



UNIVERSITÄTS**medizin.**

MAINZ

Schematherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung im stationären Setting

Dipl.-Psych. Neele Reiss

Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie
Universitätsmedizin Mainz
Leitung: Prof. K. Lieb

Littenheid, 11.11.2010

Borderline Persönlichkeitsstörung

- Hohe Prävalenzraten (1% - 5,9%)
- Hohe Inzidenzraten:
 - Ambulante Behandlung: ca. 18 %
 - Stationäre Behandlung: ca. 25 %
- Hohe Suizidraten
- Durchschnittlich 65 Behandlungstage/Jahr in Deutschland
 - Gesundheitsökonomisch hohe direkte und indirekte Kosten
- Bisher keine evidenzbasierte medikamentöse Behandlung der BPS als Ganzes
- Psychotherapie weiterhin Behandlungsmethode der 1. Wahl

Stationäre schematherapeutische Behandlungsprogramme

- Kombination aus Gruppen- und Einzel-Schematherapie im stationären Setting

- Fokus auf Gruppentherapie
 1. RCT zu Schematherapeutischer Gruppentherapie im ambulanten Kontext (Farrell et al., 2009)
 2. Kosteneffektivität

- Basis:
 1. Schematherapeutisches Gruppenmodell von Farrell & Shaw
 2. Arbeit an Modi

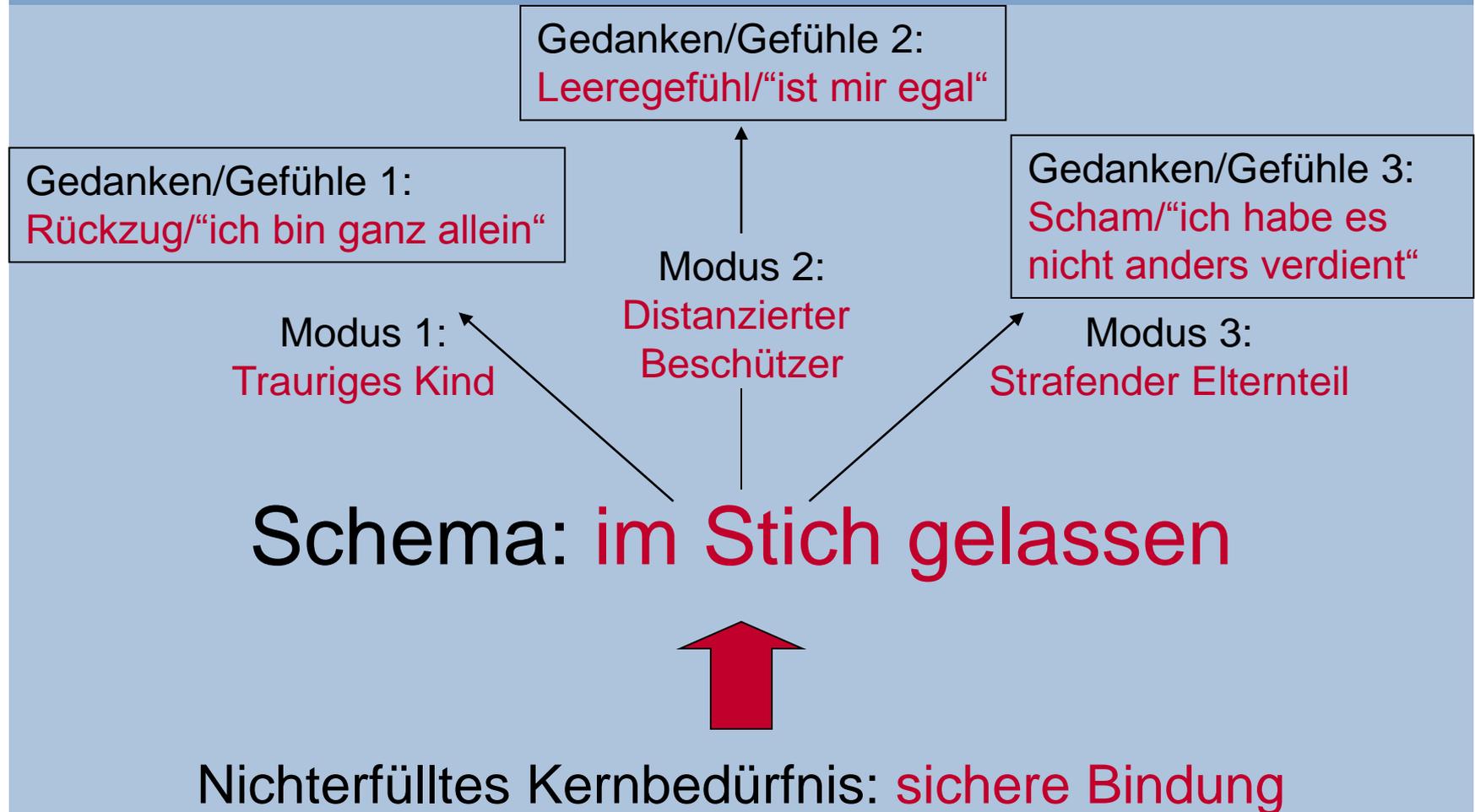
Modi

- Emotionale Zustände

- Rasche und abrupte Wechsel in Gedanken, Gefühlen und Verhalten bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (z.B. BPS)

- Bsp.:
 - Therapeut bespricht mit seiner BPS-Patienten, dass er in Urlaub fährt.

Beispiel



Das vulnerable Kind



- Starke emotionale Schmerzen und Verlassensängste
- Fühlt sich traurig, verängstigt, extrem verletzlich, hilf- und hoffnungslos, bedürftig, verloren und nicht lebenswürdig.

Das wütende Kind

- Affekt eines außer Rand und Band geratenen Kindes, das schreit und sich impulsiv gegen einen (vermeintlichen) Gegner wehrt.
- Fühlt sich wütend, kann sich nicht kontrollieren, verletzt andere Menschen oder beschädigt Dinge.



Dysfunktionale Elternmodi

Der strafende Elternteil:

- Internalisierte Stimme, die den Patienten kritisiert und bestraft.
- Kann Stimme der Eltern, Peers, Lehrer, etc. gewesen sein.
- Selbsthass und Strafneigung gegenüber dem Ausdruck eigener Bedürfnisse.
- Hat kein Mitgefühl mit dem vulnerablen Kind, ist kalt, erniedrigend und unversöhnlich



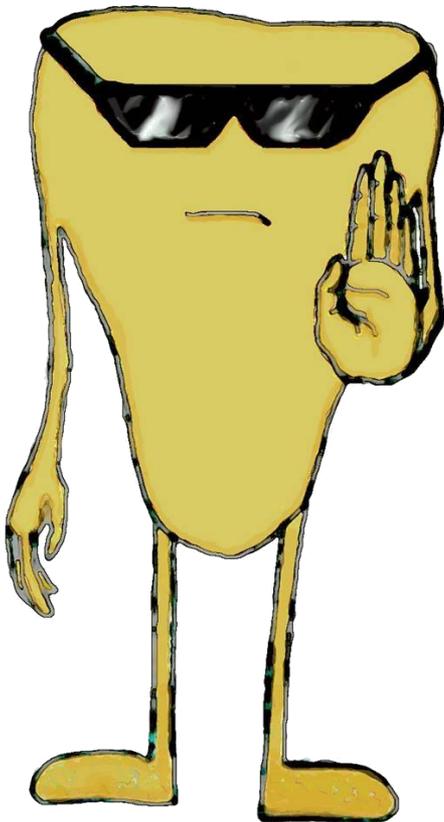
Dysfunktionale Elternmodi

Der fordernde Elternteil:

- Vertritt extrem hohe Standards, die meist nicht zu erreichen sind
- Gleichzeitig: Bedürfnisse anderer vor die eigenen zu stellen
- Gefühl, das Patienten häufig berichten:
DRUCK



Der distanzierte Beschützer



© Britta

Distanzierter Beschützer :

- emotionale Distanzierung von (schmerzhaften) Gefühlen
- Emotionen scheinen abgestellt, zu anderen Menschen wird kein Kontakt hergestellt, Unterstützung wird zurückgewiesen
- Assoziiert mit Leere, Langeweile, Substanzmissbrauch, Essanfällen, Dissoziation

Distanzierende Selbst-Beruhigung oder –Stimulation (Detached Self-Soother):

- stimulierend z.B. Workaholismus, Glücksspiel, Risikosportarten, Promiskuitivität, oder Substanzgebrauch
- beruhigend z.B. Computerspiele, übermäßiges Essen, Fernsehen oder Tagträumen

Das glückliche Kind



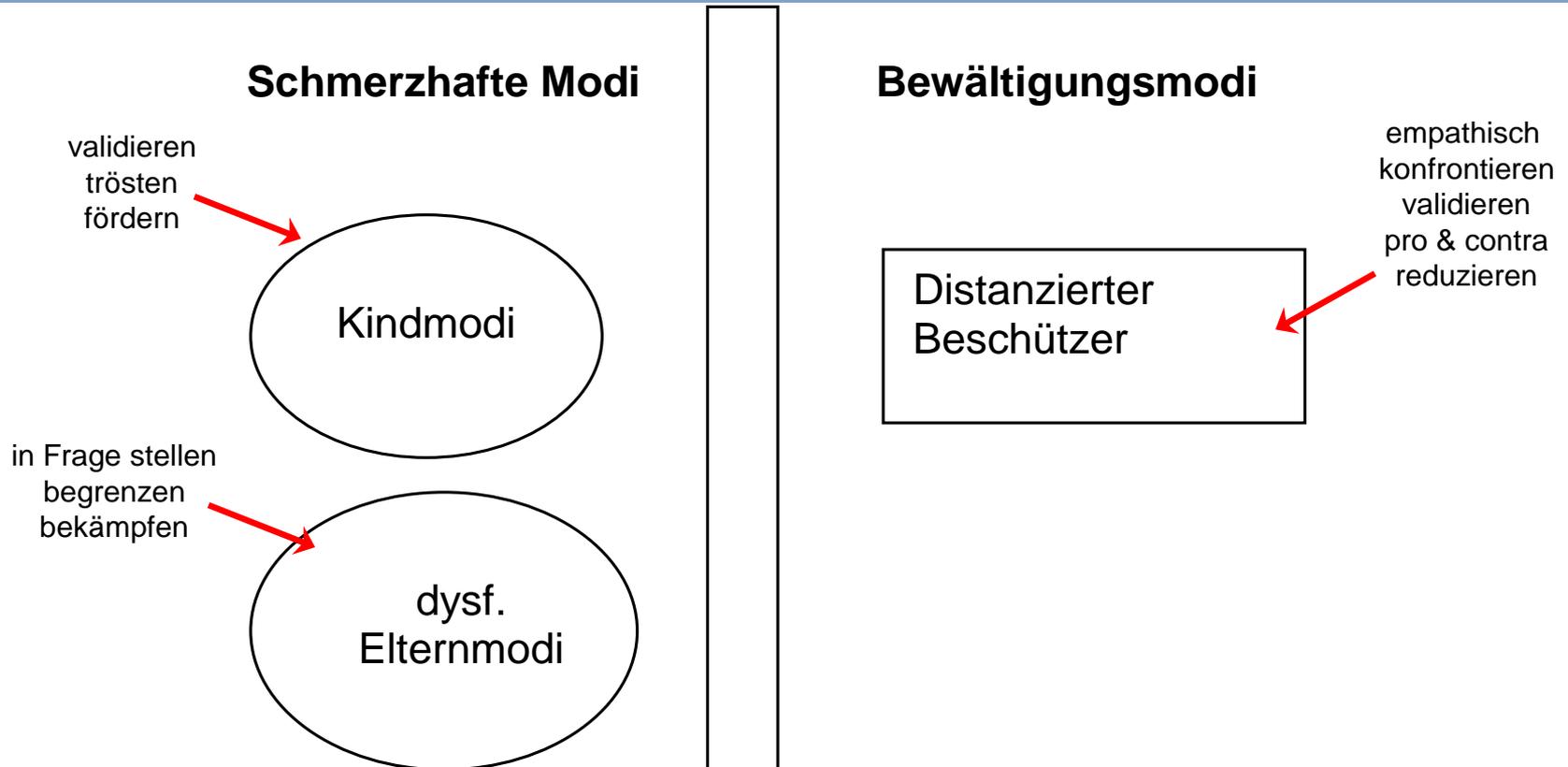
- Gefühle:
 - geliebt, zufrieden, verbunden, in unseren Bedürfnissen befriedigt, ausgefüllt, beschützt, gelobt, wertvoll, versorgt, geführt, verstanden, validiert, selbstsicher, kompetent, angemessen unabhängig oder selbständig, sicher, belastbar, stark, die Kontrolle habend, anpassungsfähig, optimistisch und spontan
 - Kernbedürfnisse sind aktuell erfüllt
 - Entwicklung eines Sinnes für Spiel und Spaß

Der gesunde Erwachsene

- Angemessene Selbstfürsorge
 - Fürsorge für das vulnerable Kind
- Zwischenmenschliche Kompetenzen
 - Adäquater Umgang mit dem wütenden Kind
- Übernahme von Aufgaben und Pflichten



Grundstruktur der Therapie



Das stationäre Setting in der ST

- Kernkonzept der ST ist „limited reparenting“:
 - Herstellen von gegenseitiger Bindung
 - Sicherheit in der Therapiebeziehung
 - Erfüllung der Kernbedürfnisse (z.B. Vorhersagbarkeit)
 - Validierung von Gefühlen und Bedürfnissen Ihres Patienten
 - Empathische Konfrontation & limit setting (Begrenzung)
 - Aktives Coaching, Unterstützung
 - Modellieren eines Gesunden Erwachsenen
 - Unterstützung bei der Herstellung von Autonomie

- Im stationären Setting wird darauf hingearbeitet, dass **alle** therapeutischen Beziehungen vom “limited reparenting” geprägt sind.

Stationäre Schematherapie - Studien

- **Pilot 1** - Indiana University School of Medicine, Larue Carter Hospital, Indianapolis, IN – USA
- **Pilot 2** - Indiana University School of Medicine, Larue Carter Hospital, Indianapolis, IN – USA
- **Pilot 3** - Universitätsmedizin Mainz, Deutschland, Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie

Aufbau der stationären ST-Programme

- ST Gruppentherapien
 - Schematherapie
 - Schema-Skills-Gruppe
 - Kognitive Modus-Arbeit
 - Erlebensbasierte Modus-Arbeit/ Schema-Wahrnehmungs-Gruppe
 - Verhaltensbasierte Modus-Arbeit/ Schema-Körpertherapie-Gruppe
 - Modus-Bewusstheit
 - Psychoedukation
 - Modes in Interaction (Moduspezifisches soziales Kompetenztraining)
 - Tagesrückblicks-Gruppe
 - Bezugsgruppe (Hausaufgabengruppe)

- ST Einzeltherapie

Interne und externe Qualitätssicherung

- Teamkonferenz
 - 2 Stunden wöchentlich mit dem gesamten Team
 - Fallkonzepte; alle Fälle werden besprochen

- Supervision
 - USA: Durch Ph.D. Joan Farrell (ISST zertifizierte Supervisorin)
 - Deutschland: Dr. Gitta Jacob (ISST zertifizierte Supervisorin)

Gliederung der Behandlung

Zwei Behandlungsabschnitte:

1. Teil: Diagnostik, Erstellen des ST Fallkonzepts, Beginn der Arbeit an maladaptiven Modi
2. Teil: Weitere Arbeit an maladaptiven Modi, Aufbau und Stärkung des gesunden Erwachsenen und glücklichen Kind-Modus

Individuelle ST: Behandlungsabschnitt 1

- Biographische Arbeit
- Identifikation der relevanten Modi (z.B. Fragebogenergebnisse und biografische Informationen)
- Besprechen der Therapieziele für spezifische Modi
- Einführung in Imaginationsübungen (z.B. „sicheren Ort“ finden)
- Anfänge emotionaler Umkodierung durch Imagination (z.B. Arbeit mit aktuellen Situationen)
- Entwicklung eines individuellen Fallkonzepts

Individuelle ST: Behandlungsabschnitt 2

- Bearbeitung der individuell wichtigsten Modi
- Ziel: Patienten auf eine ambulante ST vorbereiten

Techniken sind u.a.:

- Imagery Rescripting
- Stühlechnik
- Entwicklung von Schema-Memos

Struktur der Schematherapie Gruppe

- Jede Sitzung konzentriert sich auf einen Modus
- Techniken:
 - Übungen zur Sicherheit in der Gruppe
 - Übungen zu den Bedürfnissen der einzelnen Modi
 - Stühletechnik
 - Einführung von Gruppenimagination
 - Biographische Rollenspiele
 - Rollenspiele mit Modellen z.B. des strafenden Elternteils

Beispiel Sitzung: „vulnerables Kind“ Modus



- Übung zum sicheren Ort
- Thema „Sich sicher und geborgen fühlen“
 - Welche Personen geben dir ein Gefühl von Sicherheit?
 - Wie muss deine Umwelt sein, damit du dich sicher fühlst?
 - Bei welchen Aktivitäten?
- Thema „Bedürfnisse“
 - Wie gehst du heute mit deinen Bedürfnissen um?
 - Wie kommen deine Bedürfnisse zum Ausdruck?
- Imagination zum vulnerablen Kind
- Stühleübung: Das vulnerable Kind beruhigen/trösten

Struktur der Schema-Skills-Gruppe

- Ziel: Entwicklung modusspezifischer Skills
- Themen:
 - Umgang mit dem Modus des distanzierten Beschützers (z.B. Pro/Contra; Sicherheit schaffen)
 - Fürsorge für das vulnerable Kind (z.B. wer/was spendet mir Trost)
 - Umgang mit dem wütenden Kind (z.B. „ventilate your anger“ – welche sicheren Möglichkeiten gibt es, Ärger zu ventilieren)
 - Bekämpfen des strafenden/ fordernden Elternteils (z.B. Listen mit Erfolgen erstellen)
 - Fertigkeiten, mit denen ich in das glückliche Kind gelange (z.B. lustige Filme)
 - Fertigkeiten-Sammlung eines gesunden Erwachsenen (z.B. Buch positiver Rückmeldungen anderer)

PRO UND CONTRA

Sammeln Sie Argumente für und gegen die Auseinandersetzung mit Ihrem „strafenden Elternteil“:

Vorleile, wenn ich mich damit nicht auseinandersetze:	Vorleile, wenn ich versuche, meinen „strafenden Elternteil“ zu bekämpfen:

Entscheiden Sie selbst, ob Sie versuchen möchten, Ihren „strafenden Elternteil“ zu bekämpfen. Ziehen Sie bei der Entscheidung Ihren „gesunden Erwachsenen“ zu Rate.

Mein Fazit:



Arbeitsblatt:

„Pro/Con-Technik“

Modus:

„strafender Elternteil“

Struktur der Modus-in-interaction-Gruppe

- Ziel: Umgang mit unterschiedlichen Modi in der Interaktion mit anderen
- Themen:
 - Erkennen unterschiedlicher Modi im zwischenmenschlichen Kontakt
 - Erkennen der Bedürfnisse hinter den Modi
 - Erarbeiten alternativer zwischenmenschlicher Reaktionen im gesunden Erwachsenen
 - Reaktionen auf unterschiedliche Modi
 - Erarbeiten alternativer Reaktionen auf unterschiedliche (dysfunktionale) Modi
 - Übungen in Rollenspielen

MODI IN INTERAKTION

IHR PARTNER HAT ANGEKÜNDIGT UM 18 UHR ZUHAUSE ZU SEIN. SIE HABEN BN BESONDERS SCHÖNES WARMES ESSEN GEKOCHT. JETZT IST ES 18.30 UHR UND DAS ESSEN WIRD LANGSAM KALT.

WÜTENDES KIND

Gedanken: „Der lässt mich mit Absicht warten. Hat bestimmt was besseres zu tun. Der Blödmann! Der kriegt, was zu hören, wenn er heimkommt!“

Gefühl: **ÄRGER**

Verhalten:

hin- und herlaufen, schimpfen, den Partner zur Schnecke machen, wenn er heimkommt

GESUNDER ERWACHSENER

Gedanken: „Wahrscheinlich steckt er im Stau. Na ja, dann wärmen wir das Essen nachher einfach auf!“

Gefühl: **ZUVERSICHT**

Verhalten:

sich ausruhen, das Essen warm stellen, den Partner freundliche begrüßen, wenn er heimkommt

Arbeitsblatt:

„Mil“

Modus:

„wütendes Kind“

Struktur der Tagesrückblicksgruppe

- 3x wöchentlich à 30 Min.
- 1 Person vom Pflegepersonal
- Fokus auf einen Moment des Tages, in der Patient im Modus des „gesunden Erwachsenen“ war und sich um seine/ihre Bedürfnisse gekümmert hat.
- Analysiere: was hat dir geholfen in den gesunden Erwachsenen Modus zu gelangen?

Arbeitsblatt „Tagesrückblickgruppe“



TAGESRÜCKBLICKGRUPPE
NAME: _____
Woche: _____

Tag	Situation	Gedanken, Gefühle Ich war im Modus:	Mein „gesunder Erwachsener“ hat gesagt:	Was ich getan, gesagt, geföhlt habe:	Was ich daraus gelernt habe:
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

FAZIT DER WOCHE:

Pilotstudie 1 - 2005 - 2008

- Sukzessive Aufnahmen auf separate BPS-Station mit 11 Betten
- 12 Wochen Behandlungsprogramm (optionale Verlängerung möglich)
- Durchschnittliche Behandlungsdauer: 4,5 Monate
- Patienten in Pilotstudien 1 und 2 hatten gerichtliche Behandlungsauflage
 - Wahl zwischen stationärer Schematherapie und Allgemeinpsychiatrie

Pilotstudie 1 – Demographische Daten

- N = 41
- Frauen (98%): Männer (2%)
- Alter: 18 bis 54 Jahre (Durchschnitt: 36,4 Jahre)
- Beschäftigung: 85% ohne Arbeit
- Psychotrope Medikation: 100%
- Vorhergehende psychotherapeutische Behandlung: 100%
- Vorhergehende ambulante Psychotherapie: 100%
- Vorhergehende stationäre Psychotherapie: 100%

Pilotstudie 1: Ein- und Ausschlusskriterien

- **Einschlusskriterien:**
 - BPS-Diagnose nach DIB-R
 - Einwilligungserklärung zu stationären Schematherapie

- **Ausschlusskriterien:**
 - Schizophrenie (lifetime), Schizoaffektive Störung, Bipolar 1
 - IQ < 80
 - antisoziale PS

Pilotstudie 1

ST Behandlungsprogramm

Schematherapeutische Gruppen – 8,5 h/Woche

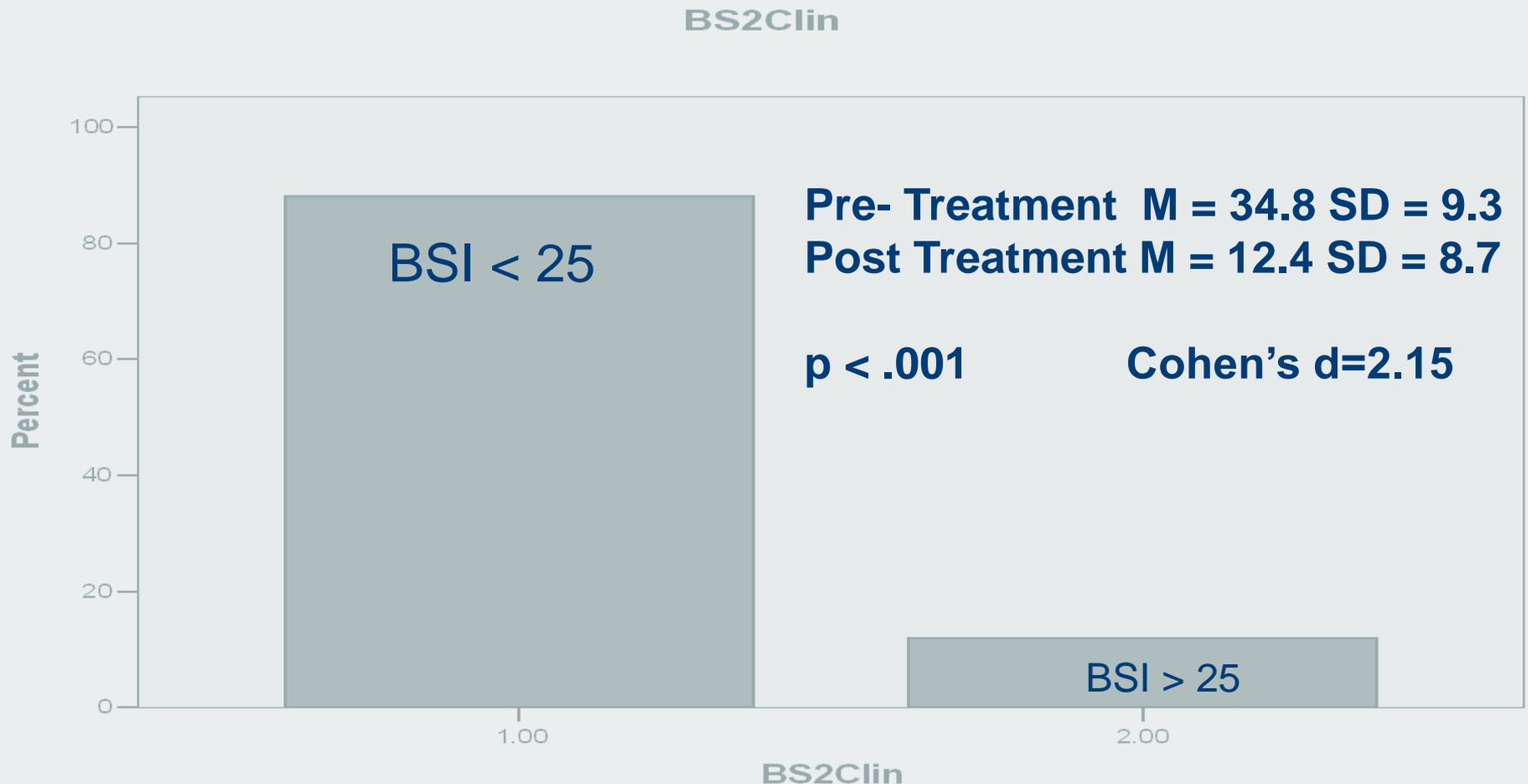
Geleitet durch 2 geübte Co-Therapeuten

(inkl. Entwicklern des ST Gruppen-Modells, Farrell & Shaw)

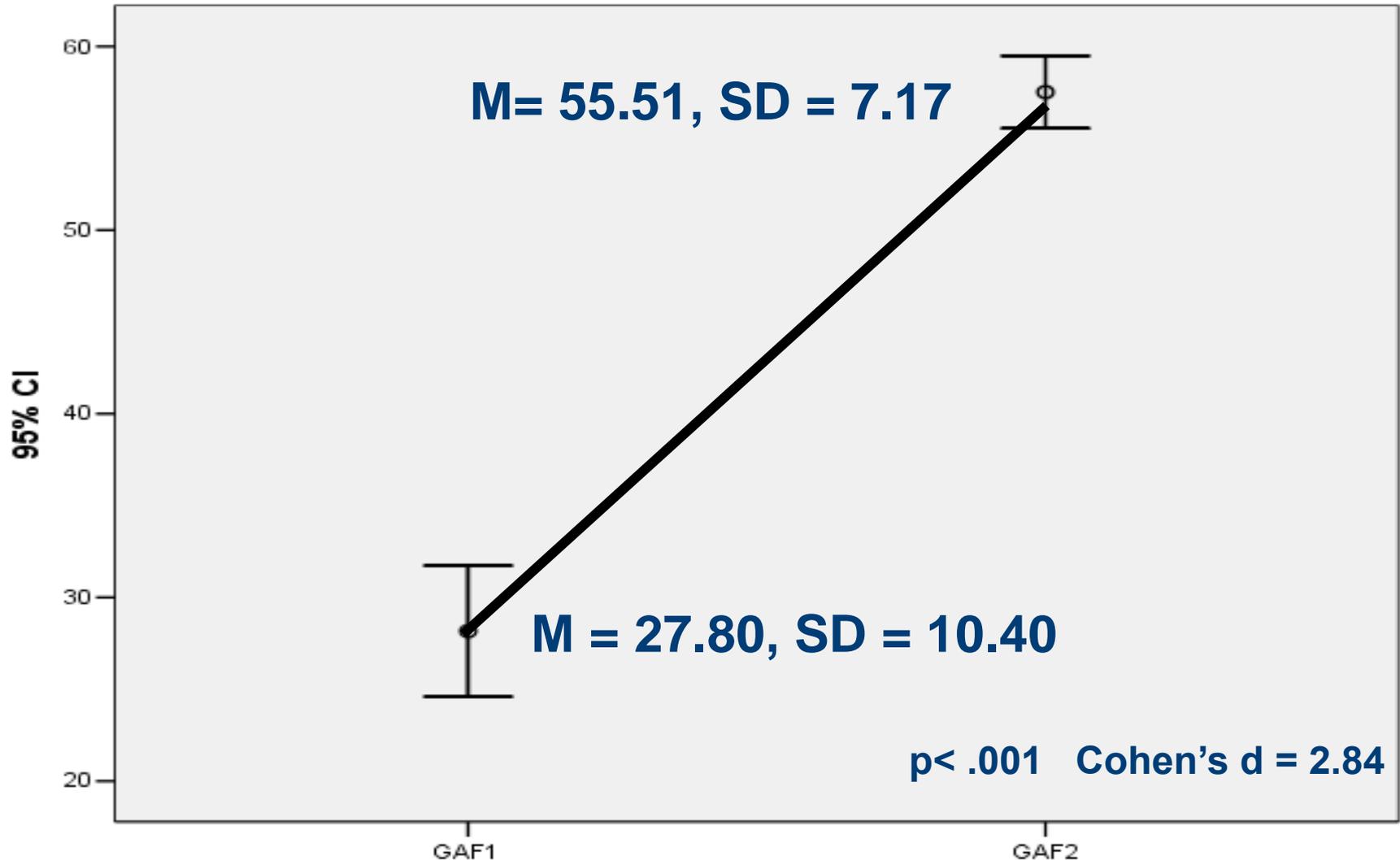
- Psychoedukation -1 h
- Schematherapie -2 h
- Schema-Skills-Gruppe -2 h
- Kognitive Modus-Arbeit -1h
- Erlebensbasierte Modus-Arbeit -1h
- Verhaltensbasierte Modus-Arbeit-1h
- Modus-Bewusstheit -1h
- Modes in Interaction (modusspez. Soziales Kompetenztraining) -1h

Individuelle Schematherapie – 1h/Woche

Ergebnisse – Borderline Syndrome Index (BSI)



Ergebnisse – Veränderung im GAF Score



Pilotstudie 2 - 2008 - 2010

- Sukzessive Aufnahmen auf separate BPS-Station mit 11 Betten
- 12 Wochen Behandlungsprogramm (optionale Verlängerung möglich, Entlassung z.T. später)
- Untersuchungszeitpunkte: Vor Behandlung und nach 12 Wochen
- Patienten in Pilotstudien 1 und 2 hatten gerichtliche Behandlungsaufgabe
 - Wahl zwischen stationärer Schematherapie und Allgemeinpsychiatrie

Pilotstudie 2 – Demographische Daten

- N = 36
- Frauen (89%): Männer (11%)
- Alter: 18 bis 54 Jahre (Durchschnitt: 36,4 Jahre)
- Beschäftigung: 78% ohne Arbeit
- Psychotrope Medikation: 100%
- Vorhergehende psychotherapeutische Behandlung: 100%
- Vorhergehende ambulante Psychotherapie: 100%
- Vorhergehende stationäre Psychotherapie: 100%

Pilotstudie 2: Ein- und Ausschlusskriterien

- **Einschlusskriterien:**
 - Borderline-Persönlichkeitsstörung nach SKID-II SR & klinischem Interview
 - Einwilligungserklärung zur stationären Schematherapie

- **Ausschlusskriterien:**
 - Schizophrenie (lifetime), Schizoaffective Störung, Bipolar 1
 - IQ < 80
 - antisoziale PS

Pilotstudie 2

ST Behandlungsprogramm

Schematherapeutische Gruppen – 8,5 h/Woche

Geleitet durch 1 geübten Therapeuten ohne Co-Therapeuten

(inkl. Farrell)

- Psychoedukation -1 h
- Schematherapie -2 h
- Schema-Skills-Gruppe -2 h
- Kognitive Modus-Arbeit -1h
- Erlebensbasierte Modus-Arbeit -1h
- Verhaltensbasierte Modus-Arbeit-1h
- Modus-Bewusstheit -1h
- Modes in Interaction (modusspez. Soziales Kompetenztraining) -1h

Individuelle Schematherapie – 1h/Woche

Ergebnisse

	Vor Behandlung	Nach Behandlung (nach 12 Wochen)
BSL (Kurzversion)	M = 44.92, SD=22.33	M = 13.81, SD = 15.76
	p < .001 Cohen's d = 1.33	
SCL-90-R GSI (T-Score)	M = 56.11, SD = 7.57	M = 42.92, SD = 10.28
	p < .001 Cohen's d = .98	

Pilotstudie 3 - 2008 - 2009

- 8 Betten auf einer 17 Betten, allgemein psychiatrische Station
- Behandlungsprogramm: 10 Wochen
- Keine Verlängerung innerhalb des Programms möglich.
- Untersuchungszeitpunkte:
 1. Vor Behandlungsbeginn (Prä)
 2. Bei Entlassung (nach 12 Wochen, Post)
 3. Drei Monate nach Entlassung (Katamnese)
- Patienten hatten keine gerichtliche Behandlungsaufgabe, freiwillige Aufnahmen

Pilotstudie 3 – Demographische Daten

- N = 16
- Drop-Out = 1
- Frauen (100%)
- Alter: 18 bis 45 Jahre (Durchschnitt: 25,5 Jahre)
- Beschäftigung: 20% ohne Arbeit; 47% Schule/Studium; 33% Arbeitsverhältnis
- Psychotrope Medikation: 73%
- Vorhergehende psychotherapeutische Behandlung: 93%
- Vorhergehende ambulante Psychotherapie: 80%
- Vorhergehende stationäre Psychotherapie: 87%

Pilotstudie 3: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

- weibliche Patienten mit Diagnose einer BPS (SKID-II Interview)
- Alter: 18-45
- BPDSI > 20

Ausschlusskriterien:

- Schizophrenie (lifetime), Schizoaffektive Störung, Bipolar 1
- aktuelle Substanzabhängigkeit oder während der vergangenen 2 Monate
- aktuelle schwere MD, Cluster-A PS oder narzisstische/ antisoziale PS
- IQ < 80
- regelmäßige Behandlung mit Benzodiazepinen bei Aufnahme

Pilotstudie 3

ST Behandlungsprogramm

Schematherapeutische Gruppen – 8 h/Woche

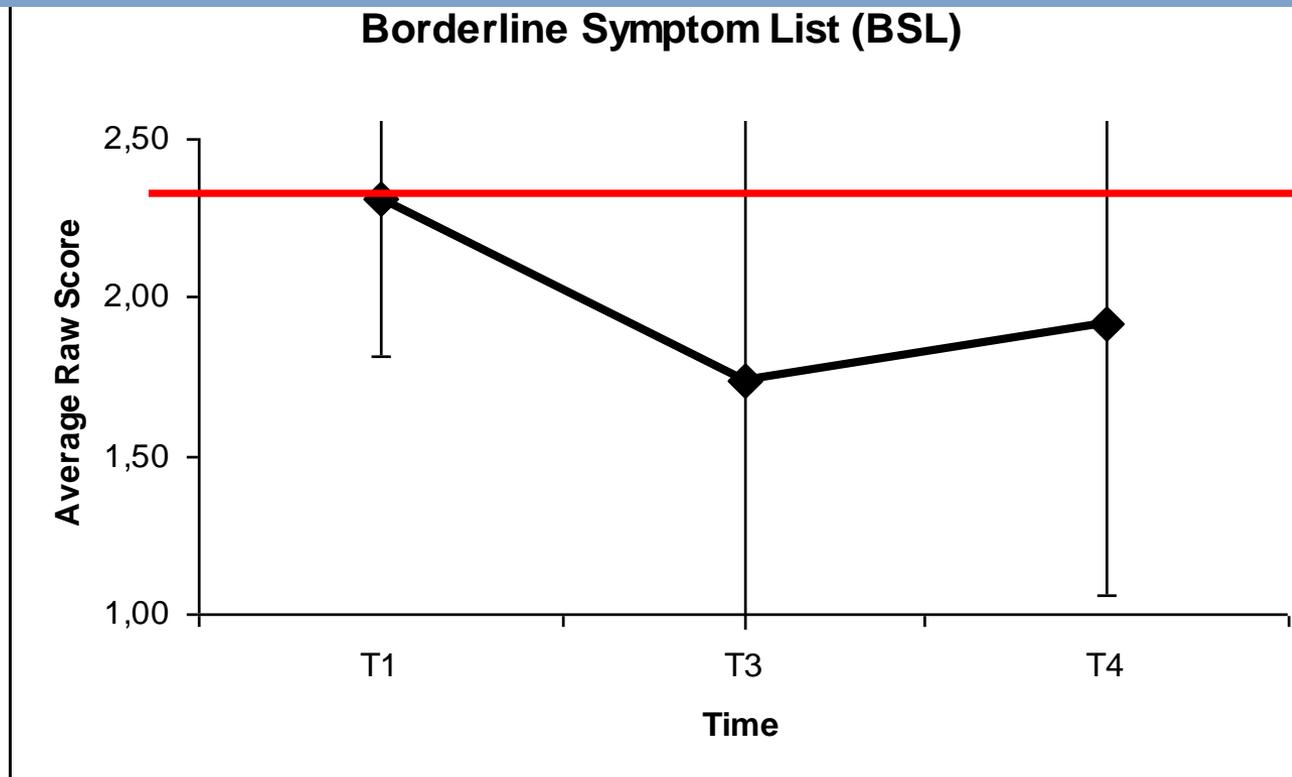
Geleitet durch 2 Therapeuten ohne Training im ST Gruppenmodell nach Farrell & Shaw

- Schematherapie -2 h
- Schema-Skills-Gruppe -2 h
- Kognitive Modus-Arbeit -1h
- Schema-Wahrnehmungs-Gruppe -1h
- Schema-Körpertherapie-Gruppe -1h
- Modus-Bewusstheit -30 Min
- Tagesrückblicks-Gruppe -30 Min
- Bezugsgruppe (Hausaufgabengruppe) -1h

Individuelle Schematherapie – 1,5 h/Woche

- Woche 1-5: 2h/Woche
- Woche 6-10: 1h/Woche

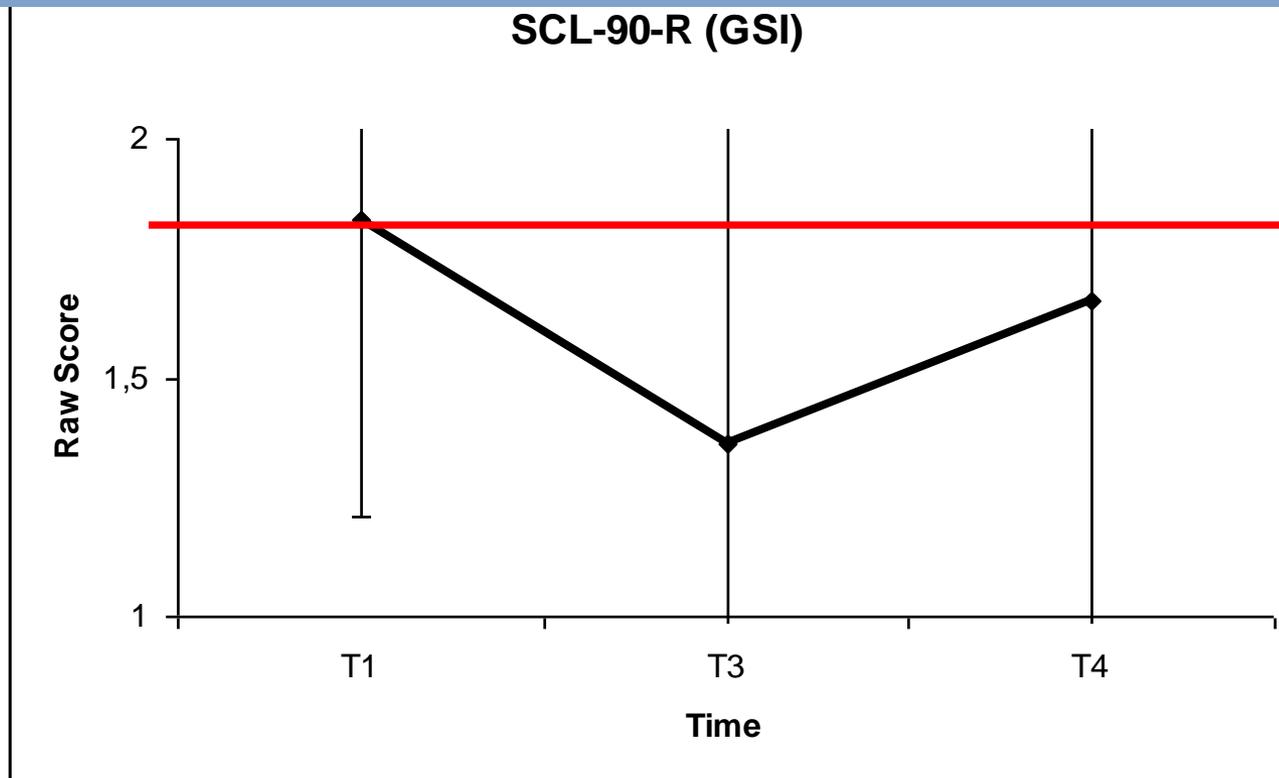
Ergebnisse



$$P_{(BSL-t1-BSL-t4)} \leq .05;$$

$$ES = .77$$

Ergebnisse



Global Severity Index: $P_{(GSI-t1-GSI-t4)} \leq .05$; ES= 1.1

Pilotstudie 3: Behandlungszufriedenheit

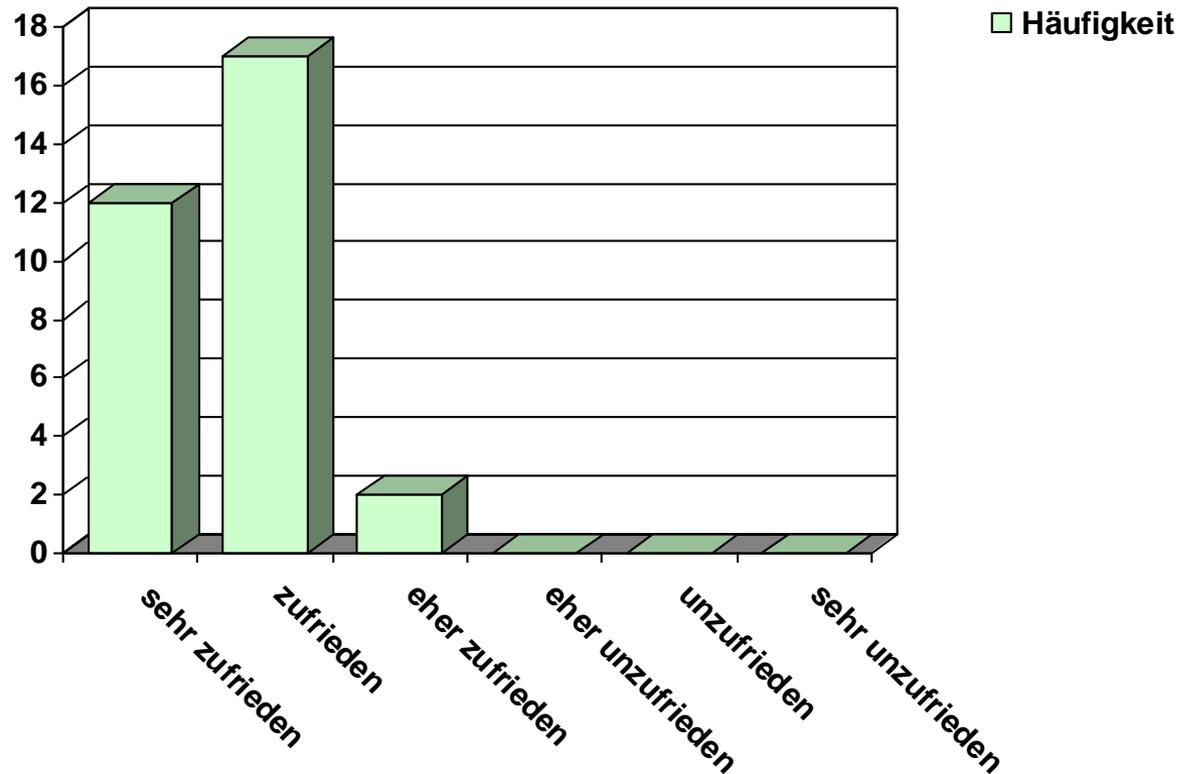
- 36 BPD Patienten aus 11 Kohorten (2008-2010)
- Standardisierte Fragebögen und offene Fragen zur Behandlungszufriedenheit wurden per Post verschickt
- 31 Patienten schickten die Fragebögen zurück: 86,1% Rücklaufquote

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

Alter, Mittelwert (SD)	26.31 (5.52 SD)	
Erwerbstätigkeit		
ja	8	(25.8 %)
nein	13	(41.9 %)
Schüler/Student	10	(32.2 %)
Medikation		
ja	22	(71.0 %)
nein	9	(29.0 %)
Stationäre Vorbehandlungen		
ja	27	(87.1 %)
nein	4	(12.9 %)
Ambulante Vorbehandlungen		
ja	23	(74.2 %)
nein	7	(22.6 %)
Komorbiditäten, Mittelwert (SD)	2.55 (1.59 SD)	

Patientenzufriedenheit: offenes Verfahren

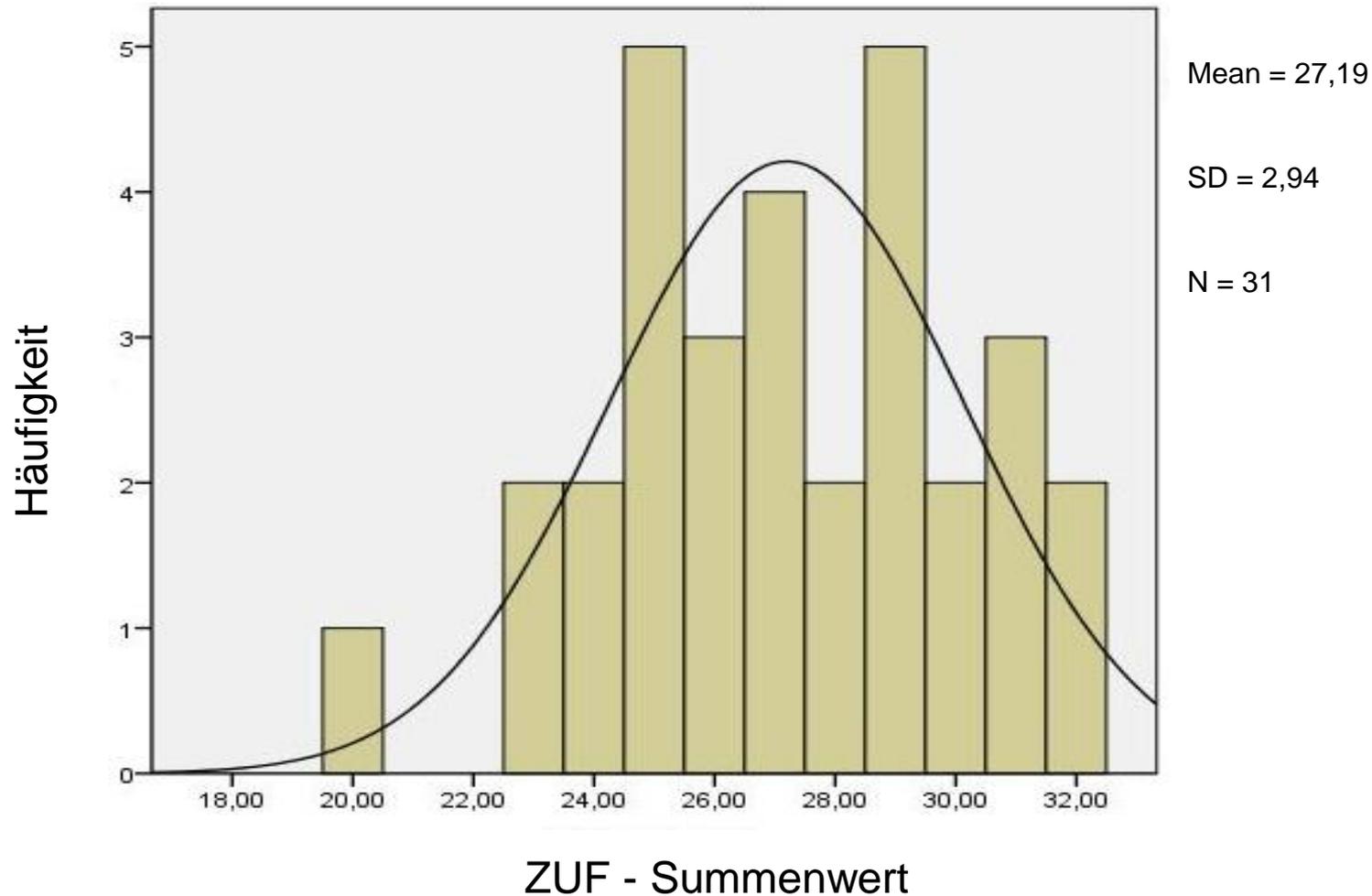
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der schematherapeutischen
Behandlung?



Behandlungszufriedenheit: standardisierte Verfahren – ZUF-8

- Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) von Schmidt et al. (1989); Deutsche Übersetzung des Client Satisfaction Questionnaire von Attkinson & Zwick (1983)
- 8 Items, 4-point Likert-Skala, Summenwert > 24 indiziert Behandlungszufriedenheit (Hannöver et al. 2000)
- Beispiel:
 - „Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?“
 - „Hat die Behandlung, die Sie erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?“
- Ergebnisse: Die Patienten waren zufrieden mit der stationären schematherapeutischen Behandlung.

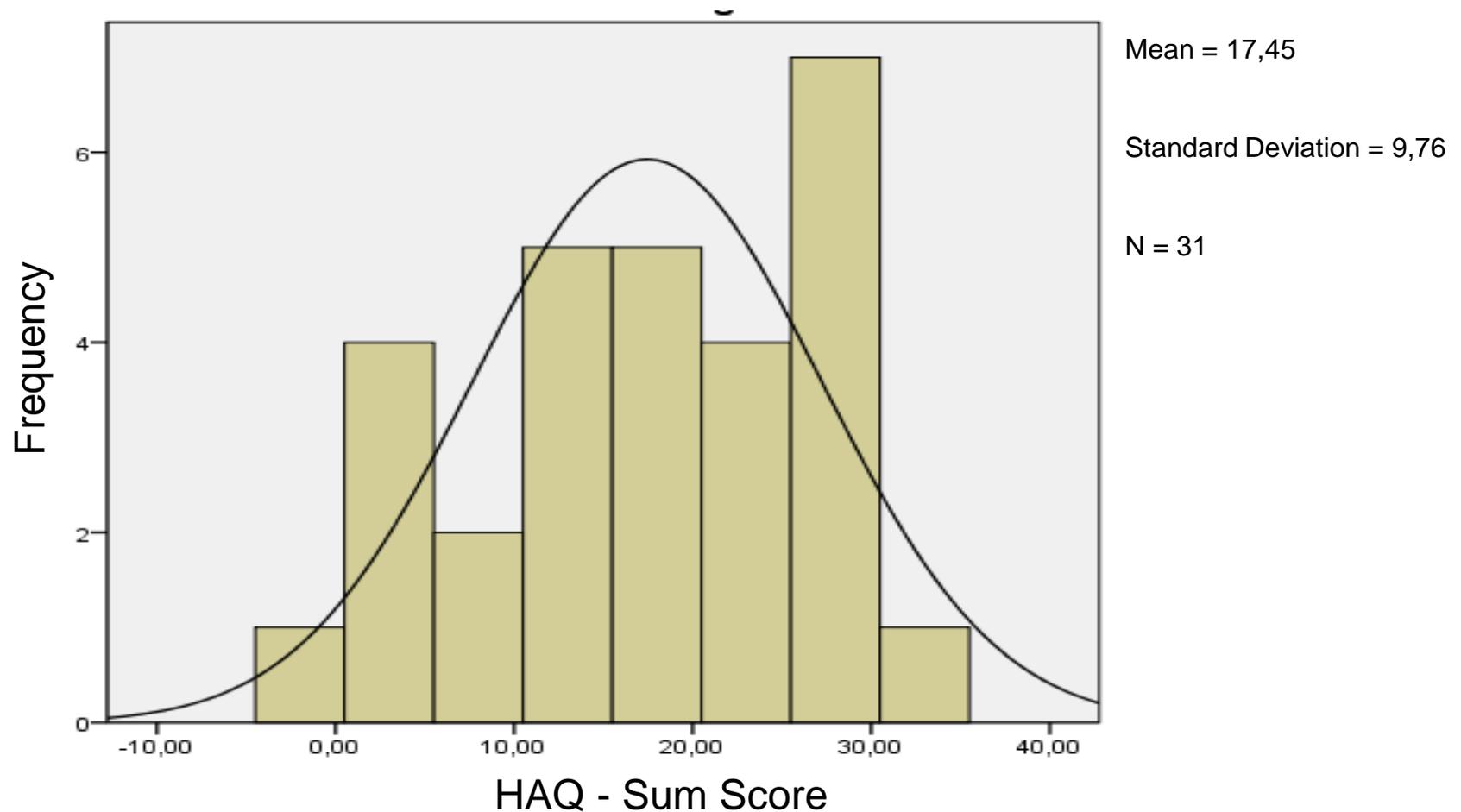
Behandlungszufriedenheit: standardisierte Verfahren



Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

- Luborsky et al. (1986), Deutsche Übersetzung von Bassler, Potratz & Krauthauser (1995)
- 11 Items, 6 Punkte Skala (-3 = “sehr unzutreffend“ bis 3 = “sehr zutreffend“)
- Beispiele:
 - „Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft.“
 - „Ich glaube, dass die Behandlung mir hilft.“
- Ergebnisse:
 1. Die Bewertungen der therapeutischen Beziehung durch die Patienten fielen hoch aus.
 2. Die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung wurde positiv wahrgenommen.

Perceived Therapeutic Alliance: HAQ



Zusammenfassung

Studie 1

- 2 geübte Co-Therapeuten
- Variable Behandlungsdauer (Durchschnitt: 18 Wochen)
- Gemischt geschlechtlich
- 8,5 h Gruppentherapie; 1 h Einzeltherapie

- ES=2.84

Studie 2

- 1 geübter Therapeut
- Behandlungsdauer: 12 Wochen
- Gemischt geschlechtlich
- 8,5 h Gruppentherapie; 1 h Einzeltherapie

- ES=.98

Studie 3

- 2 Therapeuten im Training
- Behandlungsdauer: 10 Wochen
- Nur weibliche Patienten
- 8 h Gruppentherapie; 1,5 h Einzeltherapie

- ES=1.1

Schlussfolgerung

- 2 erfahrene Co-Therapeuten für ST Gruppentherapien notwendig
- Offene Fragen:
 - Welche Patienten mit BPS brauchen stationäre ST Behandlung (vs. ambulante ST Behandlung)?
 - Welcher Art Nachbehandlung bedarf es?

Danksagungen

Deutschland

- Prof. Dr. Klaus Lieb
- Dr. Gitta Jacob
- Dr. Arian Mobascher
- Dr. Friederike Vogel
- Dr. Marco Nill
- Cand.-Psych. Britta Finkelmeier

USA

- Dr. Joan Farrell
- Ida Shaw, MA
- Dr. Michael Webber
- Dr. Karen Fuller
- Vicki Silver, LCSW
- Dr. Heather Fretwell

Niederlande

- Prof. Dr. Arnoud Arntz

ENDE

