

H. Griengl und A. Sendera

Störungsspezifisches Skillstraining – Ein Erfahrungsbericht zur Anwendbarkeit und Akzeptanz im stationären Bereich

Zusammenfassung Die operationalisierte Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen durch internationale Diagnosesysteme stellt eine wichtige Grundlage für eine störungsspezifische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung. Durch spezifische therapeutische Ansätze vor allem der kognitiv-behavioralen Therapie bietet sich vermehrt die Möglichkeit, Störungen der Persönlichkeit problemorientiert und wirkungsvoll zu behandeln. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha M. Linehan (DBT) ist eine kognitiv-behaviorale Breitspektrumstherapie, die eine Kombination von Einzeltherapie und Gruppentherapie in Form des Fertigkeitentrainings beinhaltet und ursprünglich als störungsspezifischer Ansatz für die Behandlung von PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde. In unserer Untersuchung wurden die vier Module des Fertigkeitentrainings (Achtsamkeitsübungen, Umgang mit Gefühlen, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Stress-toleranz) im Sinne eines störungsspezifischen, aber diagnosenunspezifischen Ansatzes PatientInnen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen mit Selbstschädigungstendenzen, Störungen der Identität und der Emotionsregulation angeboten und die subjektive Einschätzung der PatientInnen bezüglich der Anwendbarkeit und Wirksamkeit des Trainings erhoben.

Schlüsselwörter: Persönlichkeitsstörung, Skillstraining, störungsspezifisch, Evaluation.

Problem-specific skills training – a report about the applicability and acceptance in an in-patient setting

Abstract The introduction of personality disorders in the international classification systems has created an important basis for treatments that are adapted specifically to the problems encountered by personality disordered patients. Specific therapeutic concepts, mainly in the domain of cognitive-behavioural therapy, permit a problem-oriented and efficient approach in the treatment of patients with personality disorders. Dialectical behavior therapy according to Marsha M. Linehan (DBT) is a cognitive-behavioural therapy, which includes individual and concomitant group therapy, that is conceived as a behavioural skills training. This therapeutic concept was initially developed as a problem-specific concept for the treatment of female patients with borderline personality disorder. In our study the 4 modules of the skills training (mindfulness skills, emotional regulation skills, interpersonal skills, and distress tolerance skills) were offered to patients with different personality disorders, who showed self-injurious behaviour, identity and emotion regulation problems. Patients were asked to evaluate the training by self-rating questionnaires.

Keywords: Personality disorder, skills training, disorder specific, evaluation.

L'apprentissage de compétences en fonction de troubles spécifiques – une expérience concernant son applicabilité et son acceptation en milieu hospitalier

Résumé La thérapie comportementale de type dialectique selon Marsha M. Linehan (Dialectic Behavioral Therapy, DBT, Linehan, 1993) est un traitement béhavioro-cognitif à large spectre utilisé en tant qu'approche spécifique au cas de patients souffrant de troubles de la personnalité (type borderline). Elle combine thérapies individuelle et de groupe sous forme d'un apprentissage de compétences, structuré en

quatre modules (exercices de concentration, gestion des affects, compétences interactionnelles et tolérance au stress). Ceux-ci doivent servir à améliorer les capacités des patients aux niveaux émotionnel et interpersonnel tout en éliminant en partie les schémas désadaptés de pensée et d'action. De premiers travaux scientifiques ont confirmé l'efficacité de cette approche (Linehan et al., 1991, 1994). Elle n'avait toutefois

pas encore été appliquée pour traiter des patients souffrant d'autres troubles de la personnalité. Nous avons donc mis en chantier une recherche qui, dans le cadre d'un projet pilote, visait à offrir ce traitement à des patients souffrant de différents troubles de la personnalité et hospitalisés en psychiatrie, de manière ciblée par rapport à leurs troubles mais indépendamment du diagnostic posé à leur égard; nous voulions également déterminer comment cette méthode serait acceptée et cerner son applicabilité.

27 patients hospitalisés en département de psychiatrie (25 femmes et 2 hommes) et souffrant d'un trouble de la personnalité selon le DSM-IV ont participé à l'étude; pendant une période de six semaines ils effectuèrent un apprentissage des compétences selon M. Linehan (Linehan, 1996). Le critère d'accès au groupe de thérapie fut le suivant: présence d'un trouble dans au moins un des quatre domaines définis (à savoir comportements auto-délétères ou dysrégulation au niveau soit des affects, soit de l'identité, soit des interactions).

On a utilisé des questionnaires d'auto-évaluation pour estimer l'étendue des troubles en rapport avec la thérapie avant et immédiatement après le processus éducatif; d'autres questionnaires du même type ont été utilisés pour évaluer les compétences des patients hors du groupe, ainsi que la manière dont ces derniers percevaient l'apport de l'acquisition de ces compétences. Finalement, on demanda aux patients s'ils pensaient qu'une prolongation de l'apprentissage pourrait être utile.

Des 27 patients concernés, 20 ont suivi l'ensemble du programme (six semaines) et ont répondu aux questionnaires d'évaluation. Douze patients souffraient d'un trouble de la personnalité de type borderline (critères DSM-IV), cinq d'une personnalité anxieuse, deux d'une personnalité histrionique et un d'un trouble de type compulsif. Concernant l'axe I, les troubles anxieux et la dysthymie dominaient. Tous les vingt patients manifestaient des problèmes au niveau de la régulation des émotions et 19 d'entre eux souffraient de troubles de l'identité et de problèmes

dans le domaine interpersonnel; quinze patients avaient des comportements auto-délétères. Les réponses aux questionnaires utilisés pour une appréciation des comportements dysfonctionnels au début et à la fin de l'apprentissage indiquent que, d'un point de vue subjectif, il y a eu amélioration. Le nombre de patients qui, sur une échelle allant de 0 à 10, évaluaient la fréquence des comportements dysfonctionnels comme supérieure à 5 a diminué après le groupe, tous problèmes confondus. 19 patients avaient utilisé leur « capacité à se concentrer » hors du groupe, 18 leur « compétence à gérer leurs émotions » et leur « tolérance au stress ». 17 patients indiquèrent avoir utilisé leurs « compétences interactionnelles » hors du groupe. Furent considérées comme utiles du point de vue des participants: la « capacité à se concentrer » (15 patients), la meilleure « gestion des affects » (16 patients), les « compétences interactionnelles » (13 patients) et la « tolérance au stress » (15 patients). Neuf patients indiquèrent qu'il faudrait qu'ils poursuivent l'apprentissage, six que cela pourrait leur être utile; deux patients prévoyaient déjà de continuer l'apprentissage alors que trois patients pensaient que cela ne leur serait pas utile.

Dans l'ensemble, le concept du groupe a été bien accepté et évalué de manière positive par les patients souffrant d'un trouble de la personnalité. Il n'est toutefois pas possible d'estimer le succès de la méthode de manière fiable, compte tenu du petit nombre de participants, de la forte hétérogénéité du groupe et des autres facteurs influençant tout traitement mené en contexte hospitalier. Nous nous limitons donc à une évaluation de la manière dont cette approche a été acceptée et appliquée; à ce niveau, nous constatons que notre projet pilote a produit des résultats prometteurs. Il semble en tout cas que l'application d'un concept ciblé en fonction de troubles spécifiques, incluant des domaines d'intervention clairement définis, est utile. Avec quelques modifications minimales, cette approche pourrait être intégrée de manière profitable au traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité.

Einleitung

PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen sind durch ausgeprägte und langanhaltende Abweichungen im Wahrnehmen, Denken und Fühlen, sowie in der Beziehung zu anderen gekennzeichnet. Diese Störung geht oft mit ausgeprägtem persönlichem Leiden und einer Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit einher (WHO, 1991). Die wiederholten stationären Aufenthalte von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen stellen eine massive Belastung des Gesundheitssystems dar (Perry et al., 1987). Die operationalisierte Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen durch internationale Diagnosesysteme stellt eine wichtige Grundlagen für eine störungsspezifische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung. In letzter Zeit ist die empirische Erforschung der Wirksamkeit

der psychotherapeutischen Behandlung bei Persönlichkeitsstörungen vermehrt in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses gerückt (Perry et al., 1999). Durch spezifischen therapeutische Ansätze vor allem der kognitiv-behavioralen Therapie bietet sich vermehrt die Möglichkeit, Störungen der Persönlichkeit problemorientiert und wirkungsvoll zu behandeln (Beck, 1998).

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha M. Linehan (DBT) (Linehan, 1993) wurde als störungsspezifischer Ansatz für die Behandlung von PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung entwickelt. Es handelt sich hierbei um eine kognitiv-behaviorale Breitspektrumstherapie, wobei das Konzept eine Kombination von Einzeltherapie und Gruppentherapie in Form eines Fertigkeitentrainings beinhaltet. Im Fertigkeitentraining sollen in 4 Modulen (Achtsam-

keitsübungen, Umgang mit Gefühlen, Zwischenmenschliche Fertigkeiten und Stresstoleranz) Kompetenzen im Umgang mit Emotionen und im interpersonellen Bereich vermittelt und maladaptive Denk- und Handlungsmuster verringert werden. Erste wissenschaftliche Untersuchungen bestätigten die Effektivität dieses Ansatzes in der Behandlung von Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung bei einer Kombination von Einzeltherapie und Fertigkeitentraining (Linehan et al., 1991, 1994). In der Behandlung von PatientInnen mit anderen Persönlichkeitsstörungen wurde das Konzept bisher noch nicht angewendet.

Ziel unserer Untersuchung war es, im Rahmen eines Pilotprojektes das Konzept des Fertigkeitentrainings im Sinne eines störungsspezifischen, aber diagnosenun-spezifischen Ansatzes im stationären psychiatrischen Setting PatientInnen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen anzubieten und die Akzeptanz und Anwendbarkeit dieser Methode zu überprüfen.

Methodisches Vorgehen

Das Fertigkeitentraining

Das Fertigkeitentraining im Gesamtkonzept der DBT (Linehan, 1996) folgt einem kognitiv-behavioralen Ansatz und dient der Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten (Skills), wodurch der Umgang mit maladaptiven Verhaltensweisen im Rahmen einer Borderline Persönlichkeitsstörung erleichtert werden soll. Es basiert auf dem dialektischen Prinzip einer Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, d.h., PatientInnen sollen mit all ihren Störungsmustern vorbehaltlos akzeptiert werden, gleichzeitig wird jedoch der Fokus auf die Veränderung dieser Verhaltensweisen gerichtet. Im Rahmen des einmal wöchentlich stattfindenden Fertigkeitentrainings sollen adäquate Verhaltensfertigkeiten vermittelt und maladaptive Verhaltens- und Reaktionsweisen vermindert werden.

Das Fertigkeitentraining in seiner ursprünglichen Form umfasst vier Module:

1. Innere Achtsamkeit; Ziel ist, mehr Bewusstheit im Alltag und mehr Steuerungsmöglichkeiten seiner selbst zu erlangen.
2. Umgang mit Gefühlen; in diesem Modul wird vermittelt, wie man Gefühle erkennen und mit diesen adäquat umgehen kann.
3. Zwischenmenschliche Fertigkeiten; dieses Modul dient vor allem der Vermittlung von Kompetenzen im interpersonellen Bereich.
4. Stresstoleranz; Ziel ist eine Verbesserung der Fähigkeit, Krisen auszuhalten.

In unserem Training wurden die Module etwas verkürzt und adaptiert für eine heterogene PatientInnenpopulation angeboten, um allen TeilnehmerInnen ein sinnvolles Programm zu bieten. Durch die beschränkte Aufenthaltsdauer der PatientInnen an der Station war das Training auf 6 Wochen limitiert. Es handelte sich um eine offene Gruppe, ein Neueinstieg von PatientInnen war jeweils am Ende eines Moduls möglich. Jede(r) Patient(in) absolvierte alle Module über einen Zeitraum

von 6 Wochen. Das Training wurde von einer Verhaltenstherapeutin geleitet, die durch Weiterbildung spezifische Kenntnisse in der Durchführung der DBT erlangt hatte. Ihr stand eine Co-Therapeutin zur Seite, die im Rahmen ihrer Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und einer längerfristigen Tätigkeit auf der verhaltenstherapeutischen Station Praxis im Umgang mit persönlichkeitsgestörten PatientInnen erworben hatte. Das Programm wurde im Rahmen des stationären Aufenthaltes auf einer verhaltenstherapeutischen Station angeboten. Neben dieser Gruppe nahmen die TeilnehmerInnen noch an einer Entspannungsgruppe und einer Gruppe zur Vermittlung von verhaltenstherapeutischen Basisfertigkeiten (Verhaltensanalyse) teil. Zweimal wöchentlich hatten die PatientInnen Einzelgespräche. Zusätzlich wurden alle PatientInnen psychopharmakologisch behandelt. Den PatientInnen, die am stationären Fertigkeitentraining teilnahmen, wurde der Besuch eines ambulanten Fertigkeitentrainings nach dem stationären Aufenthalt in Aussicht gestellt.

PatientInnenpopulation

27 stationäre psychiatrische PatientInnen (25 weiblich, 2 männlich) mit einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV wurden in die Untersuchung eingeschlossen und es wurde ihnen ein 6-wöchiges Fertigkeitentraining nach Grundlagen von M. Linehan (Linehan, 1996) angeboten. Einschlusskriterium für die Gruppentherapie war das Vorliegen einer Störung in mindestens einem von vier definierten Problembereichen.

- a) Selbstschädigende Verhaltensweisen wie Schneiden, Hungern, Erbrechen und Substanzabusus
- b) Emotionsdysregulation: Schwierigkeiten bei der Kontrolle von Wut und Spannung, Depressivität
- c) Identitätsdysregulation: Gefühl der Starre, dissoziative Phänomene, Flashbacks
- d) Interpersonelle Dysregulation: Angst vor dem Verlassenwerden, belastende Beziehungen

Erhebungsinstrumente

1. Mittels Selfratingbögen wurde die Ausprägung therapierelevanter Störungsmuster vor Beginn des Fertigkeitentrainings sowie unmittelbar nach Ende des Gruppentrainings erhoben, wobei eine Skala von 0 (Störungsmuster tritt nie auf) bis 10 (Störungsmuster tritt oft auf) vorgelegt wurde.
2. Mit einer weiteren Selfratingskala wurde erfasst, inwieweit die einzelnen Skills von den PatientInnen außerhalb der Gruppen angewendet wurden (0 = nie, 10 = oft).
3. Mit einer ähnlichen Selfratingskala wurde von den PatientInnen die Hilfestellung durch die Skills beurteilt (0 = gar nicht hilfreich, 10 = sehr hilfreich).
4. Zuletzt wurden die PatientInnen gefragt, ob ihrer Meinung nach der weitere Besuch eines Skillstrainings zielführend sei. Folgenden Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: Die weitere Absolvierung eines Skillstrainings ist notwendig, sinnvoll, geplant, nicht sinnvoll. Mehrfachantworten waren nicht möglich.

Ergebnisse

Von 27 eingeschlossenen PatientInnen absolvierten 20 das gesamte Trainingsprogramm über 6 Wochen und beurteilten das Training mittels Fragebögen. 6 PatientInnen brachen die Gruppentherapie ab, 1 Patientin verweigerte das Ausfüllen der Fragebögen. Gründe für das Abbrechen der Gruppe waren unter anderem Überforderung, eine Verschlechterung der Symptomatik und mangelnde Motivation.

Diagnostische Charakteristika

12 PatientInnen erfüllten die DSM-IV Kriterien einer Borderline Persönlichkeitsstörung, 5 PatientInnen jene einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, 2 jene einer histrionischen Persönlichkeitsstörung und 1 jene einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Bezüglich der Achse I Diagnosen dominierten Angststörungen und Dysthymie.

Vorhandene Störungsmuster

Alle 20 PatientInnen hatte Schwierigkeiten im Bereich der Emotionregulation, jeweils 19 PatientInnen litten unter Identitätsstörungen und Problemen im interpersonellen Bereich, selbstschädigende Verhaltensweisen waren bei 15 PatientInnen vorhanden.

In den Fragebögen zur Ausprägung der dysfunktionalen Verhaltensweisen vor und nach dem Fertigkeitentraining zeigten sich subjektive Besserungen zwischen dem Beginn und dem Ende des Trainings. Die Zahl jener PatientInnen, die vor der Gruppe auf einer Skala von 0 bis 10 die Häufigkeit des Auftretens von dysfunktionalen Verhaltensweisen mit einem Wert von über 5 beurteilten, nahm nach der Gruppe in allen 4 Problembereichen ab.

Skillsanwendung

Der Großteil der PatientInnen gab an, die vermittelten Fertigkeiten außerhalb der Gruppe angewendet zu haben. 19 PatientInnen hatten die Fertigkeit „Innere Achtsamkeit“ außerhalb der Gruppe angewendet, 18 PatientInnen die Fertigkeiten „Umgang mit Gefühlen“ und „Stresstoleranz“. 17 PatientInnen gaben an, „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“ außerhalb der Gruppe angewendet zu haben.

Hilfestellung durch die Skills

15 PatientInnen erlebten die Fertigkeit „Innere Achtsamkeit“ als hilfreich (Wert von mehr als 5 auf einer Skala von 0–10), 16 PatientInnen erlebten die Fertigkeit „Umgang mit Gefühlen“ als hilfreich, 13 PatientInnen erlebten Hilfestellung durch die „Zwischenmenschlichen Fertigkeiten“, die Fertigkeit „Stresstoleranz“ wurde von 15 PatientInnen als hilfreich erlebt.

Weiterer Besuch eines Fertigkeitentrainings

9 PatientInnen hielten den weiteren Besuch eines Fertigkeitentrainings für notwendig, 6 für sinnvoll, 2 hatten den weiteren Besuch eines Fertigkeitentrainings bereits geplant, 3 PatientInnen hielten den weiteren Besuch nicht für sinnvoll.

Diskussion

Im Rahmen unseres Pilotprojektes haben wir im Sinne eines störungsspezifischen Ansatzes 27 stationären PatientInnen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV über 6 Wochen ein Fertigkeiten-

Tabelle 1. Subjektive Beurteilung der Veränderung der dysfunktionalen Verhaltensweisen im Rahmen der Fertigkeitengruppe (n= 20)

| | Vor der Gruppe | | Nach der Gruppe | |
|--|----------------|------------|-----------------|------------|
| | Häufigkeit* | Median | Häufigkeit* | Median |
| <i>Selbstschädigung</i> | | | | |
| Schneiden | 8 | 5 (0–10) | 4 | 4 (0–8) |
| Hungern | 3 | 5 (0–10) | 3 | 4 (0–8) |
| Erbrechen | 3 | 5 (0–10) | 2 | 5 (0–9) |
| Substanzabusus | 8 | 6,5 (0–8) | 2 | 3,5 (0–9) |
| <i>Emotionale Dysregulation</i> | | | | |
| Schwierigkeiten bei der Kontrolle von Wut | 9 | 7 (0–9) | 8 | 6 (0–9) |
| Depressivität | 20 | 9 (5–10) | 13 | 7 (3–10) |
| Schwierigkeiten bei der Kontrolle von Spannung | 16 | 6,5 (4–10) | 10 | 5,5 (0–10) |
| <i>Identitätsdysregulation</i> | | | | |
| Leere | 14 | 7 (0–10) | 8 | 6 (0–10) |
| Starre | 10 | 5 (0–10) | 7 | 3,5 (0–10) |
| Dissoziation | 10 | 3 (0–10) | 8 | 1,5 (0–10) |
| Flash backs | 13 | 4 (0–10) | 7 | 4 (0–10) |
| <i>Interpersonelle Dysregulation</i> | | | | |
| Angst, verlassen zu werden | 16 | 10 (0–10) | 10 | 6,5 (0–10) |
| Belastende Beziehungen | 14 | 5 (0–10) | 11 | 5 (0–10) |

* Wert größer als 5 auf einer Skala von 0 (Störungsmuster tritt nie auf) bis 10 (Störungsmuster tritt oft auf)

training angeboten, das den PatientInnen den Umgang mit und die Distanzierung von dysfunktionalen Verhaltens- und Denkmustern erleichtern sollte. Ziel des Projektes war es, die Anwendbarkeit und Akzeptanz des Trainings bei dieser Patientengruppe zu überprüfen. 20 PatientInnen haben das Training über den gesamten Zeitraum absolviert und mittels Fragebögen beurteilt.

Das Fertigkeitentraining wurde von den TeilnehmerInnen insgesamt positiv beurteilt, in der Beurteilung der Ausprägung der dysfunktionalen Verhaltensweisen vor und nach der Fertigkeitengruppe zeigte sich eine subjektive Besserung in den meisten Problembereichen. Auch bezüglich der Anwendung der Fertigkeiten und der Hilfestellung durch die Skills waren die Rückmeldungen überwiegend positiv. Trotz der offensichtlich positiven Haltung gegenüber dem Fertigkeitentraining hat nur eine geringen Zahl von PatientInnen konkret die Absolvierung eines weiterführenden (ambulanten) Fertigkeitentrainings in Erwägung gezogen.

In der subjektiven Beurteilung der Wirksamkeit des Trainings zeigte sich, dass die PatientInnen das Gefühl hatten, es sei eine Verbesserung im Bereich der therapierelevanten Störungsmuster erzielt worden. Da jedoch durch die beschränkte Dauer des Fertigkeitentrainings in den Gruppen über die Informationsvermittlung hinaus wenig Zeit blieb, die erlernten Inhalte zu üben, sind dauerhafte Veränderungen in den dysfunktionalen Verhaltens- und Denkmustern der PatientInnen – und somit ein längerfristiger therapeutischer Effekt – nach einer Trainingsdauer von 6 Wochen wohl nicht zu erwarten, so dass das Training eher im Sinne eines Akut- und Informationssettings als eines Therapieprogramm gesehen werden muss. Die verwendeten Selfratinginstrumente wären auch zur Erfolgsbeurteilung einer therapeutischen Intervention nur bedingt geeignet und die kleine Zahl von Probanden macht eine reliable Veränderungsmessung unmöglich. Auch dürfen die verschiedenen anderen Einflussfaktoren im Rahmen des stationären Aufenthaltes der PatientInnen, wie etwa psychopharmakologische Behandlung und Einzelgespräche, sowie ein eventueller Einfluss der Achse I Diagnosen natürlich nicht außer Acht gelassen werden.

Trotz der relativ hohen Zahl an PatientInnen, die angaben, die Fertigkeiten auch außerhalb der Gruppe angewendet zu haben, liegt die Vermutung nahe, dass nach Abschluss des Trainings die PatientInnen ohne weitere Hilfestellungen in diese Richtung nicht fähig sein werden, die Fertigkeiten im Alltagsleben einzusetzen und für sich zu nützen. Wichtig erscheint uns jedoch die Tatsache, dass die PatientInnen die vermittelten Fertigkeiten offensichtlich als hilfreich bei ihrer Problematik erlebten, ein Ergebnis, das sich auch in der Beurteilung der Hilfestellung durch die Skills widerspiegelt. Vor allem die Fertigkeiten „Umgang mit Gefühlen“, „Stresstoleranz“ und die „Achtsamkeitsübungen“ wurden von den PatientInnen großteils als hilfreich erlebt. Die Erfahrung, dass die oft als bedrohlich und unabwendbar erlebten Symptome durch Fertigkeiten beeinflussbar sind, ist unserer Meinung nach für die Compliance der PatientInnen und die Motivation für den weiteren Therapieprozess – welcher The-

rapierichtung auch immer – von entscheidender Bedeutung.

Eine nicht unbedeutende Zahl von PatientInnen hielt den weiteren Besuch eines Fertigkeitentrainings für notwendig (9) oder sinnvoll (6), eine konkrete Planung in diese Richtung hatten allerdings nur 2 PatientInnen angestellt, obwohl den PatientInnen die weiterführende Absolvierung eines ambulanten Fertigkeitentrainings in Aussicht gestellt wurde. Durch dieses Ergebnis wird das allgemein positive Feedback durch die PatientInnen etwas relativiert. Möglicherweise spielt bei diesem Ergebnis der große Anteil an PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung (12 PatientInnen) in unserer Gruppe eine Rolle. PatientInnen mit dieser Diagnose weisen charakteristischerweise bei der Problembewältigung eine Tendenz zu Rückzug und Passivität auf. Auch eine mangelnde Offenheit bei der Beurteilung des Trainings könnte möglicherweise die Diskrepanz zwischen einer allgemein positiven Beurteilung und der geringen Initiative zu einer Fortführung des Trainings erklären.

In der Einschätzung der Gruppenleiterinnen ließ sich das Konzept eines störungsspezifischen Fertigkeitentrainings für PatientInnen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen in den Gesamtbehandlungsplan der Station, an der schwerpunktmäßig PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen behandelt werden, sehr gut integrieren. Durch das relativ weit gefasste Spektrum der Interventionsbereiche, die durch die 4 Module des Fertigkeitentrainings abgedeckt werden, ist das Training für PatientInnen mit unterschiedlichen Störungen von Nutzen. Leichte Modifikationen der Module sind jedoch aus unserer Sicht für die Nutzung des Trainings als diagnosenunspezifischen Ansatz von Vorteil. Die Module „Innere Achtsamkeit“ und „Umgang mit Gefühlen“ können im großen und ganzen so beibehalten werden, wie es das ursprüngliche Fertigkeitentraining von M. Linehan (1996) vorsieht. Ebenso das Modul „Interpersonelle Fertigkeiten“. Dazu muss angemerkt werden, dass in unserer Gruppe in dem Modul „Interpersonelle Fertigkeiten“ vor allem maladaptive Beziehungsmuster bearbeitet wurden, da an unserer Station für PatientInnen mit ausgeprägten Defiziten im Bereich der sozialen Kompetenz eine eigene „Soziale Kompetenzgruppe“ angeboten wurde und PatientInnen mit diesen Problemen daher eher dieser Gruppe zugeteilt wurden. Für eine generelle Nutzbarkeit des Trainings für PatientInnen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen müsste das klassische Training sozialer Kompetenz (wie in dem Modul „Interpersonelle Fertigkeiten“ ursprünglich vorgesehen) jedoch auf jeden Fall in den Vordergrund des Moduls gestellt werden. Das Modul „Stresstoleranz“ scheint nach unserer Erfahrung vor allem für PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung von Relevanz zu sein und kann daher je nach Zahl der TeilnehmerInnen mit Borderlinepersönlichkeit in seiner Ausprägung variiert werden.

Eine Dauer des Trainings über 6 Wochen ist sicher zu kurz, um dauerhafte Veränderungen in Denk- und Verhaltensmustern zu erzielen. Ideal wäre eine Trainingsdauer von mindestens 6 Monaten, um längerfristige

Modifikationen im Gefühls- und Verhaltensbereich zu erzielen. Dies erscheint jedoch im stationären Bereich mit Ausnahme von Langzeittherapiestationen problematisch. Inwieweit ein ambulantes Fertigkeitentraining mit diesem Ansatz erfolgversprechend scheint, kann von uns nicht beurteilt werden.

Zusammenfassend scheint das Konzept eines störungsspezifischen Ansatzes mit klar definierten Interventionsbereichen auf jeden Fall sinnvoll und könnte mit obengenannten Modifikationen als sinnvoller Baustein in die Therapie von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörung integriert werden. Das Konzept wurde von unserer Gruppe von PatientInnen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gut angenommen und positiv beurteilt. Aufgrund der kleinen Patientengruppe, der starken Heterogenität der Stichprobe und der übrigen Einflussfaktoren der Behandlung im stationären Setting ist eine reliable Erfolgsbeurteilung des Trainings nicht möglich und unser Bericht muss sich auf eine Beurteilung der Akzeptanz und Anwendbarkeit dieses störungsspezifischen Ansatzes beschränken, wobei unser Pilotprojekt in dieser vielversprechende Ergebnisse lieferte. Die Beurteilung der Wirksamkeit eines störungsspezifischen Therapieansatzes bei der Behandlung einer heterogenen Patientenpopulation muss durch kontrollierte Interventionsstudien über längere Follow-up Zeiträume hinweg erfolgen – eine Herausforderung für die Zukunft.

Literatur

- Beck JS (1998) Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bull Menn Clin* 62/2: 170–194
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48: 1060–1064
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. The Guilford Press, New York London
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE (1994) Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 151: 1771–1776
- Linehan MM (1996) Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München
- Perry JC, Banon E, Ianni F (1999) Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 156: 1312–1321
- Perry JC, Lavori PH, Hoke L (1987) A Markov model for predicting levels of psychiatric service use in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. *J Psychiatr Res* 21: 215–232
- World Health Organization (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. In: Dilling H (Hrsg) Huber, Bern Göttingen Toronto

Korrespondenz: Dr. Hemma Griengl, Universitätsklinik für Psychiatrie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich, Fax +431 404003605
e-mail: Hemma.Griengl@akh-wien.ac.at

Dr. Hemma Griengl, geb. 1970, Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Abt. für Sozialpsychiatrie, Psychotherapeutin (Existenzanalyse) in Ausbildung, praktische Erfahrung im Umgang mit PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung und im Durchführen des Fertigkeitentrainings nach Marsha M. Linehan.

Mag. Alice Sendera, geb. 1944, Studium der Pädagogik, Sonder- und Heilpädagogik und der Psychologie, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Zusatzausbildung in klinischer Hypnose (München), Fortbildung in Dialektisch-Behavioraler Therapie (Freiburg), Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitätsklinik für Psychiatrie (Station für Verhaltenstherapie).