Originalarbeit · Original Article

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie 2007;17:233–241
DOI: 10.1159/000110129

Online publiziert: 27. November 2007

Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie (SET): Eine randomisierte Evaluationsstudie an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern B und C*

Peter Zorn[a, b] Volker Roder[a] Daniel R. Müller[a] Wolfgang Tschacher[a] Martin Thommen[a]

[a] Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz
[b] Externe Psychiatrische Dienste Liestal, Schweiz

Schlüsselwörter
Schematherapie · Gruppentherapie · Persönlichkeitsstörungen · Gemischte Gruppen · Integrative Therapie

Zusammenfassung
Hintergrund: Bislang herrscht ein erheblicher Mangel an Gruppentherapieverfahren für Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen. Vor diesem Hintergrund entwickelte unsere Arbeitsgruppe einen neuen manualisierten Therapieansatz, der schematherapeutische, emotionszentrierte, kognitive und verhaltenstherapeutische Methoden integriert, die «Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie» (SET). **Patienten und Methoden:** Randomisierter Kontrollgruppenvergleich zwischen der SET und einem Therapieverfahren zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten mit insgesamt 93 ambulanten oder teilstationären Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung der Cluster B oder C (DSM-IV). **Ergebnisse:** Signifikant stärkere Verbesserungen lassen sich in der SET-Gruppe bei den interpersonalen Verhaltensweisen, dem emotionalen Coping und den symptomatischen Beeinträchtigungen nachweisen. Klinisch relevante Effekte zugunsten der SET finden sich in der Reduktion des Leidensdrucks, des Störungsgrades und der Hoffnung auf Besserung. Daneben wird in der SET-Gruppe eine hochsignifikant niedrigere Dropout-Rate bzw. eine signifikant stärkere Nutzung des Therapieangebots beobachtet. Vergleichbar sind die Therapieergebnisse beider Gruppen im Bereich des behavioralen Copings und der Selbstwirksamkeit. **Diskussion und Schlussfolgerungen:** Mit der SET scheint ein Therapieansatz vorzuliegen, der bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf hohe Akzeptanz stößt und eine effiziente Behandlung im Gruppensetting ermöglichen könnte. Auch unter klinischen und ökonomischen Gesichtspunkten könnte die SET einen wichtigen Beitrag für die bestehende Krankenversorgung leisten.

Key Words
Schema therapy · Group therapy · Personality disorders · Heterogeneous groups · Integrative therapy

Summary
Schema Focused Emotive Behavioural Therapy ('SET'): A Randomised Controlled Trial on Patients with Cluster B and C Personality Disorders
Background: To date, there is a paucity of standardised group behaviour therapy approaches targeting different kinds of personality disorders. For this reason, our research group has developed a new manualized treatment approach that integrates emotional-focused, cognitive, behavioural and methods of schema therapy, the 'Schema Focused Emotive Behavioural Therapy' (SET). **Patients and Methods:** Randomised controlled trial on a sample of 93 patients with cluster B or C personality disorders (DSM-IV) comparing SET with a classical social skills training (SST). **Results:** SET yields significantly better improvements in interpersonal behaviour, emotional coping, and symptomatic impairment. Clinically relevant effects of SET can be observed in terms of a reduced suffering from the disorder, reduced severity of disorder, and increased hope of improvement. Furthermore, the drop-out rate in the SET group is highly significantly lower and use of therapy is significantly increased. Similar results in both groups are reached regarding behavioural coping and self-effectiveness. **Discussion and Conclusion:** Results suggest that SET is very well accepted and allows an adequate and effective group therapy for patients with personality disorders. From a clinical and economic point of view, SET may be able to significantly contribute to mental health care.

*Die Studie wurde durch den Schweizerischen Nationalfonds unterstützt (Nr. 3200-067932.02).

© 2007 S. Karger GmbH, Freiburg

KARGER
Fax +49 761 4 52 07 14
E-mail Information@Karger.de
www.karger.com

Accessible online at:
www.karger.com/ver

Dr. phil. Peter Zorn, Dipl.-Psych.
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Abteilung für Psychotherapie
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60, Schweiz
Tel. +41 31 930 99-15, Fax -88
E-mail peter.zorn@spk.unibe.ch

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

source: https://doi.org/10.48350/24317 | downloaded: 28.4.2024

Hintergrund

Im Laufe der letzten 20 Jahre wurden für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen verschiedene kognitive und verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapieverfahren ausgearbeitet [Zorn und Roder, 2006]. Gestützt auf klassisch-verhaltenstherapeutische Überlegungen und Methoden hat Turkat [1990; dt. 1996] bereits Mitte der 1980er Jahre einen einzeltherapeutischen Behandlungsansatz vorgestellt. Aktuelle Behandlungskonzepte für das Einzelsetting greifen dagegen überwiegend auf kognitive Modellvorstellungen zurück. So postuliert die Arbeitsgruppe um Beck und Freeman für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen besonders ausgeprägte und starre Schemata, die in hohem Maße das (dysfunktionale) Interaktionsverhalten bestimmen [Beck und Freeman, 1990; dt. 1994; Freeman und Christner, 2005]. Ihr therapeutisches Konzept zielt deshalb in erster Linie auf die Entwicklung neuer und die Modifikation bestehender Schemata ab, beinhaltet aber auch verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz und der Selbstsicherheit. Young dagegen diskutiert in seinem schematheoretischen Behandlungsansatz verschiedene «frühe maladaptive Schemata» als primäre Konstituenten von Persönlichkeitsstörungen und fokussiert vorwiegend auf die Ermittlung und die Modifikation solcher Schemata [1994; Young et al., 2003; dt. 2005]. Er betont dabei besonders die Rolle emotiver Techniken zur Schemaaktivierung sowie die Bedeutung der therapeutischen Beziehung zur Vermittlung von korrigierenden emotionalen Erfahrungen. Ähnlich Young verweist auch Sulz [1994, 1995] in seiner «Strategischen Kurzzeittherapie» auf die Bedeutung früher negativer Beziehungserfahrungen. Diese führen zur Ausbildung dysfunktionaler und dem Bewusstsein in der Regel nicht zugänglichen «Überlebensregeln». Entsprechend zielt die Therapie darauf ab, solche Überlebensregeln zu modifizieren, indem der Zugang zu den durch diese blockierten Gefühlen ermöglicht wird. Einen störungsspezifischen Ansatz zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hat Linehan [1993a, b; dt. 1996a, b] mit der «Dialektisch-Behavioralen Therapie» (DBT) ausgearbeitet. Im Mittelpunkt steht dabei die Verbesserung der emotionalen Bewältigungsfertigkeiten sowie möglicher traumabedingter Erlebens- und Verhaltensweisen (z.B. Selbstverletzungen). Die Behandlung wird als kombinierte Einzel- und Gruppentherapie («Skillstraining») durchgeführt.

Ein störungsübergreifendes Kurzzeitverfahren zum Einsatz im Gruppensetting schließlich haben Schmitz und Mitarbeiter vorgestellt [2001; Schuhler und Schmitz, 2005]. Im Mittelpunkt des therapeutischen Vorgehens steht eine psychoedukativ orientierte Klärung der Funktionsmodi von sechs (besonders häufigen) Persönlichkeitsstörungen aus den Clustern B (histrionisch, narzisstisch, Borderline) und C (zwanghaft, dependent, vermeidend-selbstunsicher) [DSM-IV; Saß et al., 1996], die konzeptuell vorwiegend auf Oldham und Morris [1992] rekurriert. Jede dieser sechs Störungen wird mit einem gezielten psychoedukativen Informationsteil sowie einem bewältigungsorientierten Übungsteil bearbeitet, die jeweils eine Doppelstunde umfassen. Im Informationsteil werden charakteristische Merkmale wie beispielsweise «typische» Schemata, die jeweilige Beziehungsgestaltung sowie Stärken, Schwächen und klinische Erscheinungsformen der einzelnen «Persönlichkeitsstile» verdeutlicht. Unter Berücksichtigung verhaltensanalytischer Überlegungen kommen im bewältigungsorientierten Teil konkrete Verhaltensübungen und Rollenspiele zum Einsatz, die neue Erfahrungen im Denken, Erleben und Verhalten ermöglichen sollen. Dabei wird mit verhaltenstherapeutischen, kognitiven und erlebnisorientierten Therapiemethoden gearbeitet, die durch Wahrnehmungs- und Kommunikationsübungen ergänzt werden.

Patienten und Methode

Die Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie (SET)

Wie die Darstellung der verschiedenen Behandlungsansätze zeigt, liegt bis heute erst ein (Kurzzeit-)Gruppenverfahren mit breitem Indikationsbereich bei Persönlichkeitsstörungen vor [Schmitz et al., 2001]. Um der klinisch begründeten Forderung nach intensivierten Behandlungsansätzen für Patienten aus dieser Störungsgruppe gerecht zu werden [vgl. Leichsenring und Leibing, 2003], hat unsere Arbeitsgruppe einen neuen gruppentherapeutischen Ansatz für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus allen Clustern (A, B, C; DSM-IV) ausgearbeitet, der vor allem für eine mittelfristige Behandlungsdauer (ca. 20–40 Doppelstunden) ausgelegt ist, die «Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie» (SET) [Zorn und Roder, 2005, 2006; Zorn et al., 2004, 2005]. Die SET stellt die theoretisch ausgearbeitete Version der bisher als «Berner Integrative Therapie» beschriebenen Therapie dar. Konzeptuell stützt sie sich auf interpersonelle Theorien [z.B. Benjamin, 1993; dt. 2001], greift aber auch andere Modellvorstellungen bzw. therapeutische Überlegungen auf [Millon, 1996; Sachse, 2001, 2004; Young, 1994; Young et al., 2003; dt. 2005; Sulz, 1994, 1995]. Entsprechend geht die SET davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen tiefgreifende Beziehungsstörungen darstellen, die in erster Linie durch die Frustration grundlegender Beziehungsmotive entstanden sind. Dadurch werden negative Selbst- und Beziehungsschemata konstituiert, die sich einerseits durch die Selektivität der entsprechenden Wahrnehmungsvorgänge kontinuierlich selbst bestätigen, deren Aktivierung andererseits aber so weit wie möglich vermieden wird, um die mit ihnen verbundenen (negativen) Emotionen zu umgehen. Im Mittelpunkt des therapeutischen Vorgehens steht die Aktivierung, Klärung und Modifikation solcher störungsspezifischer negativer Kernschemata und den damit verbundenen interaktionellen und intrapsychischen Bewältigungsversuchen («Strategien»). Nach einer kurzen psychoedukativen Einführung zu jeder Persönlichkeitsstörung werden zur Aktualisierung der Kernschemata als didaktisches Instrument Fallvignetten zu den einzelnen Störungsbildern eingesetzt. Alle Vignetten sind einheitlich aufgebaut und umfassen jeweils vier Abschnitte: prägende Lebenserfahrungen mit entsprechenden negativen Kernschemata, dysfunktionale Bewältigungsversuche («Strategien»), Alltagsverhalten (Wahrnehmungsverzerrungen, charakteristische Beziehungsgestaltung und emotionale Reaktionsbereitschaften) sowie störungsspezifische Krisenauslöser. Da die Fallvignetten unmittelbare individuelle Vergleichsprozesse ermöglichen, erscheinen sie besonders gut geeignet, die Patienten emotional anzusprechen und entsprechende Schemata zu aktivieren. Darüber hinaus machen sie auch die kognitiven Repräsentanzen der individuell prägenden Bezugspersonen der therapeutischen Bearbeitung zugänglich. Damit wird es möglich, die Ich-Syntonie des Störungserlebens zu reduzieren und die Etablierung eines autonomen

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

«Selbst» zu fördern, das sich mit den erlebten Forderungen solcher Repräsentanzen und den Inhalten korrespondierender Schemata kritisch auseinandersetzt. Die Modifikation der individuell relevanten Schemata begleitet die Bearbeitung der Fallvignetten kontinuierlich und umfasst sowohl Methoden der Traumatherapie [z.B. Reddemann, 2004; «Arbeit mit dem inneren Kind»] als auch kognitive, erlebensbasierte und verhaltenstherapeutische Techniken sensu Young, Beck oder Sulz [Beck und Freeman, 1994; Sulz, 1994, 1995; Young, 1994; Young et al., 2005]. Diese werden sowohl unter veränderungsorientierter Perspektive («Welche Einstellungen und Verhaltensweisen kann ich ändern?») als auch unter dem Gesichtspunkt der Förderung der Selbstakzeptanz («Welche Seiten an mir verdienen mehr positive Selbstzuwendung?») [vgl. Potreck-Rose und Jacob, 2003; Jacob et al., 2006] eingesetzt. Zum Abschluss jeder Fallvignette wird in der Gruppe ein konkreter Behandlungsplan erstellt, der sich eng an den persönlichen Anteilen der Teilnehmer orientiert, besonders auf die Aktivierung von Ressourcen fokussiert und kognitive und verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien umfasst. Die veränderungsorientierten Interventionen dabei werden abschließend durch konkrete bewältigungsorientierte Übungen individuell vertieft.

Studiendesign

Zur differentiellen Klärung der Therapieeffekte der SET wurde eine kontrollierte Evaluationsstudie durchgeführt. Bei der Experimentalgruppe kam die SET zum Einsatz. Die Kontrollgruppe stellte aufgrund klinischer und ethischer Überlegungen keine Wartekontroll- oder Placebogruppe dar, sondern erhielt ein verhaltenstherapeutisches soziales Fertigkeitstraining (Social Skills Training, SST). Das SST umfasste sowohl ein individuelles wie auch ein manualisiertes Vorgehen: Ausgehend von einer Sammlung individueller Problemstellungen der Patienten wurden diese mit kognitiven und verhaltenstherapeutischen Methoden bearbeitet und entsprechende Problemlösefertigkeiten vermittelt. Während etwa der Hälfte der Therapiezeit kam dabei ein standardisiertes Vorgehen in Anlehnung an Hinsch und Pfingsten [2002] bzw. Ulrich und De Muynck [1998] zum Einsatz, das für die Durchführung in gemischten Patientengruppen angepasst wurde. Auf störungsspezifisch klärungsorientierte Interventionen, die in der SET im Vordergrund stehen, wurde in der SST-Gruppe verzichtet. Therapiedauer und -frequenz waren für beide Gruppen identisch: Sie umfassten jeweils 30 Doppelstunden zu je 100 min, die in Gruppen von jeweils 7–10 Patienten 2× pro Woche durchgeführt wurden. Die Selbst- und Fremdeinschätzungen (SE bzw. FE) verschiedener Variablen wurden vor und nach Abschluss der Therapiephase erhoben, mittel- und langfristige Katamnesen sind vorgesehen. Die Gruppen wurden an zwei Untersuchungszentren in der Schweiz durchgeführt: den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern und den Externen Psychiatrischen Diensten Liestal. Die Zuweisung zu den Therapiebedingungen (SET und SST) erfolgte in beiden Zentren randomisiert und entsprach damit dem in der Psychotherapieforschung heute geforderten wissenschaftlichen Standard [Hotopf et al., 1999; Ogundipe et al., 1999; Teusch und Gastpar, 2000]. Zusätzliche spezifische Gruppentherapien, die mit den in der Studie eingesetzten Interventionen interferieren könnten, wurden während des Untersuchungszeitraumes nicht angeboten. Die Teilnehmer waren über die Studie aufgeklärt und bestätigten ihre Einwilligung schriftlich. Die Gruppen wurden jeweils von zwei verhaltenstherapeutisch ausgebildeten und klinisch erfahrenen Klinischen Psychologen bzw. Psychiatern geleitet. Während der Gruppendurchführung erhielten die Therapeuten in vergleichbarem Umfang Intervision und Supervision.

In der Studie gingen wir von der Hypothese aus, dass die SET durch ihre vorwiegend klärungsorientierte Ausrichtung, die auf die Förderung der Ich-Dystonie des Störungserlebens abzielt und damit die bewältigungsorientierten Interventionen in einen erweiterten Verständniskontext integriert, den Bedürfnissen persönlichkeitsgestörter Patienten in höherem Maße entspricht als das konventionelle bewältigungsorientierte Vorgehen. Dadurch könnten einerseits unspezifische Wirkfaktoren wie die Erhöhung der Therapiemotivation angesprochen werden, andererseits sollte dies zu einer verbesserten Wirkung der spezifischen Therapiemethode führen. Insgesamt kann damit von einer optimierten Passung zwischen Therapiemethode und Patient ausgegangen werden, die zu generell stärkeren Therapieeffekten in der SET-Gruppe führen sollte. Eine mögliche Ausnahme davon könnten jedoch die bewältigungsorientierten Interventionen darstellen, bei denen von einer ähnlich (guten) Passung ausgegangen werden kann. Vergleichbare Effekte sollten damit in den Bereichen Selbstwirksamkeitserwartung und behaviorales Coping zu beobachten sein. Weiterhin wurde erwartet, dass eine Verbesserung der Ich-Dystonie des Störungserlebens und des Störungsverständnisses indirekt auch die symptomatischen Beschwerden reduziert.

Stichprobenauswahl

Die Studie wurde von der Ethikkommission des Kantons Bern begutachtet und genehmigt. In die Studie wurden Patienten aufgenommen, die sich in ambulanter oder teilstationärer Behandlung befanden und nach DSM-IV bzw. SKID-II [Wittchen et al., 1997] eine Persönlichkeitsstörung aus Cluster A (paranoid, schizoid, schizotypisch), B (antisozial, Borderline, histrionisch, narzisstisch) oder C (vermeidend-selbstunsicher, dependent, zwanghaft) aufwiesen. Das Alter der Patienten wurde zwischen 18 und 55 festgelegt. Außerdem musste der IQ > 90 sein [Mehrfachwahl-Worttest, MWT-B; Lehrl, 1992]. Ausschlusskriterien waren akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung, ausgeprägter Alkohol- und/oder Drogenabusus, hirnorganische Beeinträchtigungen sowie eine im Vordergrund stehende komorbide PTSD-Symptomatik (DSM-IV). Ausgeschlossen wurden auch Patienten, bei denen die Behandlung einer akuten symptomatischen Störung (Achse I; DSM-IV) im Vordergrund stand.

Erhebungsinstrumente

In der Studie wurden Effektdaten zu folgenden Bereichen erhoben: Persönlichkeit, Schemata und kognitive Stile, Beziehungs- und Sozialverhalten, Selbstwirksamkeit und Coping, Emotionalität, Befindlichkeit sowie psychopathologische Beeinträchtigungen. Dabei kamen folgende Fragebogenverfahren zum Einsatz: Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar, PSSI (SE) [Kuhl und Kazén, 1997]; Constructive Thinking Inventory Kurzform, CTI-K (SE) [dt. Version Epstein et al., 1997]; Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, IIP-D (SE) [Horowitz et al., 1994]; Global Assessment of Functioning Scale, GAF (FE) [Saß et al., 1996]; Fragebogen zur Emotionsregulation, EMOREG (SE) [Znoj und Grawe, 2000]; Brief Symptom Inventory, BSI, von Derogatis (SE) [dt. Version Franke, 2000]; Fragebogen zur Generalisierten Kompetenzerwartung, GK (SE) [Jerusalem und Schwarzer, 1993]; Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FPTM-40 (SE) [Schulz et al., 1995]. Weiterhin erfolgte eine unmittelbare Veränderungsmessung nach Abschluss der Therapiephase mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, VEV-VW (SE und FE) [Willutzki, 1999]. Außerdem wurden mögliche Einflussvariablen wie Intelligenz (MWT-B), störungsspezifische und soziodemografische Charakteristika erhoben. Die Fremdeinschätzungen erfolgten jeweils durch klinisch erfahrene Psychologen, die an entsprechenden Rater-Trainings teilnahmen. Für die GAF bzw. den VEV-VW konnten zufriedenstellende Interrater-Reliabilitäten der beteiligten Beurteiler ermittelt werden (GAF: Single Measure Intraclass Correlation = 0,78; VEV-VW: Kappa = 0,77).

Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mittels SPSS und basiert auf einem Allgemeinen Linearen Modell (ALM; multivariat) mit Messwiederholungen (2×2 Versuchsplan). Zusätzlich wurden t-Tests für unabhängige Stichproben und Pearson-χ^2 berechnet. Für jede Untersuchungseinheit wurde eine Stichprobengröße angestrebt, die mittlere Interaktionseffekte (f = 0,25) bei einer Teststärke von 0,80 und einem Alpha-Fehlerniveau von 5% abbilden könnte [vgl. Cohen, 1988]. Um Ergebnisse, welche die Signifikanzgrenze zwar verfehlen, aber dennoch von klinischer Relevanz sind, in die Auswertung mit einbeziehen zu können [vgl. Kraemer, 2000], wurden zusätzlich Effektstärken (ES) innerhalb der beiden Gruppen nach der For-

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

Tab. 1. Patientencharakteristika der parallelisierten Untergruppen (N = 60)

	SET (n = 30)	SST (n = 30)
Alter, Jahre, M ± SD	39,1 ± 9,4	39,5 ± 9,3
IQ (MWT-B), M ± SD	108,8 ± 13,6	105,0 ± 10,6
GAF, M ± SD	52,5 ± 5,2	51,2 ± 8,2
Männer/Frauen, Anzahl	15/15	17/13
Einfach-/Doppel- und Mehrfachdiagnosen, %	36,6/63,4	30,4/69,6
DSM-IV, Achse II, Cluster B/C, Anzahl	18/12	18/12
– Narzisstisch	13	13
– Borderline	4	4
– Histrionisch	1	1
– Vermeidend-selbstunsicher	5	5
– Dependent	5	4
– Zwanghaft	2	3

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

mel ES = $(M_{prä} - M_{post}) / SD_{prä\ gepoolt}$ berechnet [Smith und Glass, 1977]. Nach Cohen [1988] lassen sich dabei kleine (ES = 0,2), mittlere (ES = 0,5) und große Effekte (ES = 0,8) unterscheiden.

Ergebnisse

Patientencharakteristika

An der Studie nahmen insgesamt 93 Patienten teil (SET: n = 47; SST: n = 46). In der SET-Gruppe wurden bei 70,5% und in der SST-Gruppe bei 65,4% der Patienten eine Doppel- oder Mehrfachdiagnose gestellt (Achse II; SKID-II; Wittchen et al., 1997]. In diesen Fällen wurden die Patienten nach Hauptdiagnosen klassifiziert (SKID-II-Diagnose mit dem stärksten Ausprägungsgrad). Die Hauptdiagnosen der Teilnehmer der SET-Gruppe verteilen sich folgendermaßen: Cluster B (insgesamt 62%): 5 histrionisch, 10 Borderline, 14 narzisstisch; Cluster C (insgesamt 38%): je 1 passiv-aggressiv bzw. depressiv, 2 zwanghaft, 5 dependent und 9 vermeidend-selbstunsicher. Von den Teilnehmern der SST-Gruppe wurde bei 29 (insgesamt 63%) eine Cluster-B-Störung (3 histrionisch, 10 Borderline, 16 narzisstisch) diagnostiziert und bei 17 (insgesamt 37%) eine Störung aus dem Cluster C (3 zwanghaft, je 7 dependent bzw. vermeidend-selbstunsicher). Patienten mit einer Störung aus dem Cluster A konnten nicht in die Studie aufgenommen werden. Dies steht mit der klinischen Beobachtung im Einklang, dass solche Patienten psychotherapeutische Angebote nur selten nutzen. Die Geschlechter verteilen sich in der SET-Gruppe 36% männlich zu 64% weiblich, in der SST-Gruppe 39% männlich zu 61% weiblich.

Studienabbrecher

Von einem Studienabbruch gingen wir aus, wenn sich ein Patient nach der Teilnahme an der Eingangssitzung gegen die Therapie entschied oder wenn die Abwesenheitsrate über alle Sitzungen >50% betrug. Störungsspezifische Gründe für Therapieabbrüche waren mangelnde Therapiemotivation, symptomatische Krisensituationen oder störungsbedingtes Überforderungserleben, störungsunspezifische Gründe waren beispielsweise eine Veränderung der Arbeits- oder Wohnsituation, durch die eine Gruppenteilnahme nicht mehr möglich war. Diese Kriterien zugrunde gelegt, brachen 3 Teilnehmer der SET-Gruppe (6,4%) die Therapie vorzeitig ab. Der Abbruch erfolgte jeweils durchschnittlich nach der 5. Sitzung aus störungsspezifischen Gründen. 2 Abbrecher wiesen eine Störung aus dem Cluster B, 1 eine aus dem Cluster C auf. Die Dropout-Rate der SST-Gruppe betrug dagegen 34,8% (n = 16). Bei 15 Teilnehmern waren dabei störungsspezifische, bei 1 störungsunspezifische Gründe ausschlaggebend. Der Austritt erfolgte durchschnittlich ebenfalls nach der 5. Gruppensitzung. Betroffen waren 11 Patienten mit einer Cluster-B- und 5 mit einer Cluster-C-Störung. Bei Gegenüberstellung der Dropout-Raten beider Gruppen stellte sich das relative Risiko eines Behandlungsabbruchs bei der SST-Gruppe 7,8-fach höher dar als bei der SET-Gruppe (odds ratio). Bei Patienten mit einer Cluster-B-Störung betrug der Faktor 8,3, bei Cluster-C-Patienten 7,1.

Tab 2. Soziodemografische und störungsspezifische Charakteristika der parallelisierten Untergruppen (N = 60)

	SET (n = 30)	SST (n = 30)
Soziodemografische Daten		
Zivilstand		
– Ledig	15	15
– Verheiratet	9	8
– Geschieden / getrennt lebend	6	7
Wohnsituation		
– Unbetreut	25	27
– Betreut	5	3
Arbeitssituation		
– Berufstätig (davon krankgeschrieben)	18 (9)	20 (10)
– Arbeitssuchend	4	3
– Sozialhilfe / Frührente (IV)	8	7
Schulabschluss		
– Primarschule	11	15
– Sekundarschule	13	11
– Gymnasium / Hochschule	6	4
Störungsspezifische Daten		
Dauer Symptombelastung, Jahre, M ± SD	15,45 ± 10,51	15,60 ± 12,06
Dauer seit erster fachlicher Konsultation, Jahre, M ± SD	9,61 ± 8,62	7,69 ± 7,02
Medikation		
– Keine	8	3
– Stimmungsausgleichende Medikamente	1	1
– Antidepressiva	19	23
– Benzodiazepine	1	3
– (Niederpotente) Neuroleptika	1	0

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

Tab. 3. Vergleich der Outcomevariablen von SET- und SST-Gruppe (parallelisiert; N = 60)

	SET (n = 30) T1	SET (n = 30) T2	SST (n = 30) T1	SST (n = 30) T2	SET (n = 30) T1– T2	SST (n = 30) T1– T2	F-Test1 DF = 1; 56	
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	F	p
DSM-IV Achse I								
BSI-P globaler Kennwert	37,2 ± 8,9	28,0 ± 12,7	32,1 ± 13,5	29,6 ± 13,6	9,2 ± 11,6	2,5 ± 11,0	5,3	0,03
– Somatisierung	4,2 ± 2,1	2,6 ± 2,3	3,3 ± 2,5	2,9 ± 2,3	1,6 ± 1,7	0,4 ± 2,1	5,4	0,02
– Zwanghaftigkeit	4,5 ± 1,3	3,7 ± 1,6	4,6 ± 1,6	4,1 ± 1,6	0,8 ± 1,9	0,5 ± 1,4	0,4	n.s.
– Unsicherheit[2]	3,6 ± 0,7	2,9 ± 1,2	3,1 ± 1,2	2,9 ± 1,2	0,7 ± 0,9	0,2 ± 1,2	2,13	n.s.
– Depressivität[2]	5,2 ± 0,9	3,7 ± 2,2	4,4 ± 1,7	3,9 ± 1,9	1,5 ± 2,1	0,5 ± 2,0	1,53	n.s.
– Ängstlichkeit	4,6 ± 1,3	3,9 ± 1,7	3,9 ± 1,9	3,7 ± 1,8	0,7 ± 1,8	0,2 ± 2,0	1,0	n.s.
– Aggressivität	2,6 ± 1,1	2,1 ± 1,4	2,3 ± 1,4	2,5 ± 1,4	0,5 ± 1,3	–0,2 ± 1,5	4,4	0,04
– Phobische Angst	2,7 ± 1,7	1,9 ± 1,8	2,3 ± 1,9	2,0 ± 1,9	0,8 ± 1,8	0,3 ± 1,3	1,3	n.s.
– Paranoides Denken	3,6 ± 1,3	2,4 ± 1,7	3,2 ± 1,7	3,2 ± 1,6	1,2 ± 1,3	0,0 ± 1,0	16,1	0,00
– Psychotizismus	3,2 ± 1,3	2,5 ± 1,5	2,8 ± 1,7	2,3 ± 1,7	0,7 ± 1,6	0,5 ± 1,3	0,3	n.s.
DSM IV-Achse II								
PSSI Summenwert	61,8 ± 6,4	58,8 ± 7,2	59,9 ± 9,4	58,9 ± 8,5	3,0 ± 7,0	1,0 ± 4,5	1,8	n.s.
Interpersonales und soziales Verhalten								
IIP-D Summenwert	15,3 ± 3,2	13,0 ± 3,6	14,4 ± 4,2	14,0 ± 4,6	2,3 ± 3,5	0,4 ± 2,6	5,4	0,02
GAF (FE)	52,5 ± 5,2	59,6 ± 8,7	51,2 ± 8,2	55,0 ± 9,5	7,1 ± 5,8	3,8 ± 5,2	5,4	0,02
VEV-VW[3] Interaktionsveränderung					1,2 ± 0,9	0,7 ± 0,8	5,0	0,03
VEV-VW[3] Interaktionsveränderung (FE)					1,1 ± 0,5	0,7 ± 0,4	9,7	0,00
Emotionsregulation und Coping / kognitive Stile								
EMOREG Emotionskontrolle	2,6 ± 0,9	3,2 ± 0,7	3,1 ± 1,0	3,4 ± 1,0	0,6 ± 0,9	0,3 ± 0,7	2,1	n.s.
EMOREG Verzerrung	4,4 ± 1,3	3,9 ± 1,1	4,0 ± 1,3	4,0 ± 1,3	0,5 ± 1,0	0,0 ± 0,8	4,4	0,04
CTI-K Emotionales Coping	47,2 ± 11,8	54,6 ± 14,2	52,8 ± 18,9	55,8 ± 17,6	7,4 ± 10,4	3,0 ± 12,4	2,2	n.s.
CTI-K Behaviorales Coping	44,5 ± 9,6	48,9 ± 10,7	47,8 ± 9,8	51,7 ± 10,0	4,4 ± 10,4	3,9 ± 6,8	0,1	n.s.
Selbstwirksamkeit								
GK	20,4 ± 5,7	24,3 ± 4,7	19,9 ± 6,7	23,3 ± 6,2	3,9 ± 4,9	3,4 ± 4,3	0,4	n.s.
Motivation								
FPTM-40 Leidensdruck	33,6 ± 5,2	29,6 ± 6,4	32,4 ± 5,6	30,1 ± 5,6	4,0 ± 7,0	2,3 ± 3,5	1,4	n.s.
FPTM-40 Hoffnung	21,4 ± 3,4	23,0 ± 4,5	20,5 ± 4,9	21,2 ± 5,2	1,6 ± 3,8	0,7 ± 3,2	0,9	n.s.

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; FE = Fremdeinschätzung.
[1]Allgemeines Lineares Modell (ALM); multivariat; Bonferroni: $\alpha' \leq 0{,}002$.
[2]Baseline (T1) als Kovariate.
[3]VEV-VW = Veränderungsmessung.

Parallelisierte Untergruppen

Die stark differierenden Dropout-Raten in beiden Untersuchungsbedingungen legten nahe, den Vergleich beider Gruppen nicht mit den ursprünglichen Stichproben, sondern mit parallelisierten Untergruppen vorzunehmen. Eine Intention-to-treat-Analyse der Ursprungsdaten als methodische Alternative wurde ausgeschlossen, da diese den Vergleich beider Gruppen in erheblichem Maße zu Ungunsten der Kontrollgruppe beeinflusst hätte. Die Teilnehmer der SST-Gruppe, die die Therapie abgeschlossen haben (n = 30), wurden deshalb mit einer Stichprobe der Daten der SET-Gruppe verglichen, die anhand folgender Variablen parallelisiert waren: Achse-II-Diagnose (DSM-IV), Geschlecht, Alter, IQ sowie psychosoziales Funktionsniveau (GAF) bei Studieneintritt. Die Patientencharakteristika der parallelisierten Untergruppen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Homogenität der Behandlungsgruppen wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben (2-seitig) und Pearson-χ^2 überprüft. Experimental- und Kontrollgruppe unterscheiden sich dabei weder im Alter, IQ und GAF-Wert ($t < 1{,}23$; df = 56; n.s.) noch hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter und der diagnostischen Cluster (B bzw. C) signifikant ($\chi^2 < 0{,}27$; df = 1; n.s.). Ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede ergeben sich in Hinblick auf die soziodemografischen ($\chi^2 < 0{,}1.19$; df ≥ 1; n.s.) und störungsspezifischen Daten (Dauer der Symptombelastung; Dauer seit der ersten fachlichen Konsultation; $t < 1{,}0$; df = 56; n.s.) sowie auf die Verteilung von Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen und Einfachdiagnosen ($\chi^2 = 0{,}23$; df = 1; n.s.) (Tab. 2).

Inferenzstatistik

Zunächst wurden die Ausgangsniveaus (T1) der Outcome-Variablen mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Dabei zeigen sich im Allgemeinen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen ($t < 1{,}7$; df = 56; n.s.). Ausnahmen stellen die Skalen Unsicherheit im

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

Sozialkontakt und Depressivität des BSI-P dar ($t < 2{,}2$; $df = 56$; $p = 0{,}03$). Entsprechend wurde im ALM die Baseline (T1) dieser Variablen als Kovariate berücksichtigt. Das multivariate ALM bezog alle Differenzwerte der Outcome-Variablen mit ein und diente zur Überprüfung, ob sich die erzielten Therapiefortschritte in den beiden Vergleichsgruppen signifikant unterscheiden.

Das gesamte ALM unter Einbezug der in Tabelle 3 dargestellten Variablen weist auf einen signifikanten Unterschied in den beiden Vergleichsgruppen hin (Pillai's Trace: $F = 2{,}7$; $p = 0{,}004$). Die Ergebnisse der einzelnen Variablen zeigen, dass dieser Effekt auf verschiedene Verbesserungen der SET-Gruppe zurückzuführen ist. Zum einen reduzieren sich die wahrgenommenen symptomatischen Beeinträchtigungen (Achse I) in der SET-Gruppe signifikant stärker als in der SST-Gruppe (BSI-P globaler Kennwert). Dies betrifft vor allem die Bereiche Somatisierung, Aggressivität und paranoides Denken zu. Zum anderen zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede bei den interpersonalen und sozialen Verhaltensweisen. So lassen sich bei den Teilnehmern der SET-Gruppe im globalen sozialen Funktionsniveau (GAF) und in der Selbsteinschätzung ihrer interpersonalen Probleme (IIP-D Summenwert) sowie in der Veränderung des Interaktionsverhaltens (VEV-VW; SE) signifikant stärkere Verbesserungen beobachten als bei den Teilnehmern der SST-Gruppe. Letzteres betrifft auch die Fremdeinschätzung. Daneben werden signifikante Gruppenunterschiede auch bei der Emotionsregulation deutlich. Im EMOREG verbessern sich dysfunktionale emotionale Selbstregulationsversuche («Verzerrung») in der SET-Gruppe signifikant stärker als in der SST-Gruppe.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde überprüft, ob die Ergebnisse in Abhängigkeit von der diagnostischen Einordnung der Patienten variieren. Ein ALM mit den beiden Faktoren Gruppe und Cluster zeigte keine signifikante Interaktionseffekte ($F < 2{,}6$; $df = 1; 56$; n.s.). Abschließend erfolgte eine Untersuchung der differentiellen Nutzung der Therapieangebote mittels t-Test. Bei den Teilnehmern der SET-Gruppe beträgt der durchschnittliche Anwesenheitsquotient 86,4%, während die Teilnehmer der SST-Gruppe durchschnittlich während 78,1% der Sitzungen anwesend waren. Der Quotient unterscheidet sich dabei zwischen den Gruppen signifikant ($t = 2{,}37$; $df = 56$; $p = 0{,}02$).

Deskription mittels Effektstärken

Zur Beurteilung der Therapieeffekte unter klinischen Gesichtspunkten wurden weiterhin Effektstärken (ES) zu den einzelnen erhobenen Variablen berechnet. Die Ergebnisse verdeutlichen verschiedene weiterreichende Therapieeffekte (Tab. 4). Bei der Selbstwahrnehmung symptomatischer Beeinträchtigungen (Achse I; BSI-P; globaler Kennwert) zeigen sich in der SET-Gruppe große, aber in der SST-Gruppe nur kleine Effekte. In Hinblick auf die jeweiligen Achse-II-Störungen der Teilnehmer (PSSI Summenwert; SE) lassen sich in der SET-Gruppe mittlere, in der SST-Gruppe dagegen nur kleine Effekte beobachten. Ein vergleichbares Bild ergibt sich bei den interpersonalen und sozialen Verhaltensweisen: Auch hier fallen die Effekte der SET-Gruppe deutlich größer aus als die der SST-Gruppe. Die Selbstwahrnehmung interpersonaler Probleme (IIP-D Summenwert) sowie die interaktionellen Veränderungen nach Therapieabschluss (VEV-VW) zeigen bei den Teilnehmern der SET-Gruppe beispielsweise mittlere bzw. große Effekte, während in der SST-Gruppe große Effekte – jedoch auf geringerem Niveau – nur in den wahrgenommenen Interaktionsveränderungen (VEV-VW) zu beobachten sind. Im Bereich interpersonaler Probleme (IIP-D) fallen diese jedoch wieder niedrig aus. Analog stellen sich die Ergebnisse bei den Fremdbeurteilungsverfahren dar. Auch hier zeigen sich bei den wahrgenommenen Interaktionsveränderungen (VEV-VW) unter beiden Untersuchungsbedingungen große Effekte, die in der SET-Gruppe jedoch wieder deutlich höher ausfallen als in der SST-Gruppe. Die Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus dagegen (GAF) weist in der SET-Gruppe wieder auf große Effekte, in der SST-Gruppe nur auf mittlere Effekte hin.

Verbesserungen der Emotionsregulation, des Copings und der erlebten Selbstwirksamkeit können wie folgt differenziert

Tab. 4. Effektstärken (ES) der Outcomevariablen innerhalb SET- und SST-Gruppe (parallelisiert; N = 60)

	SET (n = 30) T1–T2 ES	SST (n = 30) T1–T2 ES
DSM IV Achse I		
BSI-P globaler Kennwert	0,79	0,21
DSM IV Achse II		
PSSI Summenwert	0,38	0,12
Interpersonales und soziales Verhalten		
IIP Summenwert	0,61	0,12
GAF (FE)	1,05	0,56
VEV-VW Interaktionsveränderung	1,34	0,78
VEV-VW Interaktionsveränderung (FE)	2,07	1,32
Emotionsregulation und Coping / kognitive Stile		
EMOREG Emotionskontrolle	0,57	0,27
EMOREG Verzerrung	0,38	0,00
CTI-K Emotionales Coping	0,47	0,19
CTI-K Behaviorales Coping	0,45	0,40
Selbstwirksamkeit		
GK	0,62	0,54
Motivation		
FPTM-40 Leidensdruck	0,74	0,43
FPTM-40 Hoffnung	0,38	0,18
Globaler Therapieeffekt[1]	0,79	0,41
Globaler Therapieffekt SE	0,64	0,30
Globaler Therapieffekt FE	1,56	0,94

FE = Fremdeinschätzung; SE = Selbsteinschätzung.
[1] Mittelwert aller Variablen (BSI-P: nur globaler Kennwert berücksichtigt).

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

werden: Beide Gruppen erzielen vergleichbare (mittlere) Effekte in Hinblick auf die Selbstbeurteilung des behavioralen Copings (CTI-K) und der Selbstwirksamkeit (GK). Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich jedoch beim emotionalen Coping. So liegt die Selbstbeurteilung der Emotionskontrolle bzw. der Tendenz zu verzerrten Wahrnehmungs- und Reaktionsweisen unter emotionaler Belastung («Verzerrung»; EMOREG) sowie des emotionalen Copings (CTI-K) in der SET-Gruppe im mittleren Bereich, während bei der SST-Gruppe hier keine bzw. nur kleine Effekte zu beobachten sind. Deutliche Gruppenunterschiede zeigen sich schließlich auch in der Selbstbeurteilung der Abnahme des Leidensdrucks und Hoffnung auf Besserung der Beschwerden (FPTM-40). In der SET-Gruppe lassen sich dabei große bzw. mittlere, in der SST-Gruppe dagegen nur mittlere bzw. kleine Effekte beobachten.

Zur Ermittlung eines globalen Kennwertes für die Effektivität der Therapieansätze schließlich wurden die Effektstärken in den beschriebenen Variablen gemittelt. Dabei zeigt sich in der SET-Gruppe ein großer, in der SST-Gruppe nur ein mittlerer Effekt. Diese Relation betrifft sowohl die Selbst- wie auch die Fremdbeurteilungsverfahren. In letzteren liegen die Werte jedoch höher als in ersteren.

Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse im Einklang mit unseren Untersuchungshypothesen stehen. Der gemittelte Therapieeffekt der SET als Kennwert für die Behandlungseffektivität zeigt sich gegenüber dem der SST-Gruppe überlegen. Signifikant stärkere Verbesserungen lassen sich insbesondere beim interpersonalen Verhalten, beim emotionalen Coping und bei den symptomatischen Beeinträchtigungen nachweisen. Darüber hinaus werden klinisch relevante Effekte zugunsten der SET in der Reduktion des erlebten Leidensdrucks, der Hoffnung auf Besserung der Beschwerden sowie der Ausprägung der jeweiligen Persönlichkeitsstile deutlich. Gleichrangig erscheint die SST-Gruppe dagegen hinsichtlich der Verbesserung des behavioralen Copings und der Selbstwirksamkeit. Weiterhin verdeutlichen die Daten, dass die SET bei den Patienten auf eine sehr hohe Akzeptanz stößt und zu einer guten Behandlungscompliance führt. Deutlich wird dies durch die signifikant geringeren Dropout-Raten bzw. den signifikant höheren Anwesenheitsquotienten in der SET-Gruppe.

Bei den Ergebnissen fällt zunächst auf, dass die gemittelten Therapieeffekte in der SET-Gruppe zwar im mittleren bis hohen Bereich liegen (vgl. Tab. 4) und denen der SST-Gruppe überlegen sind, im Bereich der Selbstbeurteilungsverfahren fallen die Effektstärken jedoch niedriger aus als in den beiden derzeit vorliegenden Metaanalysen zur Effektivität psychotherapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen [Perry et al., 1999; Leichsenring und Leibing, 2003]. Die Metaanalyse von Leichsenring und Leibing umfasst 14 Studien zur psychodynamisch orientierten und 11 Studien zur kognitiv-behavioralen Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus den Jahren 1981–2000. Für letztere berichten die Autoren Effektstärken von 1,20 für Selbstbeurteilungsverfahren und 0,87 für Fremdbeurteilungsverfahren. Beim Vergleich der Effektstärken zeigt sich, dass die Werte der Selbstbeurteilungsverfahren unserer eigenen Untersuchung gegenüber den von Leichsenring und Leibing berichteten abfallen, während die der Fremdbeurteilungsverfahren tendenziell höher ausfallen. Erstgenannter Effekt könnte zum einen auf die diagnostische Heterogenität der von uns untersuchten Patientengruppen zurückzuführen sein, die vermutlich zu unterschiedlichen Wirkprofilen und statistisch somit zu größeren Wertestreuungen führt. Zum anderen liegt ein weiteres statistisches Artefakt möglicherweise auch darin begründet, dass in die Metaanalyse von Leichsenring und Leibing vorwiegend Studien eingegangen sind, in denen im Falle der Selbstbeurteilungsverfahren nur wenige Erhebungsinstrumente mit einer geringen Anzahl von Einzelskalen zum Einsatz gekommen sind. Die Anzahl der in unserer Studie einbezogenen Variablen liegt wesentlich höher, so dass den entsprechenden Effektstärken eine statistisch heterogenere Datenbasis zugrunde liegt. Vergleichbarkeit hinsichtlich der einbezogenen Variablen besteht dagegen bei den Fremdbeurteilungsverfahren; entsprechend liegen unsere Werte auch im Bereich der von Leichsenring und Leibing berichteten Werte. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass in den Studien der Metaanalyse die Beurteilungszeiträume durchgängig größer sind, da diese auch die Katamnesezeiträume umfassen. Eine diesbezügliche Vergleichbarkeit mit unseren Daten wird erst gegeben sein, wenn unsere Katamnesedaten vorliegen und in entsprechende Berechnungen mit einbezogen werden können.

Die differentiellen Ergebnisse unserer Untersuchung erscheinen in verschiedener Hinsicht bemerkenswert. Sie weisen darauf hin, dass das vorwiegend schemazentrierte und klärungsorientierte gruppentherapeutische Vorgehen der SET, das auf die Förderung der Ich-Dystonie des Störungserlebens abzielt und dadurch die bewältigungsorientierten Interventionen in einen erweiterten Verständnisrahmen integriert, einem traditionell bewältigungsorientierten Verfahren in Hinblick auf verschiedene unmittelbar störungsrelevante Bereiche überlegen zu sein scheint und zu stärkeren symptomatischen Verbesserungen führt. Im Bereich der Verbesserung der behavioralen Dimension des Bewältigungsverhaltens erweist sich dieses dagegen als ebenbürtig, obwohl in der SET solche Bewältigungsfertigkeiten in zeitlich geringerem Umfang als in der SST-Gruppe bearbeitet werden.

Die beobachtete Überlegenheit in den genannten Bereichen könnte dabei entweder mittelbar, d.h. durch die Aktivierung unspezifischer Therapiefaktoren, oder aber unmittelbar, also durch die spezifische Therapiemethode der SET bedingt sein. Möglicherweise spricht das therapeutische Vorgehen der SET

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

in besonderem Maße die emotionale und kognitive Bedürfnisstruktur der Patienten an, so dass die Therapieeffekte auf eine erhöhte generelle Therapiemotivation und auf eine daraus resultierende hohe Behandlungscompliance zurückzuführen wären. Für diese Hypothese sprechen die höheren Effekte der SET-Gruppe im FPTM-40 in der Dimension «Hoffnung» sowie die signifikant besseren Kennwerte zur Nutzung des Therapieverfahrens. Während sich die Dropout-Rate der SST-Gruppe mit 34,8% im Bereich der in der Literatur für diese Patientengruppe berichteten Spanne von etwa 28–60% bewegt [Shea et al., 1990; Perry, 1993; Wierzbicki und Pekarik, 1993; Garfield, 1994; Reis und Brown, 1999; Thormählen et al., 2003], fällt die Dropout-Rate der SET-Gruppe mit 6,4% speziell für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sehr niedrig aus. Weitere mögliche Einflussgrößen in diesem Zusammenhang könnten aber auch Therapeutenvariablen wie die Qualität der therapeutischen Beziehung oder die Gruppenatmosphäre in den Vergleichsgruppen sein. Obwohl alle Gruppen von erfahrenen, vergleichbar ausgebildeten und supervidierten Therapeuten durchgeführt wurden, müsste in einer weiterreichenden Untersuchung geklärt werden, welchen Einfluss solche Therapeutenvariablen in Abhängigkeit von patientenspezifischen Charakteristika auf das Behandlungsergebnis ausüben.

Andererseits wäre es aber auch denkbar, dass in erster Linie die spezifischen schemazentrierten und klärungsorientierten therapeutischen Interventionen der SET für diese Effekte verantwortlich sind. Für diese Hypothese spricht, dass SET und SST vergleichbare Verbesserungen im behavioralen Coping und der Selbstwirksamkeit bewirken, aber nur die Teilnehmer der SET-Gruppe die beobachteten weiterreichenden Therapieeffekte zeigen. Dieser Befund zeigt, dass auch in der SST-Gruppe spezifische Lernfortschritte erzielt werden konnten, so dass gleichermaßen von einer spezifischen Wirksamkeit durch die Art der eingesetzten Methodik ausgegangen werden kann. Die Beobachtung solcher methodenspezifischer Effekte bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen unterstreichen auch die derzeit vorliegenden Studien zu den eingangs referierten Therapieverfahren. Turkat und Maisto [1985] beispielsweise berichten im Rahmen einer Einzelfallstudie von positiven Behandlungsergebnissen ihres Therapieansatzes. Schmitz und Mitarbeiter [2001; Schuhler und Schmitz, 2005] untersuchten im randomisierten Kontrollgruppenvergleich die Behandlungseffekte ihres Gruppenprogramms. Die Experimentalgruppe war dabei in den Bereichen symptomatische Beschwerden, Belastungsmanagement, Problemeinsicht sowie kognitive und instrumentelle Bewältigungsfertigkeiten der Kontrollgruppe überlegen. Vergleichsweise umfangreiche Forschungsergebnisse schließlich liegen zur DBT von Linehan vor [vgl. Koerner und Linehan, 2000; Robins und Chapman, 2004]. Diese weisen darauf hin, dass ihr Therapieansatz geeignet erscheint, verschiedene Borderline-spezifische Störungsparameter, wie beispielsweise parasuizidale Verhaltensweisen, Suizidgedanken, mangelnde Impulskontrolle, Selbstverletzungen, Hoffnungslosigkeit und Depressivität, Ärgererleben, Dissoziationen sowie Hospitalisationsdauer positiv zu beeinflussen [Linehan et al., 1991; Koons et al., 2001; Verheul et al., 2003]. Auch von einer Implementierung der DBT in stationäre Behandlungsangebote werden positive Behandlungsergebnisse berichtet [vgl. Bohus et al., 2000; 2004; Swenson et al., 2001; Alper und Peterson, 2001; Höschel, 2006]. Eine Beurteilung der differentiellen Wirkungsweise bzw. Wirksamkeit der spezifischen therapeutischen Interventionen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (neben der Wechselwirkung mit unspezifischen Wirkfaktoren) erlaubt der derzeitige Forschungsstand jedoch noch nicht. Insofern stellen unsere eigenen Untersuchungsergebnisse wichtige Befunde zu dieser Fragestellung dar. Gleichzeitig muss allerdings auf die Notwendigkeit weiterer Forschungsbemühungen in diesem Bereich hingewiesen werden.

Trotz der positiven Datenlage zu den Therapieeffekten sind unsere Untersuchungsergebnisse als vorläufig zu betrachten, da infolge der ausstehenden Analyse der Katamnesedaten horizontale wie auch vertikale Generalisierungseffekte noch nicht abgeschätzt werden können. Außerdem führt die Methode der Parallelisierung zwar zu sehr homogenen Vergleichsgruppen, die damit verbundene Reduktion der Gesamtstichprobe zieht aber auch eine Reduktion der statistischen Power nach sich. Dennoch weisen die Daten darauf hin, dass mit der SET ein Behandlungsansatz vorliegt, der eine gute Passung zwischen Therapiemethode und Patient ermöglicht, auf hohe Akzeptanz stößt und eine angemessene und effiziente Behandlung im gemischten Gruppensetting erlaubt. Damit könnte sich diese unter klinischen und ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll in die bestehende Krankenversorgung integrieren lassen.

Literatur

Alper G, Peterson SJ: Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder. J Psychosoc Nurs 2001;39(10):38–45.

Beck AT, Freeman A: Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.

Beck AT, Freeman A: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen, ed 2. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1994.

Benjamin LS: Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders. New York, Guilford, 1993.

Benjamin LS: Die Interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. München, CIP-Medien, 2001.

Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan MM: Evaluation of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. Behav Res Ther 2000:38:875–887.

Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger M, Schmal C, Unkel C, Linehan MM: Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. Behav Res Ther 2004;42: 487–499.

Cohen J: Statistical Power Analyses for the Behavioral Sciences. Hillsdale, Erlbaum, 1988.

Epstein S, Lamertz C, Hoyer J: Constructive Thinking Inventory, CTI-K. Unpubliziertes Manuskript, 1997.

Franke GH: Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis. Deutsche Version. Göttingen, Beltz Test, 2000.

Freeman C, Christner W: Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen; in Merod R (Hrsg): Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Tübingen, dgvt, pp 107–144.

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023

Garfield SL: Research on client variables in psychotherapy; in Bergin AE, Garfield SL (eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior change. New York, Wiley, 1994.
Hinsch R, Pfingsten U: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), ed 4. Weinheim, Beltz PVU, 2002.
Höschel K: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regelversorgung – das Saarbrücker Modell. Verhaltenstherapie 2006;16(1):17–24.
Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme. Deutsche Version. IIP-D. Weinheim, Beltz, 1994.
Hotopf M, Churchill R, Lewis G: Pragmatic randomised controlled trials in psychiatry. Br J Psychiatry 1999;175:217–223.
Jacob GA, Richter H, Lammers C-H, Bohus M, Lieb K: Gruppentherapiemodul zur Stärkung des Selbstwertes bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Verhaltenstherapie 2006;16:212–221.
Jerusalem M, Schwarzer R: Generalisierte Kompetenzerwartung: in Schwarzer R (Hrsg): Measurement of Perceived Self-Efficacy. Psychometric Scales for Cross-Cultural Research. Berlin, Forschung an der Freien Universität 1993, vol 15.
Koerner K, Linehan MM: Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. Psych Clin North Am 2000;23:151–167.
Koons C, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop GK, Butterfield MI, Bastian LA: Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with personality disorder. Behav Ther 2001; 32(2):371–390.
Kraemer HC: Pitfalls of multsite randomized clinical trials of efficacy and effectiveness. Schiz Bull 2000;26: 533–541.
Kuhl J, Kazén M: Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar, PSSI. Göttingen, Hogrefe, 1997.
Lehrl S: Mehrfachwahl-Wortschatztest, MWT-B. Erlangen, PERIMED-spitta, 1992.
Leichsenring F, Leibing E: The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. Am J Psychiatry 2003;160:1223–1232.
Linehan MM: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993a.
Linehan MM: Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993b.
Linehan MM: Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996a.
Linehan MM: Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996b.
Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 1991;48:1060–1064.
Millon TH: Disorders of Personality. DSM-IV and beyond, ed 2. New York, Wiley, 1996.
Ogundipe LO, Bordman AP, Masterson A: Randomisation in clinical trials. Br J Psychiatry 1999;175: 581–584.
Oldham JM, Morris LB: Ihr Persönlichkeitsportrait. Hamburg, Kabel, 1992.
Perry JC: Longitudinal studies of personality disorders. J Pers Disorders 1993;7:63–85.
Perry JC, Banon E, Ianni F: Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. Am J Psychiatry 1999;156(9):1312–1321.
Potreck-Rose F, Jacob G: Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart, Pfeiffer, 2003.
Reddemann L: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. Stuttgart, Pfeiffer, 2004.
Reis BF, Brown LG: Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. Psychotherapy 1999;36:123–136.
Robins CJ, Chapman AL: Dialectical Behavior Therapy: Current status, recent developments, and future directions. J Pers Disorders 2004;18(1):73–89.
Sachse R: Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Hogrefe, 2001.
Sachse R: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Hogrefe, 2004.
Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen, Hogrefe, 1996.
Schmitz B, Schuhler P, Handke-Raubach A, Jung A: Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Lengerich, Pabst, 2001.
Schuhler P, Schmitz B: Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen – ein neues gruppentherapeutisches Programm; in Merod R (Hrsg): Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Tübingen, dgvt, 2005, pp 601–622.
Schulz H, Nübling R, Rüddel H: Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Therapiemotivation. Verhaltenstherapie 1995;5:89–95.
Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM, Docherty JP: Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry 1990;147:711–718.
Smith ML, Glass GV: Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. Am Psychol 1977;32:752–760.
Sulz SKD: Strategische Kurzzeittherapie. Wege zur effizienten Psychotherapie. München, CIP-Medien, 1994.
Sulz SKD: Praxismanual zur Strategischen Kurzzeittherapie. München, CIP-Medien, 1995.
Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, Linehan MM: The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. Psychiatr Q 2001;72(4):307–324.
Teusch L, Gastpar M: Psychotherapieforschung in der Psychiatrie. Nervenarzt 2000;71:213–217.
Thormählen B, Weinryb RM, Norén K, Vinnars B, Bagedahl-Strindlund M, Barber JP: Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. Psychother Res 2003;13(4):493–509.
Turkat ID: The Personality Disorders: A Psychological Approach to Clinical Management. New York, Pergamon, 1990.
Turkat ID: Die Persönlichkeitsstörungen. Bern, Huber, 1996.
Turkat ID, Maisto SA: Personality disorders: application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders; in Barlow DH (ed): Clinical Handbook of Psychological Disorders. New York, Guilford, 1985.
Ullrich R, De Muynck R: ATP 1: Einübung von Selbstvertrauen – Bedingungen und Formen sozialer Schwierigkeiten. München, Pfeiffer, 1998.
Verheul R, van den Bosch LMC, Koter MWJ, de Ridder, MAJ, Stijnen T, van den Brink W: Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. Br J Psychiatry 2003;182:135–140.
Wierzbicki M, Pekarik G: A meta-analysis of psychotherapy dropout. Prof Psychol Res Pract 1993;24:190–195.
Willutzki U: VEV-VW. Neue Version des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens von Zielke. Unpublizierter Fragebogen. Institut für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum, 1999.
Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. SKID-II. Göttingen, Hogrefe, 1997.
Young JE: Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Sarasota, Professional Research Exchange, 1994.
Young JE, Klosko JS, Weishaar M: Schema Therapy. New York, Guilford, 2003.
Young JE, Klosko JS, Weishaar M: Schematherapie. Paderborn, Junfermann, 2005.
Znoj HJ, Grawe K: The control of unwanted states and psychological health: Consistency safeguards; in Grob A, Walter P (eds): Control of Human Behaviour: Mental Processes and Awareness. New York, Erlbaum, 2000, pp 263–282.
Zorn P, Roder V: Schemazentrierte emotiv-behaviorale Therapie für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (SET) – Behandlungsmanual. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. Bern, Universitätsklinik für Psychiatrie, 2005.
Zorn P, Roder V: Verhaltenstherapeutische Therapieansätze für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Überblick und empirische Ergebnisse. Verhaltensther Verhaltensmed 2006;27(1):7–27.
Zorn P, Roder V, Thommen M, Tschacher W: Development and evaluation of a cognitive behaviour therapy programme for patients with personality disorders. World Psychiatry 2004;3(suppl 1):327.
Zorn P, Roder V, Müller D, Lächler M, Renevey Y: Evaluation eines neuen kognitiv-behavioralen Gruppentherapieprogramms für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (BIT): Zwischenergebnisse. Nervenarzt 2005;76(suppl 1):262–263.

Downloaded from http://karger.com/ver/article-pdf/17/4/233/3605224/000110129.pdf by Universitätsbibliothek Bern user on 09 November 2023