavioralen Therapie“(SET) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Ergebnisse einer randomisierten Untersuchung. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 58(09/10), 371-378.

Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E., & Kierdorf, T. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.