

**Evaluation der Narrativen Expositionstherapie (NET) in der
Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen
(BPS) mit komorbider posttraumatischer
Belastungsstörung (PTBS)**

Kumulative Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Astrid Pabst

an der Universität Konstanz

Mathematisch-Naturwissenschaftliche Sektion

Fachbereich Psychologie



Konstanz/Kiel, 2013

Erstgutachter: Prof. Dr. Thomas Elbert

Zweitgutachter: Prof. Dr. Josef Aldenhoff

Tag der mündlichen Prüfung: 27.09.2013

"Ich kann mir keinen Zustand denken, der mir unerträglicher und schauerlicher wäre, als bei lebendiger und schmerzerfüllter Seele der Fähigkeit beraubt zu sein, ihr Ausdruck zu verleihen."

(Montaigne 1533-1592)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen Dank an all diejenigen richten, die mich im Laufe der Erstellung dieser Arbeit fachlich und moralisch unterstützt haben.

Mein Dank gilt:

Thomas Elbert. Er hat uns - das Kieler Team - nicht nur zu der hier beschriebenen Studie inspiriert und sie mit uns konzipiert, sondern mich als mein Doktorvater immer wieder motiviert, die vorliegende Arbeit fertig zu stellen. Er war und ist für mich ein Mentor, der mich fachlich gefordert und gefördert hat und es auf seine ganz eigene herzliche, annehmende Art zu jedem Zeitpunkt geschafft hat, mir Mut zu machen und von mir wahrgenommene Hürden verschwinden zu lassen.

Maggie Schauer. Sie war und ist mir ein wunderbares Modell (nicht nur) in Hinblick auf die NET, sie hat meine Therapien fortlaufend supervidiert und mir so geholfen, meine therapeutischen Fertigkeiten zu verbessern. Dank ihr habe ich darüber hinaus menschlich Vieles gelernt und meine Grundhaltung gegenüber Menschen und ihren Ressourcen sowie meinen Blick auf die Welt im positiven Sinne verändert und erweitert.

Martina Ruf. Sie hat, genau wie Thomas Elbert und Maggie Schauer, maßgeblich an der Konzeption der Studie mitgewirkt und die Therapien supervisorisch begleitet. Sie stand mir zu jedem Zeitpunkt mit fachlichem Rat geduldig zur Seite.

Prof. J. Aldenhoff. Er hat die NET nach Kiel geholt und damit den Grundstein für einen fundamentalen Paradigmenwechsel innerhalb der Klinik in Bezug auf die Versorgung von Borderline-Patienten mit PTBS gelegt. Darüber hinaus hat er nicht nur durch seine fachliche Kompetenz unser Wirken positiv beeinflusst und an den Veröffentlichungen mitgearbeitet, sondern stand als Chef des Klinikum zu jedem Zeitpunkt hinter uns und der Studie und hat auf seine ganz eigene Weise die Moral des Teams gestärkt.

Dem **NET-Team**, d.h. allen beteiligten Therapeutinnen, Ärztinnen und Ärzten, namentlich Kirstin Bernhardt (Oberärztin, klinische Leitung, Co-Autorin und Therapeutin), Kati Gerok-Falke (Oberärztin, Therapeutin), Sibylle Wilms (Oberärztin,

Danksagung

Therapeutin), Robert Goeder (Oberarzt, Leitung Schlaflabor, Co-Autor), Mareen Seeck-Hirschner (Fachärztin, Therapeutin, Leitung der Schlaflaboruntersuchung, Co-Autorin) Christina Bethke-Jaenicke (Fachärztin, Therapeutin), Silja Knolle-Veentjer (Psychologische Psychotherapeutin), Julia Schmitt-Eliassen (Psychologische Psychotherapeutin; Diagnostik), Sukran Erdag (Fachärztin, Therapeutin), Peter Pfefferkorn (Facharzt, Therapeut) und Maggie Rosenträger (Datenerhebung und –sammlung, Co-Autorin). Jeder hat auf seine Weise an der Entwicklung und dem Gelingen der Studie sowie der Implementierung von NET innerhalb des Klinikums beigetragen – sei es durch die Durchführung und Reflexion der Therapien, Intervention und fachlichen Austausch, teils sehr kontroverse Diskussionen, Mitdenken, Fragen an der richtigen Stelle oder nette Worte (Psychohygiene!) in der wöchentlichen Teambesprechung bei Kaffee und Croissants. Ich bedanke mich dafür, dass ich im Zuge der Studie in ein fachlich hochprofessionelles und menschlich tolles Team herein wachsen durfte.

Allen **teilnehmenden Patientinnen**, die bereit waren, sich auf eine ungewisse Reise einzulassen, ihre Biographie mit uns zu teilen und an uns Therapeuten und die Methode zu glauben. Sowohl sie als auch wir sind daran gewachsen.

Mareen Seeck-Hirschner. Sie hat nicht nur durch ihren fachlichen und therapeutischen Einsatz maßgeblich an der Konzipierung und Realisierung dieser Studie mitgewirkt, sondern stand mir zu jeder Tages- und Nachtzeit als liebe Freundin zur Seite und ist mit mir durch sämtliche Höhen und Tiefen gegangen.

Maggie Rosentraeger. Sie hat fortlaufend die Daten gesammelt und an der Fertigstellung der Paper mitgewirkt. Danke für die herzliche, schnelle und zuverlässige Unterstützung.

Sibylle Wilms. Sie hat mir nicht nur auf langen Spaziergängen zugehört und gute Anregungen gegeben, sondern auch dafür gesorgt, dass ich den Kopf von Zeit zu Zeit wieder frei bekomme und mich mit ihrem unglaublichen Optimismus angesteckt.

Gunnar Paulsen, Nebojsa Pekas und Udo Gerigk. Dank Gunnar Paulsen und Nebojsa Pekas habe ich die NET und das Konstanzer Team kennen gelernt – sie

Danksagung

haben damit meiner therapeutischen Arbeit eine Richtung gegeben, die mich maßgeblich geprägt hat und die ich nicht mehr missen möchte. Gunnar Paulsen als mein Mentor und Udo Gerigk als mein wichtigster Kritiker haben nicht aufgehört an mich zu glauben, mir hin und wieder einen Schubs nach vorne verpasst, aber auch immer wieder geholfen „fünf gerade sein zu lassen“.

Corinna Steenfatt. Sie hat mich als gute Freundin die ganze Zeit begleitet, kritisch mitgedacht, an der richtigen Stelle wertvolle Fragen gestellt und sich meine eigenen Fragen und Gedanken rund um diese Arbeit geduldig angehört. Danke für ein „Tschacka“ im richtigen Moment.

Heide Pabst, meiner Mutter. Vielen Dank für die Unterstützung über all die Jahre meiner Ausbildung und meiner Arbeit und den vorbehaltlosen Glauben an mich.

Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation stellt die Beschreibung eines Studienverlaufs zur Untersuchung der Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie (NET) in der Therapie von Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörungen (BPS) und komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) dar. Sie wurde am Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP) in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Klinik für Psychosomatik realisiert.

Die Darstellung beginnt nach einem kurzen Überblick über die aus der Studie entstandenen Manuskripte und Publikationen mit einer Schilderung des theoretischen Hintergrundes der Studie sowie einer Einordnung in den aktuellen Forschungs- und Wissensstand in diesem Themenfeld. Dabei wird v.a. die langjährige Diskussion über die Notwendigkeit bzw. Bedeutung, den Zeitpunkt und die Gefahren von Stabilisierung versus Konfrontation in der Therapie von komplex traumatisierten Personen - hier Patienten mit BPS und komorbider PTBS - fokussiert und kurz auf die aktuellen Entwicklungen in diesem Themenfeld eingegangen.

Darauf aufbauend wird erläutert, vor welchem Hintergrund der klinischen Alltagspraxis sich die Notwendigkeit einer gezielten, traumafokussierten Behandlung der Patientinnen mit BPS und PTBS ergeben hat bzw. das dargestellte Studienkonzept entwickelt und umgesetzt wurde. Für ein besseres Verständnis dieser Entstehungsgeschichte wird kurz die Entwicklung der Therapiekonzepte für diese Klientel beschrieben, von den ersten vorsichtigen Anfängen, sich dieser Personengruppe gezielt zuzuwenden, bis hin zu einem umfassenden, multiprofessionellen Therapieangebot so wie es heute im ZIP besteht.

Schließlich werden die einzelnen Schritte bis zum Abschluss der Studie kurz dargestellt. Die einzelnen Schritte umfassen eine Beschreibung, dass NET nicht nur in Einzelfällen erfolgreich in der Therapie von Patientinnen mit BPS und PTBS realisierbar ist, sondern auch in einer Population von N=11 nachweislich zu einer deutlichen Reduktion der psychiatrischen Symptomatik, insbesondere der PTBS-Symptome, führt. Diese Verbesserungen sind noch 1 Jahr nach Therapieende stabil. Neben den statistischen Ergebnissen werden Beobachtungs- und Erfahrungswerte im Rahmen der Studie erörtert, die in den Einzelmanuskripten keine Berücksichtigung finden konnten.

Zum Abschluss werden die Stärken und Schwächen dieser Arbeit zusammenfassend diskutiert sowie Implikationen für die Forschung und Praxis aufgezeigt.

Zusammenfassung

Im zweiten Teil dieser Arbeit befinden sich alle aus der Studie entstandenen Manuskripte und Publikationen in ihrer aktuellen Form.

Summary

The dissertation at hand is an account of a study process which analyses the efficacy of narrative exposure therapy (NET) in dealing with patients with borderline personality disorder (BPD) and co-morbid post-traumatic stress disorder (PTSD). It was realized at the Center of the Kiel Institute for Integrative Psychiatry (ZIP) within the Clinics for Psychology and Psychotherapy as well as the Clinic for Psychosomatics.

The exposition begins after a short overview on the manuscripts and publications which evolved from the study, an account of the study's theoretical background and the classification within the current state of research and knowledge. The central focus to this will be the longtime discussion on the necessity respectively relevance of stabilisation, its point in time and its dangers versus confrontation as part of the therapy of complexly traumatized people – in this case patients with BPD and co-morbid PTSD - with a brief discourse on the recent developments in this range of topics.

Building upon this, it will be outlined against which background of clinical everyday practice the necessity of a specific, trauma-focused treatment of patients with BPD and PTSD arose and against which this present concept was developed. In the interest of a better understanding of this genesis, there will be a short description of the development of therapy concepts for this clientele; starting with initial careful attempts of addressing this group of persons specifically, right up to an extensive, multi-professional therapeutic approach, as used today in the ZIP.

Finally, the specific steps leading to the study's conclusion are presented. Those steps include the conclusion that NET can be accomplished not merely in single cases of patients with BPD and PTSD but can actually lead to a notable reduction of psychiatric symptoms – especially those of PTSD – in a N=11 population. These improvements are stable even 1 year after the therapy has come to an end. In addition to the statistic evidence, those experiences and observations which have not been taken into account in the various manuscripts and studies are discussed.

In conclusion, the strengths and weaknesses of this work are outlined while the implications for research and practice are pointed out.

Inhaltsverzeichnis/Table of contents¹

1. ÜBERSICHT	1
2. HINTERGRUND UND EINORDNUNG DER STUDIE IN DEN KONTEXT DES AKTUELLEN FORSCHUNGS- UND WISSENSSTAND IN DIESEM BEREICH	4
2.1. THEORETISCHER HINTERGRUND: DER AKTUELLE STAND DER FORSCHUNG	4
2.2. KLINISCHER HINTERGRUND: ENTWICKLUNG DER STUDIE AUS DER PRAXIS HERAUS	9
3. BESCHREIBUNG DER STUDIE	13
3.1. METHODISCHES VORGEHEN UND STUDIENDESIGN	13
3.1.1. <i>Narrative Expositionstherapie (NET)</i>	15
3.1.2. <i>TAU</i>	16
3.1.3. <i>Eingangsuntersuchung und testdiagnostische Einschätzung</i>	17
3.1.3.1. Soziodemografische Daten	17
3.1.3.2. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	18
3.1.3.3. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV (SKID II)	18
3.1.3.4. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PSSI/PDS).....	18
3.1.3.5. Borderline-Symptom-Liste 23 (BSL).....	19
3.1.3.6. Hamilton Depressions Skala (HAMD).....	19
3.1.3.7. Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)	19
3.1.3.8. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS).....	19
3.1.3.9. Schlaflaboruntersuchungen	20
3.2. UMSETZUNG UND ERGEBNISSE.....	20
3.2.1. <i>Umsetzung der geplanten Therapie</i>	20
3.2.2. <i>Teilnehmer</i>	22
3.2.3. <i>Datenanalyse und statistische Berechnung</i>	23
3.2.4. <i>Ergebnisse einer Einzeltherapie</i>	23
3.2.5. <i>Erste Ergebnisse aus der NET-Gruppe</i>	24
3.2.6. <i>Ein Vergleich der Ergebnisse der unterschiedlichen Therapiebedingungen (NET vs. TAU)</i> 24	
3.3. KRITISCHE REFLEXION DER THERAPIEN UND DEREN UMSETZUNG IM KLINIKALLTAG.....	25
3.3.1. <i>Reflexion in Hinblick auf die Patientinnen</i>	25
3.3.2. <i>Reflexion in Hinblick auf das Therapeutenteam</i>	28
4. EINZELFALLDARSTELLUNG EINER NET	31
4.1. AUFNAHMEMODALITÄTEN	31
4.2. PSYCHIATRISCHE VORGESCHICHTE UND ANAMNESTISCHE ANGABEN.....	32
4.2.1. <i>Sozialanamnese</i>	32

¹ Das Inhaltsverzeichnis wurde entsprechend der Sprachwahl des jeweiligen Kapitels in Deutsch bzw. in Englisch erstellt.

4.2.2.	<i>Familienanamnese</i>	32
4.2.3.	<i>Traumatisierungen und psychiatrische Vorgeschichte</i>	32
4.2.4.	<i>Somatische (Vor-)befunde</i>	33
4.3.	„LIFELINE“.....	34
4.4.	PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN.....	35
4.5.	TESTDIAGNOSTISCHE BEFUNDE.....	35
4.6.	BEHANDLUNGSVERLAUF.....	36
4.7.	THERAPIEBEWERTUNG DURCH DIE PATIENTIN.....	39
4.8.	SCHLUSSFOLGERUNG.....	39
5.	KRITISCHE BEWERTUNG	41
6.	IMPLIKATIONEN	47
6.1.	IMPLIKATION FÜR DIE PRAXIS.....	47
6.2.	IMPLIKATIONEN FÜR DIE FORSCHUNG.....	48
7.	ABSCHLIEßENDE BEMERKUNG	49
8.	TREATMENT OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (BPD) AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) VIA NARRATIVE EXPOSURE THERAPY (NET) – A CASE REPORT	51
8.1.	ABSTRACT.....	51
8.2.	BACKGROUND.....	51
8.3.	METHODS.....	53
8.4.	THE CASE OF MRS U.....	55
8.5.	RESULTS.....	57
8.6.	CONCLUSION.....	60
9.	BORDERLINE-STÖRUNGEN MIT KOMORBIDER POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNG – DIE NARRATIVE EXPOSITIONSTHERAPIE	62
9.1.	ZUSAMMENFASSUNG.....	62
9.2.	SUMMARY.....	62
9.3.	THEORETISCHER HINTERGRUND.....	63
9.4.	THERAPEUTISCHE ANSÄTZE.....	68
9.5.	NARRATIVE EXPOSITIONSTHERAPIE.....	70
9.6.	ERGEBNISSE.....	77
9.7.	AUSBLICK.....	79
10.	TREATMENT OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (BPD) AND COMORBID POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) USING NARRATIVE EXPOSURE THERAPY (NET): A FEASIBILITY STUDY	82

10.1.	INTRODUCTION.....	82
10.2.	NARRATIVE EXPOSURE THERAPY (NET).....	83
10.3.	METHODS	83
10.4.	RESULTS.....	84
10.5.	LIMITATIONS.....	86
10.6.	CONCLUSIONS	86
11.	EVALUATION OF NARRATIVE EXPOSURE THERAPY (NET) FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER WITH COMORBID POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER.....	88
11.1.	ABSTRACT	88
11.2.	BACKGROUND	89
11.3.	METHODS	92
11.3.1.	<i>Participants</i>	92
11.3.2.	<i>Instruments/ratings</i>	93
11.3.3.	<i>Treatment</i>	93
11.3.3.1.	Narrative Exposure Therapy (NET)	94
11.3.3.2.	Dialectical Behavior Therapy (DBT)-based standard treatment.....	94
11.3.4.	<i>Procedure</i>	95
11.3.5.	<i>Statistics / data analysis</i>	95
11.3.6.	<i>Participants</i>	96
11.4.	RESULTS.....	99
11.4.1.	<i>Scores</i>	99
11.4.2.	<i>Observations</i>	101
11.5.	DISCUSSION	102
11.6.	LIMITATIONS.....	104
11.7.	CONCLUSIONS	104
12.	LITERATUR.....	106

1. Übersicht

Publikationen und eingereichte Manuskripte der kumulativen Dissertation.

Manuskript 1: Treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) via narrative exposure therapy (NET) – a case report (submission proposed)

Astrid Pabst¹, Maggie Schauer²

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ZIP – Zentrum für Integrative Psychiatrie und Psychotherapie Kiel

²Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie

Publikation 2: Borderline-Störungen mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung – Die Narrative Expositionstherapie

Patients with borderline personality disorder and co-morbid posttraumatic stress disorder – narrative exposure therapy

Astrid Pabst¹, Josef Aldenhoff¹, Maggie Schauer²; Martina Ruf²; Thomas Elbert²; Mareen Seeck-Hirschner¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ZIP – Zentrum für Integrative Psychiatrie und Psychotherapie Kiel

²Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie

veröffentlicht in Nervenheilkunde 2012; 31: 645-652

Publikation 3 (Letter to the Editor): Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder and Comorbid Posttraumatic Stress Disorder Using Narrative Exposure Therapy: A Feasibility Study

Astrid Pabst¹, Maggie Schauer², Kirstin Bernhardt¹, Martina Ruf², Robert Goder¹, Rotraudt Rosentraeger¹, Thomas Elbert², Josef Aldenhoff¹, Mareen Seeck-Hirschner¹

¹Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Center for Integrative Psychiatry Kiel, Kiel,

²Department of Psychology, University of Constance, Constance, Germany

published in Psychotherapy and Psychosomatics 2012;81:61–63

Manuskript 4: Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for Borderline Personality Disorder with comorbid Posttraumatic Stress Disorder (submitted)

Astrid Pabst¹, Maggie Schauer², Kirstin Bernhardt¹, Martina Ruf², Robert Goeder¹, Thomas Elbert², Rotraudt Rosentraeger¹, Katy Robjant², Josef Aldenhoff¹, Mareen Seeck-Hirschner¹

¹Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Center for Integrative Psychiatry Kiel, Kiel,

²Department of Psychology, University of Constance, Constance, Germany

Erklärung der Erstautorenschaft

Ich habe als wissenschaftliche Leitung bei der Erstellung und Planung des Gesamtkonzeptes der in diesem Manuskript dargestellten Studie mitgewirkt. Außer mir waren ÄrztInnen und PsychologInnen unterschiedlichen Professionsgrades (Oberärztinnen, Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutinnen) an der Konzeptentwicklung und Realisierung der Studie beteiligt. Ich habe einen Teil der Therapien im Rahmen der Studie selbst durchgeführt, die Therapien meiner Kollegen im Zuge regelmäßiger Intervention beratend begleitet und die Einhaltung des jeweiligen Protokolls sicher gestellt. Im Rahmen meiner Funktion als wissenschaftliche Leitung habe ich die Koordination der Datensammlung und -auswertung übernommen und war maßgeblich für die Interpretation der Daten verantwortlich. Ich habe dieses Manuskript als Erstautorin verfasst und schließlich nach Prüfung, Verbesserung und Ergänzung durch Koautoren eingereicht.

Zudem haben Maggie Schauer, Thomas Elbert und Martina Ruf der Universität Konstanz an der Designentwicklung fundamental mitgewirkt und die Studie beratend und supervidierend begleitet.

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Zusammenfassung und Schriften selbständig als Erstautorin verfasst habe. Damit trage ich die inhaltliche und methodische Verantwortung für die aufgeführten Schriften. Die Arbeit hat weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer anderen Fakultät oder Universität vorgelegen.

Kiel, den _____

Dipl.-Psych. Astrid Pabst

Anmerkung:

In der vorliegenden Arbeit habe ich zugunsten einer einfachen Lesbarkeit grundsätzlich nur die männliche Form von Berufsbezeichnungen etc. benutzt. Selbstverständlich beziehen sich alle Ausführungen dennoch immer auch auf Frauen. Nur in den Fällen, in denen explizit auf Frauen Bezug genommen wird, wurde die weibliche Form verwendet, so wird z.B. bei der Beschreibung der Studie von Patientinnen gesprochen, da es keine männlichen Teilnehmer gab.

2. Hintergrund und Einordnung der Studie in den Kontext des aktuellen Forschungs- und Wissensstand in diesem Bereich

2.1. Theoretischer Hintergrund: Der aktuelle Stand der Forschung

Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist in der Praxis häufig mit langen und „schwierigen“ Behandlungsverläufen assoziiert, obwohl es inzwischen viele spezifische, umfassende und wissenschaftlich nachgewiesene wirksame Behandlungsangebote gibt (siehe Jacob & Lieb, 2007). Zu den effektivsten Methoden werden laut Studienlage die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan (1993) und die Schematherapie (ST) von Young (1999) gezählt. Die Versorgungssituation in Deutschland gilt insgesamt nach wie vor als unzureichend (Bohus, 2007).

Im Rahmen eines Symposiums der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) mit dem Titel *„Borderline-Patienten psychotherapeutisch behandeln: BPTK-Symposium Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung“* wurde die aktuelle Versorgungssituation von BPS-Patienten diskutiert. Während einerseits Einigkeit darüber besteht, dass sich die Situation im Laufe der letzten Jahre deutlich verbessert hat, sprechen in der Klinik tätige Therapeuten und Ärzte (hier Frau Cornelia Bothe von der Asklepios Klinik Nord, Herr PD Dr. Stiglmayer vom DBT-Netzwerk Berlin) von Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz von 6-12 Monaten und einem bislang nicht zu deckenden Behandlungsbedarf. Schlussfolgernd fordert Timo Harfst von der BPTK eine Veränderung der Rahmenbedingungen für einen Ausbau der ambulanten Behandlung von BPS-Patienten, die eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapien vorsehen, längere Behandlungsdauern als in den Psychotherapierichtlinien angegeben erlauben und v.a. neue Konzepte zur Motivation (z.B. finanzielle Anreize; angemessene Vergütung des „zeitlichen und fachlichen Mehraufwandes“) ambulant arbeitender Psychotherapeuten berücksichtigen (Richter, 2012). Wieder anders und nicht weniger problematisch gestaltet sich die Situation, wenn man die Gruppe der Borderline-Patienten mit komorbider PTBS betrachtet. Für diese Personengruppe gibt es aus unterschiedlichen Gründen nur wenige spezifische Behandlungsangebote, auf die in den nachfolgenden Ausführungen näher eingegangen wird. Dazu gilt es zunächst die Auftretenshäufigkeit und

Besonderheiten der Kombination beider Erkrankungen zu betrachten. (Harned, 2013) fasst diese Thematik auf der Basis der Ergebnisse verschiedener neuerer Studien dahin gehend zusammen, dass zwischen 30% und 50% der Borderline-Patienten zusätzlich an einer PTBS leiden. Darüber hinaus berichten Patienten mit beiden Erkrankungen mehr und/oder extremere traumatischer Erfahrungen und sind stärker betroffen in Hinblick auf die psychiatrische Komorbidität, emotionale Dysregulation, körperliche Gesundheit und die allgemein psychische Belastung. Die Zusammenhänge zwischen BPS, Traumatisierungen in der Kindheit und PTBS wurden in jüngerer Zeit vielfach diskutiert, wobei traumatischer Stress, insbesondere sexueller Missbrauch in der Kindheit häufig mit der Entwicklung einer BPS assoziiert ist (Ball & Links, 2009; Driessen et al., 2002; Golier et al., 2003; Zanarini, 2000).

PTBS wiederum findet sich zwar häufig, aber nicht immer bei Patienten mit einer Borderline-Störung (Grant et al., 2008; Jacob & Lieb, 2007; Zanarini et al., 1998). Außerdem gibt es bislang kein schlüssiges und evidentes Erklärungsmodell, dass das den Zusammenhang und das Zusammenspiel beider Störungsbilder zufriedenstellend erläutern könnte (Golier et al., 2003). Sicher scheint dagegen, dass eine Traumatisierung in Form von (sexuellem) Missbrauch ein wichtiger ätiologischer Faktor sowohl für die Entwicklung einer PTBS als auch einer BPS darstellt (Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Peleikis & Dahl, 2005).

Was aber bedeutet eine komorbide PTBS in der Behandlungspraxis von Borderline-Patienten? Obwohl laut aktueller Studienlage in den jüngeren Untersuchungen zu dieser Thematik kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Komorbidität von BPS und PTBS im Sinne eines schwereren klinischen Profils gefunden werden konnte (Zlotnick, Franklin, & Zimmerman, 2002), ist im klinischen Kontext bei diesen Patienten teils eine Verschlechterung bzw. Zunahme der psychiatrischen Symptomatik und der dysfunktionalen Verhaltensweisen (u.a. Selbstverletzung, Vermeidung) der BPS durch die Kernsymptome der PTBS zu beobachten. Dabei ist jedoch unklar, ob tatsächlich die Symptome der PTBS das Symptombild der BPS verstärken oder ob es viel mehr so ist, dass es Borderline-Patienten aufgrund ihrer erkrankungsinherenten gestörten Emotionsregulation und verminderten Frusttoleranzschwelle schwerer fällt, mit den Symptomen einer PTBS umzugehen, als Patienten, die an einer PTBS ohne BPS erkrankt sind. Auch wenn dieses Zusammenspiel von PTBS-Symptomen und BPS-Symptomen bislang nicht ausreichend untersucht und erklärt ist, kommen klinisch arbeitende Psychiater und

Psychologen in der Behandlung von Patienten mit dieser Komorbidität immer wieder an ihre Grenzen. Das macht den Bedarf an geeigneten Konzepten und Behandlungsangeboten zur effektiven Behandlung dieser Personengruppe deutlich. Sobald man sich mit dieser Thematik auseinandersetzt, stößt man sowohl in Fachkreisen als auch im klinischen Alltag auf die kontroverse Diskussion, ob und wie lange bei dieser Klientel eine Stabilisierung erforderlich ist und wann bzw. unter welchen Bedingungen eine gezielte Traumatherapie durchgeführt werden kann und sollte. In einer umfassenden Auseinandersetzung mit dieser Thematik vor dem Hintergrund der aktuellen Studienlage und der derzeit vorliegenden internationalen Leitlinien kommt Neuner (2008) zu dem Ergebnis, dass es keine wissenschaftlichen und/oder empirischen Nachweise dafür gibt, dass vor einer Traumakonfrontation eine Stabilisierungsphase (die über eine kurze Psychoedukation hinausgeht) zu erfolgen habe. Hingegen würden traumafokussierte Therapieverfahren (u.a. Expositionstherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR) nachweislich zur Behandlung einer PTBS am effektivsten sein und den internationalen Leitlinienempfehlungen entsprechen. Neuner (2008) betont weiter, dass es keine Nachweise für eine schädliche Wirkung von traumafokussierten Behandlungen oder aber eine geringere Akzeptanz derselbigen auf Seiten der Patienten gebe. Dem gegenüber steht laut Neuner (2008) die Beobachtung, dass Psychiater und Psychologen in der Praxis noch zurückhaltend mit dem Einsatz konfrontativer Verfahren umgehen und diese teils zugunsten einer Stabilisierungsphase gar nicht eingesetzt werden. Als Gründe dafür werden neben unzureichender Ausbildung in konfrontativen Verfahren und Ängsten vor negativen Wirkungen einer Traumakonfrontation v.a. auch Ängste seitens der Behandler vor einer eigenen Belastung angenommen. Eine „endlose“ Stabilisierungsphase und Vermeidung der Traumakonfrontation durch die Therapeuten berge laut Neuner (2008) hingegen die Gefahr einer Aufrechterhaltung der „Verschwörung des Schweigens“, die bereits bei dem Täter beginnt, nicht selten auch durch das psychosoziale Umfeld aufrechterhalten wird, und schließlich die „Sprachlosigkeit“ der Betroffenen verstärkt. Ein weiterer Aspekt, der von Neuner (2008) hervorgehoben wird, ist die Bedeutung einer Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und somit auch den traumatischen Erlebnissen für ein stimmiges und stabiles Identitätserleben. In eine ähnliche Richtung gehen die Ausführungen von Beutel und Subic-Wrana (2012) die Verfahren zum Erwerb der

Symptomkontrolle und der Vermeidung kritisch betrachten und zu bedenken geben, dass eine zu lange und umfassende Stabilisierungsphase die Ängste der Patienten vor einer Auseinandersetzung mit den Erinnerungen an das traumatische Ereignisse noch verstärken kann. Auch Beutel und Subic-Wrana (2012) halten ein traumafokussiertes Vorgehen für eine seelische Integration des Erlebten für unerlässlich, wobei sie die Bedeutung einer guten therapeutischen Beziehung und eines klaren therapeutischen Settings als entscheidend für ein ausreichendes Sicherheitserleben und Vertrauen seitens der Betroffenen heranzuführen.

(Reddemann, 2011) betrachtet die Stabilisierungsdebatte sowie die Begriffe „Stabilität und Stabilisierung“ vor dem Hintergrund historischer und aktueller Konzepte der Psychotraumatologie. Sie kommt zu dem Schluss, dass in der Traumabehandlung genau wie in jeder anderen Therapie eine sorgfältige Diagnostik, ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Behandlungsangebot und seine Zustimmung dazu nach einer ausführlichen Aufklärung über das geplante Vorgehen wichtig sind. Auch (Reddemann, 2011) betont gerade für beziehungs- und bindungsgestörte Patienten (was bei komplex-traumatisierten Personen in der Regel der Fall ist) die Bedeutung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung für den Erfolg einer Behandlung sowie die Überzeugung und Überzeugungskraft des Therapeuten bei der Vermittlung der angestrebten Behandlungsmethode.

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass bei der Entscheidung, ob eine Traumatherapie bei einem Patienten durchgeführt werden sollte oder nicht, verschiedene Aspekte berücksichtigt werden müssen, wobei die Angst vor einer Auseinandersetzung mit der Erinnerung an das Trauma weder auf Patientenseite noch auf Therapeutenseiten handlungsleitend sein sollte. Viel mehr sollte die Chance genutzt werden, die krankheitsaufrechterhaltenden Gedanken- und Verhaltensmuster vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und in einem sicheren therapeutischen Kontext durch eine gemeinsame Betrachtung der beängstigenden und schmerzhaften biographischen Erfahrungen, erkennen und verändern zu können.

Ergänzend zu den einleitenden Ausführungen hinsichtlich der Versorgungssituation von Patienten mit BPS und derzeit üblichen und auch bewährten Therapieansätzen, sowohl der BPS als auch einer PTBS verweise ich auf die Zusammenfassungen in den nachfolgenden Manuskripten (Pabst, Aldenhoff et al., 2012; Pabst, Schauer et al., 2012). Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es nur wenige Ansätze, die gezielt eine

Komorbidität von BPS und PTBS berücksichtigen. Ein therapeutischer Ansatz (Dyer, Priebe, Steil, Krüger, & Bohus, 2009) wurde für Patienten mit chronische PTBS nach (sexuellem) Missbrauch in der Kindheit entwickelt, in dem schwerpunktmäßig Prinzipien und Methoden der DBT nach Linehan (1993, 1996) zur Anwendung kommen. Dieser umfasst ein 3-monatiges stationäres Therapieprogramm mit Skilltraining, Achtsamkeitstraining, Psychoedukation, Kognitive Interventionen und Exposition sowohl in Gruppen- als auch Einzelsitzungen. Als Ziele werden a) eine Reduktion der Trauma assoziierten primären Emotionen, b) eine Bearbeitung sekundärer Emotionen wie Schuld und Scham sowie c) eine Akzeptanz des geschehenen Traumas benannt. Erste Ergebnisse aus einer Pilotstudie zu diesem Ansatz zeigen eine hohe Akzeptanz des Programms sowie eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome, der depressiven Symptome, eine Reduktion der Ängste und eine Verbesserung der allgemein psychischen Befindlichkeit (Dyer et al., 2009; Steil, 2011). Ein weiterer Ansatz für Patienten mit BPS und PTBS, der auf Prinzipien der DBT sowie Prolonged Exposure (PE) (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007) wurde von Harned, Korslund, Foa und Linehan (2012) entwickelt. Die Therapie erstreckt sich über einen Zeitraum von etwa einem Jahr und auch dieses Verfahren zeigt gute Ergebnisse im Sinne eines deutlichen Rückgangs der PTBS-Symptomatik sowie der dissoziativen Symptomatik, der Suizidgedanken, der Angstsymptome und der depressiven Symptome (Harned et al., 2012). Beide Ansätze konzentrieren sich auf das sogenannte Indextrauma, also das traumatische Ereignis, welches gegenwärtig die belastendsten Intrusionen und stärksten Vermeidungsimpulse provoziert. Ein drittes Verfahren für Patienten mit PTBS assoziiert mit Kindesmissbrauch stammt von (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Cloitre et al., 2010).

Genau wie die zuvor beschriebenen Ansätze beinhaltet dieser zunächst eine auf DBT-Prinzipien nach Linehan (1993) beruhende Stabilisierungsphase, der eine gezielte Traumaexposition angelehnt an das Vorgehen von (Foa & Rothbaum, 1998) folgt. Dieses Vorgehen führt laut Autoren zu einer deutlichen Verbesserung hinsichtlich der PTBS-Symptome, der gestörten Affektregulation und interpersonellen Problemen.

Ziel und Inhalt der vorliegenden Studie war es, für die Behandlung von Patienten mit BPS und komorbider PTBS die Narrative Expositionstherapie (NET) als ein in der Behandlung von komplex-traumatisierten Patienten bewährtes Verfahren

einzusetzen, ohne eine gesonderte Stabilisierungsphase vorzuschalten. Das genaue Vorgehen wird zu einem späteren Zeitpunkt beschrieben (siehe 3.1.1).

2.2. Klinischer Hintergrund: Entwicklung der Studie aus der Praxis heraus

Für eine Einführung in den Hintergrund der Studie wird zunächst kurz das Klinikum an der die Studie durchgeführt wurde, vorgestellt. Im Folgenden wird die Versorgungssituation der Patienten mit BPS und PTBS in den Fokus gerückt und in einen inhaltlichen Zusammenhang mit der vorliegenden Studie gebracht.

Die ZIP gGmbH (Zentrum für Integrative Psychiatrie) ist eine Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) und ist für die regionale Versorgung von psychiatrisch und psychosomatisch erkrankten Personen in der Landeshauptstadt Kiel und der Hansestadt Lübeck verantwortlich. Darüber hinaus bilden Forschung und Lehre in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel sowie mit der Universität Lübeck einen Schwerpunkt.

Entsprechend diesem Versorgungsauftrag werden tagtäglich zum Teil schwer belastete und komplex erkrankte Personen im ZIP behandelt. Um dieser Komplexität gerecht werden zu können, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Behandlungsschwerpunkte entwickelt. Dazu zählen u.a. Borderline Persönlichkeitsstörungen, Affektive Erkrankungen, Forensik, Gerontopsychiatrie, Psychose, Sucht, Migration & Trauma und Psychotraumatologie. Die jeweiligen Mitarbeiter der unterschiedlichen Schwerpunktgruppen betreuen die betroffenen Patienten sowohl ambulant als auch stationär im Rahmen eines umfassenden, multiprofessionellen Behandlungsangebotes. In Verbindung mit den Angeboten der Institutsambulanz soll so eine optimale Akutversorgung gewährleistet werden. Über eine Koordination der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, sowie Wohneinrichtungen soll des Weiteren eine mittel- und langfristige Versorgung der Patienten ermöglicht werden. Neben den ambulanten und stationären Behandlungsangeboten gibt es inzwischen verschiedene tagesklinische Versorgungsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

In den letzten Jahren wurde ein spezifisches Behandlungsangebot für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt, das auf erste Bemühungen diesbezüglich Mitte der neunziger Jahre zurückgeht. Im Jahr 1996 haben sich

interessierte Ärzte und Therapeuten in einem Arbeitskreis (AK DBT Netzwerk) mit diesem Schwerpunkt zusammengefunden und fortlaufend an einer Entwicklung und Verbesserung der klinischen Konzepte sowie einer (über-)regionalen Vernetzung gearbeitet. Diese Entwicklung war der ungenügenden Versorgungssituation der Borderline-Patienten zu dem damaligen Zeitpunkt geschuldet. In der Zeit wurden Borderline-Patienten je nach Belegungsmöglichkeiten des Hauses auf einer allgemeinen Akutstation untergebracht oder vereinzelt auch auf die anderen Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten aufgenommen. Unter dem Klinikpersonal galt professionsunabhängig die Meinung, dass Patienten mit einer BPS „schwierig“ sind, die Mitarbeiter der Pflege über die Norm hinaus beanspruchen und ihnen durch ihr wechselhaftes und forderndes Auftreten Energie nehmen, die sie für andere Patienten dann nicht mehr zur Verfügung haben. Kurz um, sie waren auf keiner Station gern gesehen und generell wenig in den Stationsalltag integriert. Zudem kam es kam zu langen und wiederholten Krankenhausaufenthalten mit der Gefahr der Hospitalisierung. Aufgrund der Unzufriedenheit auf Seiten des Klinikpersonals sowie der Patienten ist bei einigen Mitarbeitern ein zunehmendes Interesse an neuen und wirksamen Behandlungskonzepten für die Personengruppe gewachsen. Diese sollten eine höhere Therapieeffizienz gewährleisten, um dieser speziellen Patientengruppe gerecht werden zu können. Die betroffenen Mitarbeiter nahmen an verschiedenen Fortbildungen und Workshops der Arbeitsgruppe um Bohus teil und lernten dabei die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (1996) kennen. Die neuen Ansätze wurden in der Klinik implementiert. Ab 1999 wurde eine dreimonatige Dialektisch-Behaviorale Therapie der BPS auf einer spezialisierten offenen Station angeboten, wobei eine gezielte Voranmeldung und ausreichend hohe Therapiemotivation Voraussetzung waren. Vor dem Hintergrund der Beobachtung, dass es nach der DBT-Behandlung wiederholt zur stationären Krisenintervention kam und/oder Patienten, die an dem DBT-Konzept nicht teilgenommen hatten, häufige stationäre Krisenkontakte in Anspruch nahmen oder aber mit wenig Effizienz und Hospitalisierungstendenz auf den anderen Stationen behandelt werden mussten, wurde ein Modell zur stationären DBT-orientierten Krisenintervention entwickelt. Diese wurde ab 2004 auf einer geschlossenen, gemischtgeschlechtlichen Akutstation realisiert, indem die Mitarbeiter der Station (insbesondere das Pflegepersonal) geschult und die verschiedenen Bausteine des DBT-orientierten Krisenkonzeptes sukzessive implementiert und fortlaufend

modifiziert wurden. Eine umfassende Beschreibung des „Kieler Modells zur stationären, DBT-orientierten Krisenintervention“ findet sich bei (Röhling, 2008).

Zum Zeitpunkt des Beginns der vorliegenden Studie gab es schließlich, nach jahrelanger Weiterentwicklung und Verfeinerung der bestehenden Konzepte, eine auf BPS spezialisierte Akutstation mit einem umfassenden verhaltenstherapeutisch, DBT-orientierten Therapiekonzept in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Außerdem gab es ein ebenso umfassend und der DBT entsprechend ausgerichtetes dreimonatiges Behandlungsangebot in der Klinik für Psychosomatik. Inzwischen besteht für die betroffenen Patienten zusätzlich die Möglichkeit, ein tagesklinisches Angebot mit der entsprechenden Ausrichtung wahrzunehmen.

Trotz dieses spezifischen, umfassenden Behandlungsangebotes bemängelten die in der Behandlung von BPS-Patienten involvierten Therapeuten und Ärzte, dass ein spezielles Angebot für diejenigen unter den Patienten fehlte, die komorbid unter einer PTBS litten. Ihrer Beobachtung nach waren die Patienten besonders schwer und komplex erkrankt, wobei die PTBS von ihnen als aufrechterhaltender Faktor interpretiert wurde. Viele dieser Patienten hatten (zum Teil wiederholt) an der DBT teilgenommen und waren entsprechend „Profis“ in Hinblick auf Krisenmanagement, Achtsamkeitsübungen und verschiedene Fertigkeiten. Nicht selten waren sie bereits in verschiedenen Kliniken mit ähnlichem Angebot gewesen und hatten zudem häufig ein inzwischen gut ausgebautes „Helfernetzwerk“ (u.a. Therapeuten, Ärzte, Selbsthilfegruppen, Wohngruppe). Dennoch blieben die komplexe psychiatrische Symptomatik und die damit einhergehende hohe Belastung der Patienten bestehen bzw. exazerbierte phasenweise. Entsprechend zeigte sich in der Praxis zunehmend die Erfordernis, ein traumaspezifisches Therapieangebot in das bestehende Behandlungskonzept zu integrieren.

Aufgrund dieser Überlegungen fand sich eine kleine Arbeitsgruppe zusammen – bestehend aus Prof. Aldenhoff, drei Oberärztinnen und einem Oberarzt, vier Fachärztinnen und einem Facharzt für Psychiatrie, einer angehenden Ärztin und drei Psychologinnen bzw. Psychologischen Psychotherapeutinnen – die sich diesem Thema annahm. Im Laufe des Jahres 2008 wurde durch Prof. Aldenhoff, dem damaligen Leiter der Klinik, Kontakt zu Maggie Schauer, Thomas Elbert und Martina Ruf aufgenommen, da Ihre Methodik der NET für komplex traumatisierte Personen einigen Mitarbeitern des ZIP bekannt war und hoch geschätzt wurde bzw. wird (u.a. wurde sie zu dem Zeitpunkt von der Referentin bereits erfolgreich in der Therapie

von traumatisierten Flüchtlingen eingesetzt). Ziel war es, gemeinsam mit Maggie Schauer, Thomas Elbert und Martina Ruf ein Studienkonzept zu entwickeln und erstmalig die NET auch für Patienten mit BPS und PTBS am ZIP anzubieten. Im November fand am ZIP in Kiel für die benannte Arbeitsgruppe ein 2-tägiger NET-Workshop statt, um die Methodik allen beteiligten Mitarbeitern zu vermitteln und die ersten erforderlichen Schritte für die geplante Studie zu erarbeiten.

3. Beschreibung der Studie

In diesem Abschnitt werden zunächst kurz das methodische Vorgehen und das Studiendesign vorgestellt. Darauf aufbauend wird eine kritische Reflexion der Umsetzung der Studie in der Praxis vorgenommen und schließlich werden sowohl die quantitativen Ergebnisse in zusammengefasster Form dargestellt, als auch auf Erfahrungswerte und klinische Beobachtungen in Hinblick auf die NET bei diesem Klientel näher betrachtet.

3.1. Methodisches Vorgehen und Studiendesign

In dem Studienkonzept war es vor dem Hintergrund der Stabilisierungs-Konfrontations-Debatte vorgesehen, zunächst anhand von Einzelfällen die „Machbarkeit“ zu prüfen – also zu untersuchen, ob NET überhaupt manualgetreu und erfolgreich bei diesen Patienten durchführbar ist, ohne zu einer Zustandsverschlechterung oder vorzeitigen Therapieabbrüchen zu führen. In der Folge sollte im Rahmen einer Pilotstudie mit einer begrenzten Anzahl an Patienten die Wirksamkeit der NET bei diesem Klientel untersucht werden, um die Ergebnisse dann in einem dritten Schritt mit denen einer Kontrollgruppe zu vergleichen. Dafür war ein 2 x 3 faktorielles Design (mit den Faktoren Therapiebedingung und Zeit) vorgesehen.

An der Studie haben sich alle Mitarbeiter der bereits beschriebenen Arbeitsgruppe in der einen oder anderen Weise professionell beteiligt. Einige von ihnen sind ausgebildete DBT-Therapeutinnen und konnten auf langjährige Erfahrungen sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung zurückgreifen. Die anderen Mitarbeiter kamen aus verschiedenen Schwerpunktbereichen. Die Studie wurde von Maggie Schauer, Thomas Elbert und Martina Ruf als Expertenteam wissenschaftlich und praktisch beratend begleitet und das Klinikteam fortlaufend durch Supervision der Therapien unterstützt. Zudem fanden von Beginn an wöchentlich Treffen zur kontinuierlichen Kontrolle der Einhaltung des Studienprotokolls und regelmäßige Interventionen zur Reflexion der laufenden Therapien statt.

Das Studiendesign wurde zunächst mit dem Titel *„Wirksamkeit des Traumatherapieverfahrens Narrative Expositionstherapie bei komplex-traumatisierten Patienten und deren Einfluss auf den Schlaf“* formuliert. Wie dem Titel zu entnehmen

ist, war zu Beginn eine parallele Untersuchung verschiedener Schlafparameter vorgesehen. Auf eine ausführliche Darstellung dieses Teilaspekts wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit verzichtet, da diese Untersuchung von einer anderen Mitarbeiterin des Teams, einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Schlafmedizin, durchgeführt und ausgewertet wurde. Die damit assoziierten Untersuchungen werden jedoch der Vollständigkeit halber hier mit aufgeführt, da sie im Studiendesign vorgesehen waren und den Studienablauf beeinflusst haben. Zu Studienbeginn wurde für die geplante Studie ein Ethikantrag an die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der CAU Kiel gestellt und genehmigt. Die Studie wurde mit dem Titel "A randomised control trial of narrative exposure therapy versus treatment as usual in the therapy of borderline personality disorder" unter Clinical Trial.gov angemeldet (ClinicalTrial.gov Identifier: NCT01033708).

Zusammenfassend wurden folgende Ziele formuliert:

- Evaluation der Effektivität des Traumatherapieverfahrens NET bei der Behandlung komplex-traumatisierter Personen im stationären und/oder ambulanten Rahmen
- Evaluation des Einflusses der NET auf den Schlaf
- Erfassung des Cortisolparameters (als ein wichtiger Neurotransmitter mit Gedächtnismodulierender Wirkung) im Verlauf der Traumatherapie

Obwohl im Titel von „komplex-traumatisierten Patienten“ die Rede ist, wurde die Zielgruppe für die hier beschriebene Studie näher eingeschränkt und nur Personen mit BPS und PTBS in die Studie eingeschlossen. Auch dies ist durch die zeitgleiche Untersuchung des Schlaflabors begründet, da hier auch komplex-traumatisierte Patienten ohne PBS eingeschlossen wurden.

Nachfolgend finden sich die Ein- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien

- Alter \geq 18 Jahre
- Diagnose PTSD und BPS
- Einwilligungsfähigkeit & Geschäftsfähigkeit

- Schriftliche Einwilligung nach ausführlicher Information („informed consent“)

Ausschlusskriterien

- schwere andere psychische Erkrankungen (z.B. Drogenabhängigkeit, Psychosen)
- zeitgleiche Einnahme bewusstseinsverändernder Medikamente
- gleichzeitige Teilnahme an anderen Studien
- bestehende Schwangerschaft oder Stillzeit
- akute Suizidalität (u.a. fehlende Absprachefähigkeit)
- BMI < 18

Es war vorgesehen, entsprechend dieser Kriterien in dem Zeitraum zwischen Januar 2009 und Juni 2011 insgesamt 30 Patientinnen zu rekrutieren und ggf. in die Studie einzuschließen und entweder der NET-Bedingung oder der Kontrollbedingung „treatment as usual“ (TAU) zuzuweisen. Für die NET waren ursprünglich +- 15 Sitzungen à 90 Minuten vorgesehen. Die Therapiesitzungen in der TAU-Bedingung sollten in Hinblick auf Anzahl und Dauer einen ähnlichen Umfang haben. Die jeweiligen Bedingungen werden im Folgenden näher beschrieben.

3.1.1. Narrative Expositionstherapie (NET)

Bei der NET handelt es sich um eine standardisierte, manualgestützte Kurzzeitintervention, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien und der Testimony-Methode basiert und die in erster Linie für die Behandlung von komplex traumatisierten Personen auf der Basis wissenschaftlicher Forschung einerseits und Erfahrungswerten aus der Klinik sowie diversen Kriegs- und Krisengebieten andererseits, entwickelt wurde (Schauer, Neuner, & Elbert, 2011). Inzwischen liegen für einen Wirksamkeitsnachweis diverse Einzelfallstudien, Gruppenstudien und randomisierte kontrollierte Studien vor. Die NET gehört somit zu den vergleichsweise gut untersuchten Verfahren und gilt als nachweislich wirksam in der Behandlung von Opfern unterschiedlicher Traumatisierungsformen (u.a. Opfer von staatlicher und/oder organisierter Gewalt, häuslicher Gewalt, Vernachlässigung, Kriegsoffer). Entsprechend der zugrunde liegenden Annahme einer fehlerhaften Verarbeitung der traumatischen Ereignisse und einer ebenso unzureichenden Verankerung im Biographischen Gedächtnis ist es in erster Linie Ziel der NET, den Aufbau eines

konsistenten autobiographischen Gedächtnisses zu fördern, das sowohl die nötigen Kontextinformationen umfasst, als auch die dazugehörigen Gefühle, Gedanken und Körperreaktionen beinhaltet. Über eine Reaktivierung der sensorisch-perzeptuellen Erinnerungen der traumatischen Erfahrungen im geschützten therapeutischen Rahmen wird eine Habituation und Integration der unterschiedlichen Elemente angestrebt, die sich letztlich in einer Reduktion der PTBS-Symptomatik niederschlägt. Für eine ausführliche Darstellung des Vorgehens sowie die wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise verweise ich zur Vermeidung von Redundanz auf die Darstellungen in dem zugehörigen Therapiemanual (Schauer et al., 2011), die einzelnen Studien (Bichescu, Neuner, Schauer, & Elbert, 2007; Hensel-Dittmann et al., 2011; F. Neuner et al., 2009; Ruf et al., 2010; Schaal, Elbert, & Neuner, 2009) und/oder die Ausführungen in den Publikationen der Referentin (Pabst, Aldenhoff et al., 2012; Pabst, Schauer et al., 2012) sowie den beigefügten, noch nicht publizierten Manuskripten.

3.1.2. TAU

Als „treatment as usual“ (TAU) Bedingung wurden ambulante und stationäre Therapieformen definiert, die dem derzeit gängigen Angebot für Borderline-Patienten mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung entsprechen. Es wurde darauf geachtet, dass sie ebenfalls von erfahrenen Psychiatern und/oder Therapeuten ausgeführt wurden. Optimalerweise sollten es die gleichen Mitarbeiter wie bei der NET-Bedingung sein, um eine personenassoziierte Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden. Um ein möglichst praxisnahes und realistisches Abbild des derzeit durchaus üblichen Therapieangebotes für BPS-Patienten mit PTBS zu gewährleisten, war die einzige Bedingung, dass hier keine traumafokussierten Interventionen stattfinden sollten. Für die ambulante Therapie war entsprechend ein Angebot vorgesehen, das verschiedene Interventionen umfasst, wobei eine Orientierung an gegenwärtigen Problembereichen stattfinden sollte. Da es in der ambulanten Praxis unter erfahrenen Kollegen üblich ist, sich vor dem Hintergrund des eigenen klinischen Wissens und der unterschiedlichen therapeutischen Fertigkeiten und Methoden individuell auf diese Patienten einzustellen, wurde in Hinblick auf die ambulante Therapie von vornherein mit einer hohen Flexibilität (und damit auch Unvorhersagbarkeit) hinsichtlich der tatsächlich angewandten Interventionen gerechnet. Entsprechend war vorgesehen, diese möglichst gut

deskriptiv zu erfassen. Das stationäre Angebot sollte dem stark an der DBT orientierten klinikinternen Angebot für diese Klientel entsprechen. Eine detaillierte Beschreibung der ambulanten und stationären Therapiebedingung der TAU-Gruppe findet sich im Ergebnisteil.

3.1.3. Eingangsuntersuchung und testdiagnostische Einschätzung

Alle Teilnehmer nahmen vor Einschluss in die Studie an einem ausführlichen Untersuchungsgespräch teil. In diesem wurde anhand von standardisierten, strukturierten klinischen Interviews sowie verschiedenen Fragebögen eine diagnostische Einschätzung in Hinblick auf eine BPS, eine PTBS und komorbide Erkrankungen sowie eine Beurteilung des Schweregrades der psychiatrischen Symptomatik vorgenommen. Die Eingangsuntersuchung wurde von einer unabhängigen Mitarbeiterin durchgeführt, die im Umgang mit testdiagnostischen Verfahren und klinischen Interviews geschult und praxiserfahren war. Innerhalb der ersten Sitzungen fand neben der diagnostischen Einschätzung eine ausführliche Aufklärung über den Inhalt und Ablauf der Studie statt und es wurde gegebenenfalls eine Einwilligungserklärung unterschrieben. Darüber hinaus erhielten alle Teilnehmerinnen, basierend auf den individuellen Testergebnissen, eine umfassende Psychoedukation über ihre Erkrankung.

Für die Diagnostische Einschätzung und eine Beurteilung der Ausprägung der Psychiatrischen Symptome wurden folgende Interviews und Fragebögen eingesetzt:

3.1.3.1. Soziodemografische Daten

Eigens für die vorliegende Studie wurde ein Soziodemografischer Fragebogen entwickelt, der u.a. folgende Aspekte berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Wohnsituation, Familienstand, Kinder, Nationalität, Herkunft, Dolmetscherbedarf, Schulabschluss, Berufsausbildung und Berufsabschluss, berufliche Situation, Vorerfahrungen mit psychosozialen Einrichtungen, vorausgegangene Therapien, aktuelle Medikation. Dieser nicht-standardisierte Fragebogen wurde in Form eines Interviews im Rahmen der Diagnostik eingesetzt.

3.1.3.2. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Bei dem MINI von (Sheehan et al., 1998) handelt es sich um ein strukturiertes diagnostisches Interview für psychische Störungen nach dem DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003), das eine Erhebung der zentralen psychiatrischen Diagnosen im Längs- und Querschnitt sowie Zusatzinformationen über Beginn und Verlauf der Symptomatik erlaubt. Folgende DSM-IV-Diagnosen können im MINI auf Achse I beurteilt werden: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

3.1.3.3. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV (SKID II)

Das SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997) wird als Verfahren zur Diagnostik der Achse-II Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (Saß et al., 2003) eingesetzt. Es setzt sich aus einem Screening-Fragebogen, der das Vorliegen der zentralen Merkmale der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen prüft, und einem ausführlichen standardisierten, strukturierten klinischen Interview zur anschließenden Sicherung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zusammen.

3.1.3.4. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PSSI/PDS)

Die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale ist in der deutsche Fassung (Ehlers, Steil, Winter, & Foa, 1996) eine Selbsteinschätzungsverfahren, zur Beurteilung des Vorliegens und der Ausprägung einer PTBS. Die englischen Fassung (PSSI) von (Foa, 1995) ist als Interview vorgesehen. Beide beinhalten eine Checkliste mit Fragen nach unterschiedlichen traumatischen Ereignissen (u.a. erlebte physische/sexuelle Gewalt durch Familie oder Fremde) und den dabei erlebten Gefühlen (u.a. Angst Entsetzen), sowie 17 Fragen zu den Kernsymptomen einer PTBS nach DSM IV (Saß et al., 2003). Mittels dieser Verfahren lässt sich eine Einschätzung über das Vorliegen der Symptome einer PTBS (innerhalb der letzten vier Wochen) sowie des Schweregrades, des Beginns, der Dauer und einer Beeinträchtigung des Funktionsniveaus in verschiedenen Lebensbereichen vornehmen. In Anlehnung an den PSSI wurde die deutsche Fassung (PDS) als Interview durchgeführt, um eine möglichst valide Diagnosestellung zu erlauben.

3.1.3.5. Borderline-Symptom-Liste 23 (BSL)

Bei der BSL 23 (Bohus et al., 2009) handelt es sich um eine Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste 95 (BSL 95) von (Bohus et al., 2001). Sie wird als Selbstbeurteilungsverfahren mit einem Bezugsrahmen von einer Woche eingesetzt. Anhand von 23 Items können Borderline-typische Verhaltensweisen und Beschwerden erfasst und in ihrer Ausprägung eingeschätzt werden. Die Items der BSL 95 basieren auf den DSM-IV-Kriterien, den Kriterien des diagnostischen Interviews für Borderline-Störungen (DIB-R, Gunderson, Zanarini, 1992), Expertenmeinungen und Patientenaussagen. Der BSL 23 werden vergleichbar gute Gütekriterien wie der ursprünglichen Version und eine hohe Effizienz zugeschrieben.

3.1.3.6. Hamilton Depressions Skala (HAMD)

Die HAMD (Hamilton, 1960, 1967) ist ein weit verbreitetes und in vielfältigen klinischen Zusammenhängen eingesetztes Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Dabei werden die zentralen Symptome anhand von 21 Items (u.a. depressive Stimmung, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Suizidgedanken, Erregung) mit einem Bezugsrahmen von einer Woche hinsichtlich ihrer Ausprägung eingeschätzt.

3.1.3.7. Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)

Die Hopkins Symptom Checklist (Hesbacher, Rickels, Morris, Newman, & Rosenfeld, 1980; Parloff, Kelman, & Frank, 1954; Winokur, Winokur, Rickels, & Cox, 1984) ist ein Selbsteinschätzungsverfahren, das sowohl einer Einschätzung von Angst-Symptomen (10 Items) als auch Symptomen einer Depression (15 Items) erlaubt. Auch hier ist der Bezugsrahmen eine Woche.

3.1.3.8. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Bei dem FDS (Freyberger et al., 1998) handelt es sich um eine deutsche Adaption der Dissociative Experience Scale (DES) von Bernstein und Putnam (1986). Der FDS dient als Selbsteinschätzungsverfahren zur Erfassung verschiedener dissoziativer Phänomene einschließlich Depersonalisation und Derealisation. Neben der Einschätzung dissoziativer Störungen wird er häufig im Rahmen der Diagnostik

anderer Störungen eingesetzt, bei denen dissoziative Symptome als Bestandteil der entsprechenden diagnostischen Kriterien von Bedeutung sind (u.a. schizophrene Störungen, phobische und andere Angststörungen, PTBS, BPS).

3.1.3.9. Schlaflaboruntersuchungen

Die Patienten wurden im Zuge der Erstgespräche vor Beginn der Studienteilnahme ausführlich über die geplanten Untersuchungen im Schlaflabor aufgeklärt und bei Studienteilnahme ihr Einverständnis eingeholt. Die Schlaflaboruntersuchungen erfolgten je zwei Nächte vor Beginn der Therapie, nach Abschluss der Therapie und sechs Monate später. Zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten wurden spezifische Fragebögen ausgefüllt und eine Polysomnographie durchgeführt. Auf diese Verfahren wird hier nicht im Speziellen eingegangen, da sie für die vorliegende Darstellung nicht relevant sind.

Als Katamnesezeitpunkte wurden direkt nach Therapieende, sechs Monate und ein Jahr nach Therapieende festgelegt. Im Rahmen einer Katamnese war einer erneute Datenerhebung anhand des PDS, des HAMD, des HSCL-25 des BSL und des FDS vorgesehen. Zudem war jeweils nach Vervollständigung der Skalen ein kurzes Gespräch über wichtige Ereignisse (z.B. erneute Traumatisierungen, Täterkontakt, „Life events“) und subjektive Veränderungen in Hinblick auf die Symptomatik zwischen Therapieende und Nachuntersuchung vorgesehen.

3.2. Umsetzung und Ergebnisse

3.2.1. Umsetzung der geplanten Therapie

Nach der Eingangsuntersuchung wurden die Teilnehmerinnen den Therapiebedingungen zugeordnet und die jeweils vorgesehene Therapie eingeleitet. Bei der Rekrutierung wurden die üblichen Zuweisungswege berücksichtigt, um eine möglichst nahe Orientierung an dem sonst üblichen Therapiebedarf für diese spezielle Patientenpopulation in unserer Region bzw. unserer Klinik zu gewährleisten. Entsprechend haben sich einige Teilnehmerinnen selbst gemeldet, andere wurden von niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten zugewiesen. Aus organisatorischen Gründen einerseits und inhaltlichen

Überlegungen andererseits wurden die ersten 11 Teilnehmerinnen, die einer Behandlung im Rahmen der Studie zustimmten, der NET-Bedingung zugeordnet und die nächsten 11 Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe. Dieses Vorgehen begründet sich inhaltlich darin, dass es zunächst darum ging die „Machbarkeit“ zu evaluieren, sprich erste traumafokussierte Therapien mittels NET anzubieten und die Durchführbarkeit in der Praxis sowie die Wirksamkeit unabhängig von einer Kontrollgruppe einzuschätzen. Zudem war es aufgrund der organisatorischen Abläufe der Klinik (Aufnahme-Procedere, mangelnde zeitliche und personelle Ressourcen etc.) nicht möglich, zunächst die angestrebte Gesamtpopulation für Erstuntersuchungen einzubestellen und dann randomisiert einer der Bedingungen zuzuweisen. Aus dem Klinikteam haben insgesamt 9 Ärztinnen und Therapeutinnen aktiv Therapien der NET und der TAU-Bedingung durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Patientin der TAU-Bedingung von einer Fachärztin der Klinik, die jedoch ansonsten nicht in die Studie involviert war, behandelt. Aus jeder Gruppe wurden sechs Patientinnen stationär behandelt, vier ambulant und je eine Patientin hat die Therapie stationär begonnen, jedoch ambulant fortgesetzt und beendet.

Die Narrative Expositionstherapie wurde weitgehend manualgetreu durchgeführt. Im Mittel haben die Teilnehmer der NET 17.22 Sitzungen ($SD=7.40$, range 10-30) erhalten.

Die Therapien der TAU-Bedingung waren alle inhaltlich an den jeweiligen aktuellen Problemen der Patientinnen orientiert. Dabei standen v.a. der Erwerb von Fertigkeiten zum Umgang mit Symptomen (u.a. Anspannungszuständen, Intrusionen, Dissoziationen) und/oder den aus der Erkrankung resultierenden (psychosozialen) Folgeproblemen im Vordergrund. Die ambulante Behandlung umfasste unterschiedliche Interventionen, die größtenteils auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen sowie der DBT basieren und dem aktuellen Standard der therapeutischen Angebote für diese Klientel entsprechen. Dazu zählen u.a. Psychoedukation, Krisenintervention und Krisenmanagement, supportive Gespräche, Ressourcenaktivierung, Fertigkeitentraining, Achtsamkeitstraining, kognitive Umstrukturierung, Verhaltensanalysen und Selbstbeobachtungsaufgaben in Form von Wochenprotokollen, Problemlösestrategien, Imaginationsübungen und Entspannungsübungen. Die stationäre Behandlung erfolgte dem in der hiesigen Klinik üblichen Angebot mit festgelegten Abläufen und Inhalten, die eng an der DBT orientiert sind und die BPS-Symptome fokussieren. Dieses Programm beinhaltet

wöchentliche Psychotherapiegespräche, Gruppentherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Entspannungstherapie, Skills-Training, Bezugspflegekonzepte mit supportiven Gesprächen in Krisen und, sofern Bedarf bestand, sozialpsychiatrischer Unterstützung. Die Teilnehmerinnen der TAU-Gruppe haben durchschnittlich 14.38 (SD=7.40, range 8-19) Einzelgespräche erhalten.

3.2.2. Teilnehmer

An der Studie nahmen nur Patientinnen teil, was darauf zurück zu führen ist, dass es keine männlichen Patienten gab, die sich mit einem Behandlungswunsch an das ZIP gewendet haben. In dem für die Patientenrekrutierung und Therapiedurchführung vorgesehenen Zeitraum (Januar 2009 und Juni 2011) wurden insgesamt 28 Patientinnen in Hinblick auf die Ein- und Ausschlusskriterien untersucht. Davon wurden sechs Patientinnen ausgeschlossen: zwei haben nicht die Kriterien erfüllt, zwei lehnten eine Teilnahme an der Studie ab, eine Patientin konnte aufgrund einer Schwangerschaft nicht teilnehmen und bei einer Patientin wurde zeitgleich ein Gliom festgestellt, dessen Behandlung vorrangig war. Insgesamt 22 Patientinnen wurden den unterschiedlichen Therapiebedingungen (NET oder TAU) zugewiesen, wobei trotz der bereits beschriebenen Einschränkung bei den Zuteilungsbedingungen auf eine annäherungsweise ausgewogene Verteilung hinsichtlich Alter, Anzahl und Art der Traumatisierung etc. geachtet wurde.

Noch vor Therapieende sind pro Bedingung je 2 bzw. 3 Patientinnen ausgeschieden. In der NET-Bedingung hatte eine ambulante Patientin Probleme innerhalb der Partnerschaft, die eine kontinuierliche Teilnahme an der Therapie unmöglich machten, so dass sie nach drei Sitzungen die Behandlung auf eigenen Wunsch abbrach. Eine stationäre Patientin hat sich bereits nach fünf Sitzungen in Hinblick auf die Zielsymptomatik derart verbessert, dass sie eine Fortführung der NET nicht erforderlich erachtete. In der TAU-Bedingung wurde eine Patientin aufgrund von fortgesetztem Drogenkonsum disziplinarisch nach 4 Sitzungen von der stationären Behandlung ausgeschlossen und zwei ebenfalls stationär behandelte Patientinnen haben aus Motivationsmangel die Therapie nach 4 bzw. 8 Sitzungen frühzeitig abgebrochen. Außerdem konnten zwei Patientinnen aus der NET-Bedingung und eine aus der TAU-Gruppe zur erneuten Testung ein Jahr nach Therapieende nicht erreicht werden. Bei allen Teilnehmerinnen wurde darauf geachtet, dass eine Medikation – soweit erforderlich – bereits vor Beginn der Therapie stabil angesetzt

war. Diese Patientinnen erhielten Antidepressiva und/oder Neuroleptika. Deskriptive Angaben (Anzahl der Therapiesitzungen, Schulbildung in Schuljahren, Alter, Therapieform (ambulant vs. stationäre), Abbruchrate und ein Überblick über die Medikation sind der Tabelle im dem Manuskript „Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for Borderline Personality Disorder with comorbid posttraumatic stress disorder (PTSD)“ zu entnehmen (siehe Pabst et al., submitted).

3.2.3. Datenanalyse und statistische Berechnung

Die Daten wurden zentral gesammelt und mit Hilfe des statistischen Programms (SPSS Statistics Version 17.0“) ausgewertet. Die fehlenden Werte der ausgeschiedenen Patientinnen („Drop-outs“) sowie die fehlenden Werte der Patientinnen, die zum 1-Jahres Follow-up nicht rekrutiert werden konnten, wurden nach dem Prinzip „last observation carried forward (LOCF)“ (Moher et al., 2010) behandelt. Die Veränderungen der Testergebnisse des Einzelfalls wurden rein deskriptiv dargestellt. Die Wirksamkeit der unterschiedlichen Therapiebedingungen wurde durch Berechnung von Veränderungen der Symptomatik über die Zeit, also vor („baseline“) und sechs bzw. 12 Monate nach der Therapie geprüft und anhand von Mittelwerten sowie Standardabweichungen dargestellt. Für eine Beschreibung von Gruppendifferenzen wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, wobei Innergruppendifferenzen („within-subject factor“) durch den Faktor Zeit und Zwischengruppeneffekte („between-subject factor“) durch den Faktor Gruppe bestimmt wurden. Bei einer Verletzung der Voraussetzungen wurde eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen. Entsprechend den Konventionen wurde als Signifikanzniveau $p < .05$ festgesetzt. Um eine klinische Relevanz der Veränderung der Symptomatik über die Zeit zu bestimmen, wurde die Effektstärken mit Hilfe von Hedges`g als Veränderungen der Mittelwerte innerhalb der Gruppen zu den drei festgelegten Katamnesezeitpunkten im Vergleich zu den Baseline-Werten vor der Therapie berechnet.

3.2.4. Ergebnisse einer Einzeltherapie

Anhand der ersten NET-Behandlungsverläufe von Patientinnen mit BPS und PTBS konnte gezeigt werden, dass die NET nicht nur durchführbar ist, sondern bei den (meisten) Patientinnen auf hohe Akzeptanz stößt und zu einer deutlichen

Symptomreduktion und somit im gleichen Zuge einer verbesserten Lebensqualität der Betroffenen führt. Eine ausführliche Schilderung eines Einzelfalles findet sich an einer späteren Stelle im Text. Darin wird exemplarisch ein Therapieverlauf beschrieben (siehe Kapitel 4).

Darüber hinaus findet sich eine verkürzte Darstellung dieses Falles in dem Manuskript „Treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) via narrative exposure therapy (NET) – a case report“. Eine Veröffentlichung dieser Fallbeschreibung, ergänzt durch eine Fallbeschreibung aus einer anderen Arbeitsgruppe um Maggie Schauer, ist vorgesehen, jedoch bislang noch nicht erfolgt.

3.2.5. Erste Ergebnisse aus der NET-Gruppe

Bei Betrachtung der Daten aus 10 Behandlungen von BPS-Patientinnen mit komorbider PTBS mittels NET zeigt sich, dass eine traumafokussierte Behandlung dieser Patientinnen nicht nur im Einzelfall möglich ist, sondern auch bei einer Population von 10 Patientinnen insgesamt zu einem deutlichen Rückgang aller psychiatrischer Symptome führt. Darüber hinaus war bei allen Patientinnen im Zuge der Behandlung eine Zunahme der Schwingungsfähigkeit und Gefühlsvariabilität beobachtbar. Zudem haben sie an „Ich“-Stärke und Selbstbewusstsein gewonnen, was sich in selbstsicherem Auftreten, verbessertem Kontaktverhalten und mehr Ausgeglichenheit widerspiegelte. Durch die Be- und Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit sowie einer Auseinandersetzung mit den daraus resultierenden veränderten Grundannahmen wurde es den Patientinnen möglich, ihre Vergangenheit ein Stück weit zu akzeptieren und sich mehr auf ihre gegenwärtige Situation und die Zukunft zu konzentrieren. Für eine detaillierte Beschreibung der Ergebnisse verweise ich auf die Veröffentlichung „Borderline-Störungen mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung. Anwendung der Narrativen Expositionstherapie“ (Pabst, Aldenhoff et al., 2012).

3.2.6. Ein Vergleich der Ergebnisse der unterschiedlichen Therapiebedingungen (NET vs. TAU)

Die Ergebnisse aus dem Datenvergleich zwischen je 11 Patientinnen, die mit NET oder aber TAU behandelt wurden, spiegeln eine signifikante Verbesserung der

zentralen Parameter (PDS, HAMD, HSCL-25), unter beiden Bedingungen wieder. Für den PDS wurde ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor „Zeit“ gefunden ($p < 0.001$), während sich weder ein Interaktionseffekt (Zeit x Gruppe) noch ein Haupteffekt für den Faktor „Gruppe“ als signifikant zeigen lässt. Insgesamt lässt sich aufgrund der Datenlage schließen, dass sowohl NET als auch TAU zu einem signifikanten Rückgang der psychiatrischen Symptomatik führen. Damit konnte gezeigt werden, dass die Narrative Expositionstherapie eine geeignete Therapiemethode ist, um selbst schwer und chronisch erkrankten Patienten mit BPS und komorbider PTBS in einem vergleichsweise kurzem Zeitraum traumakonfrontativ zu behandeln.

3.3. Kritische Reflexion der Therapien und deren Umsetzung im Klinikalltag

Bei den hier dargestellten Beobachtungen und geäußerten Gedanken handelt es sich einerseits um meine eigenen Erfahrungen aus den von mir durchgeführten Therapien, andererseits um die Erfahrungen meiner Kolleginnen, die ich im Zuge der regelmäßigen Team-Sitzungen, Intervisionen und Supervisionen sammeln konnte. Dennoch möchte ich darauf hinweisen, dass einige Gedanken rein subjektive Beurteilungen meinerseits sind und nicht repräsentativ für die meiner Kollegen. Ich werde mich um eine Darstellung bemühen, aus der hervorgeht, wann es sich um gesammelte Beobachtungen und wann um eigene Eindrücke bzw. Gedanken meinerseits handelt.

3.3.1. Reflexion in Hinblick auf die Patientinnen

Beinahe alle Patientinnen waren vor Therapiebeginn ambivalent hinsichtlich der NET. Auch wenn ihnen nach erfolgter Psychoedukation das Vorgehen einleuchtete und sie die Hoffnung in sich trugen, dass die Therapie tatsächlich helfen und zu einer Reduktion ihres Leidensdruckes führen konnte, so hatten viele von Ihnen bereits diverse Therapien hinter sich und den Glauben in eine Verbesserung etwas verloren. Erschwerend kam hinzu, dass viele sich durch die Schlaflaboruntersuchungen irritiert oder belastet fühlten - einige erlebten die „Verkabelung“ und die „Beobachtung über Nacht“ als Kontrollverlust. Einige kritisierten, dass sie die Nächte in der Klinik organisatorisch schwer mit ihren Alltagsverantwortungen (Familie, Tiere, Job)

vereinbaren konnten. In den Therapien, die ich selbst durchgeführt habe, waren die ersten Sitzungen relativ zäh: Die Patientinnen mussten sich an das ausführliche Schildern unterschiedlichster Aspekte ihrer Biographie und die teils sehr konkreten Fragen meinerseits erst gewöhnen. Sie hatten „ihre Geschichte“ zwar teils schon diverse Male in Erstgesprächen bei Psychiatern, Therapeuten, bei Klinikaufenthalten, bei Sozialarbeitern, Behörden und/oder Bekannten erzählt, aber immer eher oberflächlich und eingeschränkt. Die negativen und/oder traumatischen Erfahrungen wurden „benannt“, aber eher mit dem Ziel und auch Ergebnis, dass allen Beteiligten klar war „da ist was Schlimmes in der Biographie, über das auf keinen Fall geredet werden sollte“. Entsprechend hatten sie in den vorausgegangenen Therapien gelernt, *nicht* über die traumatischen Erfahrungen, die Bilder in ihrem Kopf und ihre Ängste zu sprechen und diese gut „wegzupacken“. Sie waren vertraut mit Skills, Verhaltensanalysen und Therapieregeln. Dazu kam, dass manche bereits seit Jahren mit der Diagnose „Borderline-Störung“ behaftet waren, teils entsprechend der (Vor-)urteile diesem Störungsbild gegenüber ihres sozialen Umfeldes und/oder so von Therapeuten behandelt wurden oder fatalerweise ihr eigenes Selbstbild darauf aufbauten. Dieses Selbstbild gab ihnen immer noch mehr Sicherheit, als gar kein Selbstbild zu haben. So waren ihnen die Art der Beziehungsgestaltung und das therapeutische Vorgehen innerhalb der NET zunächst fremd. Die klare Orientierung an der Lifeline, statt einem ständigen Springen zwischen „akuten Krisen“ und Problembereichen aus ihrem Alltag war für sie anfangs schwer zu akzeptieren, da die anderen Themen doch so viel dringlicher schienen. Die Patientinnen, die über Jahre mit anderen Diagnosen (z.B. Angststörung, Depression) behandelt wurden, fühlten sich lange verkannt, als gebe es nirgends eine Antwort auf ihr Erleben. Sie waren daher dankbar für die anfänglichen psychoedukativen Erläuterungen. Insgesamt haben sich die geschilderten Hürden zu Beginn der Therapie meist schnell aufgelöst – spätestens, wenn die erste traumatische Erfahrung, der erste Stein, erfolgreich bearbeitet werden konnte und die Patientinnen erstmals die Erleichterung nach dem „sprechen über das Unaussprechliche“ erfahren haben und zudem ihre Angst habituiert ist. Allerdings war ich selbst direkt vor den ersten Steinen manchmal unsicher, ob es wirklich richtig ist, die Patienten bildlich gesprochen „weiterzuziehen“, um ihre Vermeidungshaltung zu überwinden. Natürlich haben manche in der konkreten Sitzung, in der es um ihre so lange vermiedenen Erinnerungen ging, ihre Angst und ihren Unwillen geäußert, über das Erlebte zu

sprechen. Häufig musste eine Dissoziation verhindert werden. Da war für mich oft die Frage, ob es richtig ist, dieses „nein“ zu übergehen und sie dennoch in die Erinnerungen zu führen. Gerade die Erfahrung, dass ihre Grenzen nicht akzeptiert werden, haben diese Patientinnen leider schon oft gemacht und eigentlich sollten wir Therapeuten sie ermuntern, ihre Bedürfnisse und Grenzen besser wahrzunehmen und zu äußern. Ich habe versucht dieser Problematik zu begegnen, indem ich diesen Aspekt mit den Patientinnen reflektiert und mein Vorgehen erläutert habe. Darüber hinaus habe ich mir fortwährend ausreichend Zeit für eine psychoedukative Einordnung der aufgetretenen Gefühle vor/während/nach der Sitzung im Sinne der NET genommen. Ein anderer Aspekt, der sich als (erwartungsgemäß) schwierig gestaltete, war das Therapieende. Das Therapieende bedeutete für die Patientinnen eine Trennung von einem sicheren therapeutischen Kontext und der jeweiligen Therapeutin, mit der sie erstmals in ihrem Leben die intimsten Gedanken und Erinnerungen geteilt haben. Entsprechend wurden durch das Ende der Therapie Ängste ausgelöst und ggf. Erinnerungen an frühere Trennungen wieder aktiviert, was in der Summe vorübergehend zu einer Befindlichkeitsverschlechterung führte. Die neuen Gedanken- und Verhaltensmuster waren allerdings noch nicht gefestigt genug, um die Patientinnen vor einer Krise und einem Rückgriff auf dysfunktionale Denk- und Verhaltensweisen zu bewahren. In diesen Fällen war es Aufgabe der Therapeutin, die auftretenden negativen Gedanken und Gefühle aufzugreifen, gemeinsam mit den Patientinnen vor dem Hintergrund der nahenden Veränderung (Therapieende) zu reflektieren und einen für sie akzeptierbaren Übergang in ihren Alltag zu ermöglichen.

Unabhängig von diesen Erfahrungswerten gab es einige Beobachtungen und Rückmeldungen, die auf nahezu alle Patientinnen zutrafen. Diese werden an dieser Stelle stichwortartig dargestellt (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Veränderungen im Zuge der NET

-
- Ein "Sprechen über das Unausprechliche" wurde möglich und brachte Erleichterung
 - Die scheinbare Amnesie für traumatische Ereignisse konnte überwunden werden – im gleichen Zuge sind die dissoziativen Symptome zurück gegangen
 - Die (positive und negativen) Erinnerungen konnten vervollständigt und reflektiert werden – eine Integration der traumatischen Erfahrungen in die individuelle Biographie wurde möglich
 - Rückgang des Selbstverletzungsdranges mit Remission der PTBS-Symptome
 - Erkennen, dass das Leben nicht nur aus Trauma, Angst, Wut, Schuld und Scham besteht
 - (Wieder-)entdecken von eigenen Ressourcen, Stärken und liebenswerten Eigenschaften
 - Verbesserte Fähigkeit, Gefühle unterschiedlicher Qualität wahrzunehmen und auszudrücken → größere Gefühlsvariabilität und verbesserte Schwingungsfähigkeit
 - Kognitive Neubewertung und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen (z.B. „es war meine Schuld“) wurden möglich
 - Rückgang des Vermeidungsverhaltens (z.B. Freunde treffen oder ins Cafe gehen)
 - Verbesserte Konzentrationsfähigkeit und Normalisierung der Aufmerksamkeitsspanne
 - Verbesserte Fähigkeit der Bedürfniswahrnehmung/ -äußerung
 - Verbesserte Abgrenzungsfähigkeit (z.B. gegenüber Mitpatientinnen)
 - Zuwachs an Erleben einer eigenen Identität und an Selbstbewusstsein
 - Zunehmende Wertschätzung der eigenen Person (u.a. gepflegtes Auftreten, Schminke)
 - Vorübergehende Zunahme von Problemverhalten und Suizidgedanken – keine Suizidversuche; nach Bearbeitung von traumatischen Ereignissen deutlicher Rückgang dieser Gedanken und Verhaltensweisen
 - Remission der komorbiden Symptome (z.B. Essstörungen)
-

3.3.2. Reflexion in Hinblick auf das Therapeutenteam

Einige Therapeutinnen aus dem Klinikteam haben den DBT-Schwerpunkt des ZIP aufgebaut und diese Form der Behandlung für Patienten mit BPS in unserer Klinik

etabliert. Zu Beginn waren sie hochgradig skeptisch, ob eine traumafokussierte Therapie im Sinne der NET ohne eine stabilisierende Phase im Vorfeld erfolgreich sein könnte. Dennoch haben sie, wie bereits beschrieben, die Notwendigkeit einer Veränderung bzw. Modifikation des bereits bestehenden Angebotes für Patienten mit komorbider PTBS-Symptomatik gesehen. Entsprechend haben sie sich bereitwillig auf den 2-tägigen NET-Workshop eingelassen. Im Zuge des Workshops ließen sich schließlich alle Therapeuten überzeugen und haben hochmotiviert die NET-Therapien begonnen. Dennoch ließen sich während der ganzen Zeit, zumindest aus meiner Sicht, gewisse Schwankungen in der Bewertung der NET beobachten, die in nicht unerheblichem Maße von der allgemeinen Situation in der Klinik abhingen. Im Klinikalltag ist Zeit eine wertvolle Ressource, die leider nur selten zur Verfügung steht. Die NET jedoch erfordert durch die Länge der Sitzung, die Protokollierung der Narration und auch die Intensität mehr Zeit und Energie als die üblichen Behandlungsformen, die bereits seit Jahren zur Routine gehören. Entsprechend gab es immer wieder Phasen, in denen einzelne Kolleginnen das Vorgehen in Frage gestellt haben. Zudem fiel es gerade denjenigen, die es gewohnt waren, nach einem klaren an die DBT angelehnten Therapieprotokoll vorzugehen, schwer, sich auf diese andere Art der Beziehungsgestaltung einzulassen und die NET nicht zu Gunsten anderer Interventionen (z.B. Arbeit mit dem inneren Kind, Skills) zu unterbrechen. Zwei andere Aspekte, die häufig diskutiert und reflektiert wurden, waren zum Einen die vorübergehende Belastung der Patientinnen im Zuge der Traumakonfrontationen und zum Anderen die Belastung auf Seiten der Therapeutinnen. Auf der anderen Seite waren die Erfolge und Therapiefortschritte im Zuge der NET in vielen Fällen derart überwältigend, dass die Therapeutinnen selbst zunehmend zuversichtlicher und mutiger in Hinblick auf die Therapien wurden. Trotz der positiven Erfolge und der Überzeugung, dass selbst Patienten mit sehr komplexen und chronifizierten Erkrankungsbildern in hohem Maße von der NET profitieren können, waren sich alle Therapeuten einig, dass eine ausreichende Therapiemotivation und eine gewisse Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme seitens der Patienten für eine erfolgreiche Therapie unerlässlich sind. Diese Voraussetzung ist nicht NET-spezifisch, sondern Bedingung für jede Therapieform, allerdings tritt dieser Aspekt hinter der Stabilisierung vs. Konfrontations-Debatte leider häufig in den Hintergrund. Nicht eine Stabilisierungsphase ist im Vorfeld von Nöten, sondern eine Klärung der Therapiemotivation und der Motive der Patienten für eine (konfrontative) Therapie.

An dieser Stelle gewinnt eine gute und umfassende Psychoedukation wieder an Bedeutung, wobei diese nicht dazu führen sollte, dass der Patient den Eindruck erhält, diese Therapie sei seine „einzige Chance“. Stattdessen sollte sie den Patienten helfen, die eigene Erkrankung und die Logik hinter ihren sonst nur als unsinnig und dysfunktional betrachteten Denk- und Verhaltensmustern zu verstehen. Darüber hinaus sollten sie verstehen, dass es verschiedene Therapieansätze mit unterschiedlichen Zielsetzungen gibt, jede Therapie ihre Zeit hat und von der Bereitschaft des Einzelnen abhängt, sich darauf einzulassen.

In manchen Fällen war im Vorfelde – selbst beim Legen der Lifeline – nicht abschätzbar, wie viele Sitzungen die NET in Anspruch nehmen würde. Gerade die Patientinnen, die unter einer massiven dissoziativen Symptomatik litten, hatten anfangs keinen oder nur sehr begrenzt Zugriff auf ihre Erinnerungen. Entsprechend mussten manche Ereignisse wiederholt durchgearbeitet werden, um alle Aspekte des jeweiligen Ereignisses aufzudecken und zusammenzufügen. Zudem gab es viele Ereignisse, die zu Beginn der Therapie nicht einmal „geahnt“ wurden und bei denen die dazu gehörigen Erinnerungen erst im Laufe der Therapie aktiviert wurden. Entsprechend war eine hohe Flexibilität auf Therapeutenseite erforderlich, die es unmöglich machte, die Vorgaben des Studiendesigns einzuhalten. Die längste Therapie umfasste 30 Sitzungen.

4. Einzelfalldarstellung einer NET

An dieser Stelle wird die Therapie einer Patientin mit NET anhand einer Einzelfallschilderung ausführlich dargestellt. Die hier beschriebene Behandlung wurde von der Referentin zu Beginn der Studie durchgeführt und kann als „Machbarkeitsuntersuchung“ (feasibility analysis) interpretiert werden. Eine verkürzte Beschreibung dieses Falls findet sich in dem Manuskript *“Treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) via narrative exposure therapy (NET) – a case report”* (siehe Kapitel 8).

4.1. Aufnahmemodalitäten

Frau U. stellte sich auf Anraten eines psychologischen Mitarbeiters der Psychosomatik Kiel in der Institutsambulanz (PIA) des Zentrums für Integrative Psychiatrie (ZIP) Kiel vor, um die Indikation für eine Traumatherapie abzuklären. In dem ersten Gespräch berichtete Frau U., sie sei in den vergangenen Jahren wegen ihrer Ängste und einer (lange nicht erkannten) BPS in wechselnden stationären und ambulanten Behandlungen gewesen, ohne dass ihr jemand wirklich habe helfen können. Sie suche seit längerer Zeit nach einer ambulanten Therapie – bislang ohne Erfolg und teils mit Ablehnung „weil sie zu schwer krank sei und sich keiner an die Traumatisierungen heran traue“. Frau U. beschrieb zu ihren aktuellen Beschwerden, sie habe oft Bilder aus der Vergangenheit im Kopf, müsse grübeln und könne ihre Gedanken nicht stoppen. Es gehe ihr meist schlecht – phasenweise noch schlechter. In den schlechten Phasen könne sie nahezu nichts machen, fühle sich extrem antriebslos, leide unter Selbstzweifeln und Gedanken der Selbstentwertung. Zudem habe sie ständig Magenschmerzen und werde den Knoten im Bauch nicht los. Ihr Bewegungsradius sei sehr klein (nur innerhalb der Wohnung und bis zum Mülleimer vor dem Haus) – das Haus verlasse sie nur mit ihrer Partnerin. Sie sehe ihre Töchter (und Enkelkinder) regelmäßig und versuche mit ihrer Partnerin etwas zu unternehmen, insgesamt würden ihr aber nur wenig Dinge Freude machen. In Bezug auf die Therapie gab sie an, sie habe durch Zufall von der Therapieform (NET) im ZIP gehört und sich über das Internet erkundigt. Sie erhoffe sich, durch die Therapie ihre Vergangenheit besser verarbeiten und akzeptieren zu können, die Ängste ein Stück weit zu verlieren und wieder selbstständiger in ihrem Alltag zu werden.

4.2. Psychiatrische Vorgeschichte und anamnestische Angaben

Die Angaben zu der psychiatrischen Vorgeschichte stammen teils von der Patientin, teils aus Vorbefunden und/oder dem vorherigen Therapeuten der Psychosomatik.

4.2.1. Sozialanamnese

- seit 1986 verheiratet mit einem polnischem Aussiedler – aus dieser Ehe gingen 2 Töchter (21/ 17 Jahre) hervor; zu den Kindern bestand guter und regelmäßiger Kontakt
- parallel zu der Ehe in der Vergangenheit bestand über mehrere Jahre eine schwierige Partnerschaft zu einer Frau
- seit 2003 lebte sie in einer festen Partnerschaft mit einer Frau - der Ehemann lebte im Sinne einer „Wohngemeinschaft“ bei ihnen; er sei nur „der Vater der Kinder“, das Verhältnis wurde als gut beschrieben

4.2.2. Familienanamnese

- die Eltern waren beide schwer alkoholkrank und sind inzwischen verstorben
- die Mutter wurde über Jahre von Frau U. unterstützt (u.a. putzen, Pflege vor ihrem Tod)
- sie hat 2 Brüder – einen jüngeren Bruder (inzwischen alkoholkrank) und einen älteren Bruder (Pyromanie, Verdacht auf Schizophrenie, Unterbringung im Maßregelvollzug: Totschlag), zu beiden bestand unregelmäßiger Kontakt

4.2.3. Traumatisierungen und psychiatrische Vorgeschichte

- massive Vernachlässigung in der Kindheit → in der Zeit diverse kurze Klinikaufenthalte wegen Mangelernährung und Verwahrlosung
- sexueller Missbrauch durch den Vater zwischen 7.-12. Lebensjahr (LJ); in dieser Zeit gab es auch einen sexuellen Übergriff durch einen Bekannten des Vaters
- erstes dissoziatives Erleben (ohne Empfindung von oben auf sich schauen) im Grundschulalter
- im 12. LJ Schwangerschaft und Totgeburt (das Kind war vom eigenen Vater)
- spielsüchtiges Verhalten ab +/- 20. LJ

- Raubüberfall während der Tätigkeit als Spielhallenaufsicht mit +/- 22. LJ → danach Entwicklung einer ausgeprägten Angst-/Paniksymptomatik
- ebenfalls danach erster stationärer Aufenthalt (7 Wochen); Therapieindikation: Angststörung, später Diagnose einer Persönlichkeitsstörung
- damals u.a. Behandlung mit Frisium und Beginn von exzessivem Drogenkonsum (u.a. Frisium, Muskatnuss, Fliegenpilz)
- im +/-23. LJ stationäre Entgiftung (5 Wochen) von Frisium, außerdem über 2 Jahre ambulante Entwöhnungsbehandlung, suchtherapeutische Begleitung
- Persistieren der Angststörung
- im +/-24. LJ Zeugin beim Verbrennen eines Menschen – verursacht durch den Bruder der Patientin
- verstärktes Wiederauftreten der Angstsymptomatik nach der Geburt der 2. Tochter (+/- 24. LJ)
- im +/- 25. LJ stationäre/teilstationäre Behandlung (8 Monate); Therapieindikation: Angststörung, Depression, Selbstwertproblematik
- diverse stationäre Aufenthalte in den Folgejahren
- sexuelle Übergriffe durch einen Pfleger bzw. „nicht-verhinderte“ sexuelle Kontakte während eines Klinikaufenthaltes
- ambulante Therapie zwischen dem 31. und 35. LJ
- seit dem Umzug nach Kiel gab es bis jetzt 2 erfolglose Versuche, eine ambulante Therapie zu beginnen
- über Jahre selbstverletzendes Verhalten: Nadeln tief in das Fleisch schieben („bis auf die Knochen“) und chronische Essstörung mit phasenweiser Verschlechterung (Tendenz zur Essensverweigerung)

4.2.4. Somatische (Vor-)befunde

- lebensbedrohliche Gelbsucht nach der Geburt
- mit 7 Jahren schwerer Verkehrsunfall und langer Krankenhausaufenthalt
- Pfeiffriesches Drüsenfieber in der Kindheit
- Kieferoperationen: Aufgrund von Mangelernährung in der Kindheit Zahnverluste und Veränderungen des Kieferknochens (Vollprothese)
- seit 2 Jahren Beckenkammmentzündung
- 4 Fehlgeburten (die letzte mit 27 Jahren)

4.3. „Lifeline“

In Abbildung 1 ist die Lebenslinie („Lifeline“) der Patientin dargestellt. Sie bildet die prägenden positiven und negativen (potentiell traumatischen) Ereignisse ihrer Biographie in chronologischer Reihenfolge ab. Dabei stellen die Blumen die positiven und die Steine die negativen Erlebnisse dar.

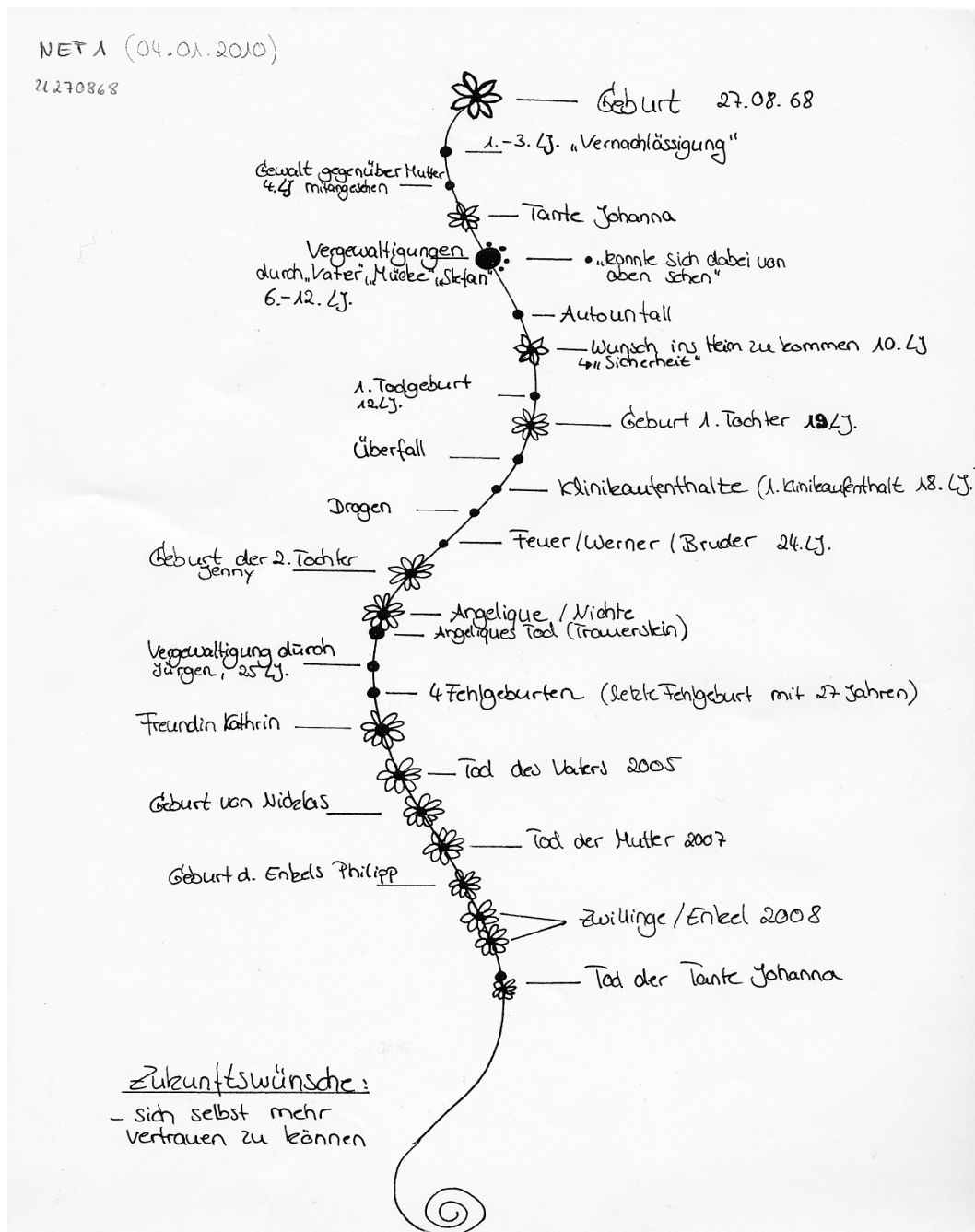


Abb. 1: Lebenslinie der Patientin

4.4. Psychiatrische Diagnosen

Die folgenden Diagnosen sind Vorbefunden und Arztbriefen entnommen.

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10: F60.31)
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)
- Angststörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F 41.9)
- Essstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F50.9)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1)

4.5. Testdiagnostische Befunde

Im Rahmen einer ausführlichen testdiagnostischen Eingangsuntersuchung sowie den Katamnese-Untersuchungen (vor Beginn der Therapie, nach Abschluss der Therapie, im 6-Monats- und 1-Jahres-Follow-up) wurden jeweils die das psychische Befinden der Patientin und die psychiatrische Symptomatik eingeschätzt. Dabei beschreibt T0 den Zeitpunkt vor der Therapie, T1 den Zeitpunkt sechs Monate nach Abschluss der Therapie und T2 den Zeitpunkt 1 Jahr nach Abschluss der Therapie. Die Testwerte direkt nach der Therapie sind hier nicht dargestellt, da sich dieser Zeitpunkt als wenig aussagekräftig erwiesen hat. Direkt nach der Behandlung waren noch viele Erinnerungen und Themen aktiviert, das Therapieende und somit die Trennung von der Therapeutin nahten und alte Ängste wurden (re-)aktiviert. Entsprechend war die Patientin zu diesem Zeitpunkt emotional aufgewühlt und fühlte sich vorübergehend verunsichert. Es fiel ihr schwer, die therapiebedingten Verbesserungen von den durch die Situation ausgelösten negativen Emotionen zu unterscheiden. Dieser Verunsicherung wurde mit psychoedukativen, abschließenden Gesprächen begegnet. Für eine leichtere Lesbarkeit werden die Ergebnisse des jeweiligen Testzeitpunktes wie folgt dargestellt: T0/T1/T2

- **M.I.N.I.:** Major Depression (mit melancholischen Anteilen), Suizidalität, PTBS, Panikstörung Lifetime, gegenwärtiges Auftreten von symptomarmen Panikattacken, Agoraphobie, Zwangsstörung (v.a. Zwangsgedanken), Alkohol- und/oder Substanzabusus/-abhängigkeit Lifetime - gegenwärtig (bezogen auf die letzten 12 Monate) Kriterien nicht erfüllt

- **SKID II:** Borderline Persönlichkeitsstörung
- **PDS:** Summenwert 39/17/7
- **HSCL-25:** Angstscore (Summe/Anzahl Items)= 3.1/2.4/1, Depressionsscore (Summe/Anzahl Items)= 3.1/2/1.3 (Cut off > 1.75 klinische Relevanz)
- **HAMD:** Summenwert = 31/14/4
- **BSL:** Summenwert = 67/ 29/ 5
- **FDS:** Summenscore (Summe/ Anzahl Items) = 26.59/7.67/5.45

Die Ergebnisse spiegeln kongruent zu dem Erleben der Patientin einen über die Zeit stabilen Symptomrückgang in Bezug auf alle Parameter wider.

4.6. Behandlungsverlauf

Die Therapie wurde ambulant im Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP) durchgeführt. Frau U. erklärte sich zu einer umfassenden Begleitdiagnostik und Schlaflaboruntersuchungen im Rahmen einer Therapieevaluation bereit. Es fanden insgesamt 17 NET-Sitzungen à 90 - 120 Minuten statt, i.d.R. 2x pro Woche. Zusätzlich gab es vorab 2 Kontakte für eine umfassende Diagnostik und Psychoedukation sowie 2 Gespräche nach Abschluss der NET.

Frau U. war aufgrund ihrer negativen Therapieerfahrungen zu Beginn der Kontakte skeptisch und kritisch gegenüber der Therapie bzw. meiner therapeutischen Kompetenz. Während der gesamten Therapiedauer wurde sie von ihrer Partnerin zu den Terminen begleitet und diese war auf Wunsch der Patientin (um ihre eigene Unsicherheit und ihre Ängste zu reduzieren bzw. zu überwinden) während aller Vor-/Nachgespräche zugegen. Die NET-Sitzungen wurden mit der Patientin und einer Protokollantin durchgeführt. Obwohl Frau U. sehr selbstbewusst und kontrolliert auftrat und klare Vorstellungen zu haben schien, was sie nicht im Rahmen der Therapie möchte, schien sie andererseits selbstunsicher und musste sich ständig bei ihrer Partnerin rückversichern („stimmt doch, oder?“). Nachdem sich Frau U. jedoch für die Therapie entschieden hatte, legte sie die anfangs gezeigte Skepsis ab, stellte die Therapie nicht einmal mehr in Frage und konnte sich verhältnismäßig gut auf die NET einlassen – sie schien insgesamt hochmotiviert und entschlossen. Ihre Partnerin wurde laufend einbezogen, indem sie nach jeder Sitzung kurz dazu geholt und grob über den Verlauf informiert wurde. Ebenso war sie beim Legen beider Lifelines (vor und nach der Therapie) dabei. Die Therapie verlief im Großen und Ganzen wie geplant und ohne unvorhergesehene Zwischenfälle. Anfangs fiel es Frau

U. sehr schwer, ihre Gedanken und Gefühle zu verbalisieren und die Ereignisse chronologisch richtig zu berichten. Zudem hatte sie lange mit Schuldgefühlen gegenüber ihren Eltern zu kämpfen, weil sie erstmals „alles“ erzählte. Anfangs trat ausgeprägtes Vermeidungsverhalten auf – u.a. wurde ein prägendes Ereignis in der Lifeline anfänglich auf Wunsch der Patientin „weggelassen“, jedoch schon in der Folgesitzung nachträglich zugefügt. Erwartungskongruent wurden die Erinnerungen detaillierter („nachts ziehen 1000 Bilder ungeordnet und in schnellem Tempo wie in einer Dia-Show vorbei“) und die innere Anspannung, die Ängste und die Belastung nahmen vorübergehend zu. Allerdings konnte sie selbst beschreiben, dass es sich nicht „wie sonst“ immer nur überwältigend und schrecklich oder aber weit weg und abgespalten anfühlte, sondern viel mehr wie „ein Schmerz im Zuge eines Heilungsprozesses“. Entsprechend ließ sie sich auf alle Konfrontationen entschlossen, fast kämpferisch, ein. Insgesamt wurde deutlich, dass Frau U. sich bereits vor dem Therapiebeginn schon sehr viel mit ihrer Vergangenheit auseinandergesetzt hat – es gab jedoch auch noch sehr viel „Unsortiertes“, was nun im Zuge der NET vor ihrem biographischen Hintergrund eingeordnet, verstanden und neu bewertet werden konnte. Während der NET wurden neben der Angst diverse Gefühle der Wut, Traurigkeit, Verzweiflung, Scham und Schuld aktiviert, die lange keinen Raum gehabt haben und hinter der Angst und der Angst vor der Angst versteckt blieben. Dabei nahmen die Trauer um die nicht gehabte Kindheit viel Raum ein und blieben fortlaufend Thema. Während die Erinnerungen an die (traumatischen) Erlebnisse zunehmend detaillierter und klarer erschienen, wurde der Patientin im gleichen Zuge bewusst, dass es viele „Löcher“, das alltägliche Leben und schöne Dinge betreffend, gab, was sie sehr quälte und traurig machte. Parallel zu der NET beschäftigte sich die Patientin auf eigenen Wunsch mit alten Fotos und schien extrem bemüht, alle Lücken zu schließen und „alles“ zu verstehen. In Hinblick auf die therapeutische Beziehung und das Auftreten der Patientin fiel auf, dass sie sich im Verlauf der Therapie zunehmend offen, selbstsicherer und auch „weicher“ im Kontakt verhielt. Zudem war beobachtbar, wie sich ihre Gedanken zunehmend auf die Gegenwart konzentrierten und sie sich mit den Aspekten und Themen in ihrem gegenwärtigen Leben auseinandersetzte, die durch ihre Vergangenheit (insbesondere die Traumatisierungen) maßgeblich beeinflusst waren und aus denen sich nun Veränderungsansätze ergaben. In der letzten NET-Sitzung wurde erneut die Lifeline gelegt – dabei ging Frau U. sehr klar und sicher vor, war emotional dabei teils

sehr berührt, zeigte dies offen und beschrieb einige Veränderungen im Vergleich zu der ersten Lifeline (bzgl. Größe des Steins = Ausmaß der Angst, Bewertung etc.). In 2 Abschlussgesprächen wurden Möglichkeiten einer Rückfallprophylaxe und einer ambulanten Therapiefortsetzung bei einer anderen Therapeutin thematisiert, wobei Frau U. sich zunächst für eine Therapiepause entschied.

4.7. Therapiebewertung durch die Patientin

Nach Abschluss der NET bewertete Frau U. die gesamte Therapie im Zuge eines Resümees insgesamt positiv und hilfreich. Sie war deutlich erleichtert, die Therapie gemacht zu haben – sie sei manchmal schwer und anstrengend gewesen, aber „anders schwer und gut“. Die Intrusionen seien in Häufigkeit und Ausprägung zurückgegangen. Ihre Ängste seien deutlich zurückgegangen und ihr Aktionsradius habe sich erweitert (u.a. mehr Mut, Haus verlassen in für kurze Distanzen auch allein möglich). Sie könne endlich die Vergangenheit etwas ruhen lassen und sich gedanklich erstmals mit ihrer Gegenwart und Zukunft beschäftigen. Sowohl ihre Vergangenheit als auch ihr gegenwärtiges Leben sehe sie nun aus verschiedenen Blickwinkeln und in einem anderen Licht. Sie bemühe sich, ihre Vergangenheit als solche und so wie sie war „anzunehmen“ („Ich werde die Ereignisse niemals vergessen, aber sie wiegen nicht mehr so schwer und dürfen sein“). Zudem habe sich ihre Beziehung zu ihrer Partnerin und ihren sozialen Bezugspersonen (Töchtern) verändert – sie fühle sich selbstsicherer, freier, merke aber auch schneller Grenzüberschreitungen durch Andere in ihrem Alltag und könne diese entsprechend adäquat beantworten bzw. sich abgrenzen. Insgesamt bestanden zum Ende der Therapie noch einige Restsymptome (u.a. Ängste vor Dunkelheit oder alleinigem Rausgehen) und langjährig eingeschliffene Verhaltensmuster (Sicherheitsverhalten, z.B. Licht anlassen), allerdings traute sich die Patientin zu eigenverantwortlich an diesen Themen weiterzuarbeiten.

Viele der von der Patientin geschilderten Aspekte konnten auch innerhalb der Therapie beobachtet und seitens der Therapeutin bestätigt werden. Besonders hervorstechend war die Beobachtung, dass Frau U. weniger „kontrolliert, verbissen und angespannt“ wirkte und eine deutlich erweiterte Gefühlsvariabilität zeigte.

4.8. Schlussfolgerung

Anhand dieses Falles konnte verdeutlicht werden, dass eine traumafokussierte Therapie bei einer chronisch kranken Patientin mit einem komplexen psychiatrischen Beschwerdebild möglich ist. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die NET wie erwartet zu einer deutlichen Symptomreduktion in Hinblick auf alle testdiagnostisch erhobenen Parameter führt. Daneben waren eine zunehmende

Gefühlsvariabilität und emotionale Ansprechbarkeit beobachtbar. Auch wenn sie für die Patientin im ersten Moment ungewohnt und teils verunsichernd waren, so empfand sie dieses neue Erleben doch als insgesamt positiv und bereichernd. Die Patienten hat im Zuge der NET die Erfahrung machen können, dass es nicht nur möglich, sondern auch erleichternd ist, das für sie bis dahin Unaussprechliche auszusprechen, ihre schlimmsten Erinnerungen zu verbalisieren und vertrauten Personen (in diesem Fall der Therapeutin und der Partnerin) zu teilen. In der Gesamtschau ihrer Biographie konnte sie erkennen, dass ihr Leben nicht nur auf die traumatischen Ereignisse und die Gefühle von Angst, Wut, Schuld und Scham reduziert ist, sondern es auch positive Erlebnisse und Erinnerungen gibt. Zudem konnte sie „neue“ Gefühle und eigene Ressourcen wie einen „Schatz“ neu entdecken und sich so mehr wie ein „normaler, lebenswerter Mensch“ fühlen. Entsprechend hatte sie nicht länger das Bedürfnis, sich selbst zu verletzen, sondern spürte vielmehr den Impuls, sich zu schützen und auf eigene Grenzen zu achten. Insgesamt haben sich die klare Struktur der NET, der therapeutische Rahmen mit dem empathisch begleitenden Therapeutenverhalten als hilfreich und Sicherheit gebend bestätigt.

Diese ersten positiven Ergebnisse gaben Anlass für die Einschätzung, dass NET für Patienten mit BPS und PTBS hilfreich ist und in einem vergleichsweise kurzen Therapiezeitraum (hier 3 ½ Monate) zu einer deutlichen Reduktion der psychiatrischen Symptomatik und einem verbesserten Gesamtbefinden sowie einer erhöhten Lebensqualität führt.

5. Kritische Bewertung

Anhand der in dieser Arbeit beschriebenen Studie konnte gezeigt werden, dass ein Team aus erfahrenen Klinikern (Psychiatern, Psychologen und Psychotherapeuten) NET als traumaspezifische Kurzzeitintervention bereits nach einem 2-tägigen Workshop und begleitet durch regelmäßige Supervision in der Behandlung von komplex traumatisierten BPS-Patienten erfolgreich einsetzen können. Damit steht im klinischen Bereich arbeitenden Fachkräften ein manualisiertes und wissenschaftlich fundiertes Therapieverfahren zu Verfügung, das sich vergleichsweise leicht und schnell erlernen lässt. Zudem lässt sich die NET sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting realisieren. Allerdings muss hierzu angemerkt werden, dass gerade im stationären Rahmen die Praktikabilität in nicht unerheblichem Maße von der Bereitschaft des jeweiligen stationären Teams (u.a. Pflege, Ärzte) abhängt, von den sonst üblichen therapeutischen Konzepten und Routinen des Klinikalltags abzuweichen und die Therapie zu unterstützen. So war auch während der Studie die Motivation der stationären Teams, die neue Art der Therapie zu unterstützen, unterschiedlich. Im Rahmen der Studie war es uns unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten wichtig, dass die Patientinnen unter der NET-Bedingung keine zusätzlichen therapeutischen und begleitenden Angebote bekamen. Entsprechend waren sie von einigen stationären Angeboten (z.B. Gruppentherapie, Skillstraining, Ergotherapie) ausgeschlossen, was die Gefahr einer Sonderrolle mit sich bringt und bei den anderen Patienten zu Neid und Unverständnis führen kann. Wie bereits beschrieben, waren auch die Reaktionen innerhalb des Therapeutenteams schwankend, wobei diese einvernehmlich bestätigten, dass die NET eine so noch nicht gekannte Möglichkeit eröffnet, dem Patienten darin zu unterstützen, sich seinen größten Ängsten und den „Geistern der Vergangenheit“ zu stellen und sich mit der eigenen Biographie auf konstruktive Weise auseinanderzusetzen. Wie eingangs diskutiert, ist in jeder Therapie, aber gerade bei Borderline-Patienten, die häufig negative Beziehungserfahrungen haben, die therapeutische Beziehung von entscheidender Bedeutung für den Therapieverlauf und -erfolg. Neuner (2008) beschreibt dazu in Hinblick auf konfrontative Verfahren, dass diese in besonderer Weise menschlich seien, da der Therapeut die Bereitschaft mitbringt, sich gemeinsam mit dem Patienten negativen Gefühlen zu stellen und sich mit Ereignissen/Gefühlen/Gedanken auseinanderzusetzen, die bis dahin zum

Selbstschutz abgewehrt bzw. vermieden wurden und/oder häufig noch nicht einmal im Bewusstsein waren. Diese Bereitschaft haben die wenigsten Patienten bis dahin von den Menschen in ihrem Umfeld erfahren, was automatisch das Vertrauen und die therapeutische Beziehung stärkt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist aus meiner persönlichen Sicht dabei die Tatsache, dass im Zuge der NET die Biographie von Geburt bis Gegenwart berücksichtigt wird und eben nicht nur einzelne traumatische Erfahrungen thematisiert werden. Auf diese Weise scheint es möglich zu werden, die eigene Biographie als vollständig und stimmig zu erleben und zu verstehen, wie Ereignisse aus der Vergangenheit das eigene Erleben, Denken und Verhalten geprägt haben und in der Gegenwart noch immer beeinflussen. Die Patienten können erkennen wie sich die Persönlichkeit über die Zeit entwickelt und verändert hat. So ist die NET - wie auch Neuner (2008) beschreibt - in hohem Maße identitätsstärkend: ein Aspekt, der gerade für Borderline-Patienten von Bedeutung ist. Auch Therapeuten werden im Zuge der NET in intensiver Art und Weise mit fremden Lebenswegen, Themen und unterschiedlichsten Gefühlen konfrontiert, die sie auch selbst berühren und zu einer Auseinandersetzung mit sich selbst zwingen können. Das birgt die Gefahr der Überidentifikation, kann jedoch (ggf. unter Inter- und Supervision) die eigene Fähigkeit der Selbstreflexion und inneren Abgrenzung fördern und somit die therapeutische Kompetenz verbessern. Unabhängig von diesen Aspekten konnte im Zuge der Studie gezeigt werden, dass die psychiatrische Symptomatik sowohl unter der NET als auch unter der überwiegend DBT-basierten TAU-Therapiebedingung deutlich remittiert. Während die NET mit ihren konfrontativen Elementen insbesondere auf die Reduktion der PTBS-Symptome abzielt, ging es in der TAU-Bedingung eher um eine Fokussierung der Borderline-Symptome (z.B. emotionale Instabilität, Selbstverletzung). Dass beide Therapieformen sowohl zu einem Rückgang der PTBS-Symptome als auch zu einem Rückgang der BPS-Symptome führen, mag auf den ersten Blick unerwartet scheinen, wird jedoch auch in anderen Studien beschrieben (Bohus et al., 2004) und ist plausibel, wenn man die zugrunde liegenden Mechanismen berücksichtigt. In der DBT-Bedingung lernen die Betroffenen, durch unterschiedliche Techniken und Skills mit ihren Symptomen umzugehen. Entsprechend spiegelt der Rückgang der Symptomatik vermutlich eher eine vorübergehende Maskierung der Symptome durch eine verbesserte Selbstregulationsfähigkeit und erfolgreiche Symptomkontrolle wider. Von der NET hingegen wird auf Basis ihrer theoretischen Kernannahmen

angenommen, dass sie einen fundamentalen Einfluss auf die der PTBS zugrundeliegende Angststruktur hat und zu einer Veränderung des assoziativen Furchtnetzwerkes führt. Auch der Rückgang der dissoziativen Symptome und der BPS-Symptome ist in Übereinstimmung mit den Kernannahmen der NET und bisherigen Beobachtungen. NET führt demnach zu einer Habituation der emotionalen Reaktion auf traumaassoziierte Trigger, einer Veränderung der Angststruktur, einem Rückgang der PTBS-Symptome (z.B. Intrusionen, Vermeidung, unkontrollierbare Angst und Anspannung, Numbing und innere Leere, Irritabilität), einem Rückgang von Dissoziation und einer Stabilisierung des Selbst und der Identität (F. Neuner, 2008; Schauer & Elbert, 2010; Schauer, Elbert, & Neuner, 2007; Schauer et al., 2011). Die Ergebnisse dieser Studie lassen darauf schließen, dass dies zu einer Reduktion der (teils überschneidenden) Borderline-Symptome und einer Verringerung der emotionalen Instabilität führt (Pabst et al., submitted). In vorausgegangenen Studien zu der Effektivität der NET bei der Behandlung von Betroffenen unterschiedlicher komplexer und andauernder Traumatisierungen konnte gezeigt werden, dass die NET gegenüber unspezifischen therapeutischen Interventionen (z.B. alleinige Psychoedukation, reine Stabilisierung und supportive Beratung), die zu den gängigen Behandlungsangeboten für diese Zielgruppe innerhalb des deutschen Gesundheitssystem gehören, eindeutig überlegen ist und zu einem dauerhaften signifikanten Rückgang der PTBS-Symptomatik führt (F. Neuner et al., 2009; F. Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Elbert, 2004b). In Bezug auf die Symptome der BPS sind weitere Untersuchungen erforderlich, die zeigen, welche Elemente der DBT für eine Reduktion der Symptome von Bedeutung sind und wie beständig diese Effekte über die Zeit sind.

Gerade vor dem Hintergrund verschiedener Studien zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie von erheblicher Bedeutung. So kommen manche Autoren aufgrund ihrer Forschungsergebnisse zu dem Schluss, dass PTBS ein Risikofaktor für eine Chronifizierung der BPS ist (Bohus & Schmahl, 2007) und dass die Abwesenheit von PTBS hingegen ein positiver Prädiktor für eine Remission der Symptomatik über die Zeit ist (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006; Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003). Folgt man diesen Annahmen, ist anzunehmen, dass eine Veränderung der Furchtstruktur im Zuge einer NET und der dadurch bewirkte Rückgang der PTBS-Symptome zu einem günstigeren Verlauf der BPS beitragen.

Wie bereits eingangs beschrieben, gibt es trotz der hohen Komorbiditätsrate zwischen BPS und PTBS bislang nur wenige therapeutische Ansätze für diese Zielgruppe. Ein erster erfolgsversprechender Ansatz von (Harned et al., 2012) schließt suizidale und sich selbst verletzende Patienten mit ein. Es wird angenommen, dass traumabezogene Gedanken mit negativen Emotionen (z.B. Angst, Wut, Trauer, Schuld, Scham) und den dazu gehörigen dysfunktionalen Gedanken und inneren Konflikten assoziiert sind, die wiederum zu einer extremen Anspannung führen und nicht selten durch Selbstverletzung o.ä. ausagiert werden. Häufig werden Patienten mit BPS und PTBS aus diesem Grunde traumafokussierte Therapieangebote mit der Argumentation vorenthalten, sie seien nicht stabil genug für eine Konfrontation mit den Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse und die damit einhergehenden negativen emotionalen Zustände. Selbst DBT, einer der am besten untersuchten und bewährten Ansätze für Patienten mit BPS, sieht für diejenigen, die an einer komorbiden PTBS leiden, eine Auseinandersetzung mit den Erinnerungen an das jeweilige Trauma vor, wobei nicht spezifiziert wird, wann dies der Fall sein soll und häufig zugunsten einer fortlaufenden Stabilisierung zurück gestellt wird (Harned, Jackson, Comtois, & Linehan, 2010; Harned et al., 2012). Auch im Zuge der vorliegenden Studie kam es vorübergehend bei einigen Patientinnen zu negativen Gefühlszuständen, einer Zunahme innerer Anspannung, Suizidgedanken und einem erhöhten Drang zur Selbstverletzung. Dabei traten diese Zustände in der Regel vor einer Auseinandersetzung mit den Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis auf und nahmen nach der Konfrontation im Zuge der NET deutlich ab bzw. führten zu Erleichterung. Mit jedem traumatischen Ereignis, das innerhalb der NET thematisiert und zu dem die bestehende Furchtstruktur im sicheren therapeutischen Rahmen mittels Konfrontation und Habituation verändert wurde, wuchs die Selbstsicherheit und Zuversicht der Patientinnen, mit den Erinnerungen umgehen und diese erfolgreich bewältigen zu können. Mit Hilfe der Therapeuten konnten den Traumata ihr Platz in der Biographie zugewiesen und somit als „vergangen“ erlebt werden. Damit einhergehend nahmen die negativen Gefühls- und Anspannungszustände und der Selbstverletzungsdrang im Zuge der NET zunehmend und dauerhaft (1-Jahres-follow-up) ab. Einige der Patientinnen hatten zu Beginn der Therapie nur wenige bewusste Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse und zeigten eine ausgeprägte dissoziative Symptomatik. Mit zunehmender Überwindung der zugrundeliegenden Hyperinhibition (Lanius et al.,

2010; Schauer & Elbert, 2010) und dem damit einhergehenden Rückgang der Dissoziationen traten für einige der Patientinnen unerwartete oder unerwartet klare und detaillierte Erinnerungen an einige Ereignisse auf, die vorübergehend zu Verunsicherung („ist mir das wirklich passiert?“), negativen Gefühlszuständen (Wut, Trauer, Angst, Verzweiflung), aber auch Erleichterung, da nebulöse Erinnerungen und/oder „sogenannte schwarze Löcher“ weniger wurden. Mit Hilfe wiederkehrender psychoedukativer Elemente konnten die Gefühle und Gedanken der Patienten in allen Fällen reflektiert, vor dem Hintergrund der NET eingeordnet und dysfunktionale Kognitionen (z.B. negative Grundannahmen, Selbstentwertung, gegen sich gerichtete Schuldzuweisungen) positiv verändert werden. Entsprechend hatte das traumafokussierte Vorgehen einen nachhaltig stabilisierenden Effekt auf die Patienten. Fast alle Patienten der Studie hatten massive psychosoziale Probleme (z.B. Arbeitslosigkeit, schwierige Partnerschaft), die zwar während der Therapie nicht gelöst werden konnten, aber auch kein Hindernis für eine Inanspruchnahme der Therapie darstellten. Die Patienten erreichten hingegen im Zuge der Therapie ein höheres Maß an Funktionsfähigkeit im Alltag und bei der Bewältigung solcher Probleme. Bei Betrachtung und Interpretation der Ergebnisse müssen einige einschränkende Aspekte berücksichtigt werden. Das Design entsprach einer offenen Studie mit kleiner Stichprobe. Eine kleine Stichprobe birgt die Gefahr einer Verzerrung im Sinne von potentiellen und differentiellen Effekten, die ggf. einer großen Varianz zwischen den Einzelergebnissen geschuldet sind, die bei einer größeren Personenzahl evtl. nicht zum Tragen kommen würden. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine selektive Stichprobe handelt, da zum Einen die Zuweisungen der Patienten an unsere Klinik von der Kooperation der niedergelassenen Ärzte abhängt und nur einige Patienten den Weg aus eigenem Antrieb in unsere Behandlung schaffen. Zudem sind die Therapieplätze deutlich begrenzt, so dass insgesamt nur ein kleiner Teil derjenigen, die die Diagnose einer BPS mit komorbider PTBS im Raum Kiel und Umgebung haben, an der Studie teilnehmen konnten. Somit kann nicht von einer repräsentativen Stichprobe gesprochen werden. Auf der anderen Seite entsprachen die klinischen Profile der Teilnehmerinnen schweren, komplexen psychiatrischen Symptombildern und die Patientinnen hatten zum großen Teil die Erfahrung gemacht, dass man sie für „zu krank“ für bestimmte Therapien hielt. Die Tatsache, dass ein traumafokussiertes Vorgehen mittels NET bei dieser Klientel erfolgreich durchgeführt werden konnte,

berechtigt zu der Annahme, dass auch traumatisierte BPS-Patientinnen mit weniger schwer ausgeprägten Symptombildern von einer NET profitieren würden.

Aufgrund der organisatorischen Begebenheiten innerhalb eines Krankenhauses und aufgrund der Tatsache, dass es sich bei der vorliegenden Studie um eine „nicht subventionierte Pilotstudie“ handelte, war es nicht möglich eine randomisierte Zuteilung der Patienten zu den jeweiligen Therapiebedingungen zu realisieren. Stattdessen musste auf eine quasi-randomisierte Zuweisung in Blöcken zurückgegriffen werden. Daher kann eine Verzerrung in die eine oder andere Richtung nicht ganz ausgeschlossen werden. Auf der anderen Seite entspricht das gewählte Vorgehen eher der klinischen Realität, da Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt in die Klinik kommen und die in dem Moment verfügbare Therapie bei einem in dem Moment verfügbaren Therapeuten bekommen. Die Umsetzung der Pilotstudie innerhalb des klinischen Alltages und die begrenzte Anzahl beteiligter Fachkräfte haben eine Verblindung der Rater für die jeweilige Bedingung unmöglich gemacht. Auch dadurch könnte eine Verzerrung in die eine oder andere Richtung verursacht worden sein. Allerdings lassen die Selbsteinschätzungen der Patienten bzgl. der Symptomveränderung darauf schließen, dass dieser Effekt nicht oder nur in geringem Maße vorhanden war.

6. Implikationen

6.1. Implikation für die Praxis

Die vorliegenden Ergebnisse zeichnen NET als ein effektives Verfahren in der Behandlung von komplex erkrankten Patienten mit Borderline-Störung und komorbider PTBS aus. Die Behandlung lässt sich sowohl in den stationären als auch ambulanten Klinikalltag integrieren. Damit steht den klinisch tätigen Ärzten und Therapeuten ein vergleichsweise schnell zu erlernendes Verfahren für die Therapie einer Personengruppe zur Verfügung, die sonst häufig als „schwierig, wenig kompatibel und nahezu therapieresistent“ gilt. NET als eine konfrontative, traumafokussierte Therapie, die jedoch zugleich auf einer empathischen, akzeptierenden Grundhaltung der NET-Therapeuten aufbaut, scheint für diese komplex erkrankten Patienten eine wirksame Therapiemethode zu sein, die ohne vorherige Stabilisierungsphase zu einer angemessenen Verarbeitung und Rationalisierung der erlebten Traumatisierungen führt, zum Aufbau eines konsistenten autobiographischen Gedächtnisses beiträgt und eine verbesserte Regulationsfähigkeit emotionaler Reaktionen fördert. Dabei führt NET also nicht nur zu einer dauerhaften Remission der PTBS-Symptome, sondern hat auch einen positiven Einfluss auf die Borderline-Symptomatik (z.B. emotionale Instabilität), was sich wiederum positiv auf den gesamten Therapieverlauf auswirkt. Dennoch kann NET nur ein wichtiger Bestandteil in der Gesamtbehandlung dieser Patienten sein, da die Erkrankung häufig bereits über Jahre besteht und diverse Folge-/Begleitprobleme im psychosozialen und interpersonellen Bereich mit sich bringt (u.a. Arbeitslosigkeit, schwierige Partnerschaft). Obwohl während einer NET im Zuge einer sensorisch-perzeptuellen Reaktivierung während der Konfrontation eine Korrektur und Veränderung von Erlebens-, Gedanken- und Verhaltensmustern möglich wird, ist anzunehmen, dass es weiterer Interventionen auf der Basis von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen bedarf, um die meist hochautomatisierten und zu größten Teilen dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster der Patienten dauerhaft zu verändern. Um die angestoßenen Veränderungen zu manifestieren und die Patienten darin zu unterstützen, mit den für sie häufig neuen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensimpulsen umgehen zu lernen, diese anhand von Alltagsbeispielen zu erproben und zu optimieren, braucht es

vermutlich nach Abschluss der NET eine weitere therapeutische Begleitung. Entsprechend kann NET nur ein Modul im Rahmen einer umfassenden multiprofessionellen Therapie sein. Künftig ist es von Bedeutung, herauszufinden an welcher Stelle innerhalb der Gesamtbehandlung eine gezielte Traumatherapie mittels NET am effektivsten ist und welche anderen Therapiemodule der bereits bewährten Ansätze für diese Personengruppe (z.B. DBT) und in welcher Weise sinnvoll mit der NET kombiniert werden können.

6.2. Implikationen für die Forschung

Trotz der ersten erfolgversprechenden Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der genannten Limitationen weitere Untersuchungen erforderlich. Dabei ist von Bedeutung, dass diese größere Fallzahlen umfassen und zudem den Vergleich mit unterschiedlichen Kontrollgruppen (z.B. Warteliste), als auch mit den bisher bekannten neueren Therapieansätzen für Patienten mit BPS und PTBS berücksichtigen. Zu Beginn der Pilotstudie war unter Voraussetzung von positiven Ergebnissen geplant, eine randomisierte kontrollierte (ggf. multizentrische) Studie anzuschließen. Bislang fehlt es jedoch an finanziellen und personellen Ressourcen, um eine solche zu realisieren. Es sind weitere Studien erforderlich, um die hier gezeigten vielversprechenden Ergebnisse zu bestätigen.

7. Abschließende Bemerkung

Mein abschließender Dank gilt Maggie Schauer und Thomas Elbert. Sie haben mir mit der NET nicht nur eine wissenschaftlich fundierte und fachlich effektive Therapieform zur Behandlung von traumatisierten Personen vermittelt, sondern vielmehr meine berufliche und persönliche Entwicklung geprägt. Mit Ihrer offenen, empathischen und respektvollen Grundhaltung anderen Menschen gegenüber haben sie mir gezeigt, was „Begegnung mit einem Menschen“ bedeuten kann. Zu dem Zeitpunkt, als ich die NET kennenlernte, konnte ich aus meiner Zeit als Logopädin, des Psychologiestudiums und der Arbeit in der Klinik bereits auf Erfahrungen mit unterschiedlichsten Lehrgängen und Workshops zurückgreifen, hatte diverse Interventionen kennengelernt und über die Zeit einige Therapiemanuale erworben. Einige davon waren sehr gut und ich möchte sie an dieser Stelle nicht schmälern, aber viele waren „verkopft“, an komplizierte Materialien und Manuale gebunden und sind letztlich irgendwo in meinem „Koffer an Therapieinterventionen“ gelandet, ohne genutzt zu werden. Mit Lebenslinien habe ich schon immer gern gearbeitet, sodass mir dieses Element gleich vertraut war. Meine ersten Erfahrungen mit der NET habe ich in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen gesammelt – dabei durfte ich neue Kulturen, Blickwinkel, Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Bewältigung von Extremsituationen kennen lernen und mich auf „neue Welten“ jenseits unseres vermeintlich heilen und sicheren Lebens in Deutschland einlassen. Die Therapie mit BPS-Patientinnen kam erst einige Zeit später im Zuge der Studie dazu. In meiner Zeit als Logopädin habe ich einige Kinder in der Therapie gehabt, die „anders“ waren, schmutzig, stiller oder aber aufgedreht, irgendwie in vielem unangemessen „reif und erwachsen“ und dann wieder in ihrem Verhalten kindlich und regressiv. Sie kamen aus „schwierigen“ Elternhäusern. Damals hatte ich bereits viele Fragen, aber diese blieben unbeantwortet. Die Behandlung von BPS-Patientinnen mit NET hat mich Vieles nachträglich verstehen lassen. Dank der NET bin ich mit den Patientinnen in ihre Kindheit zurückgegangen, konnte die innere Welt der „abgelehnten und vergessenen“ Kinder verstehen lernen und verfolgen, wie unterschiedlich sich die persönlichen Lebenswege weiterentwickeln. Darüber hinaus habe ich erfahren, was ich zwar wusste, aber nie wirklich realisiert hatte – auch in meiner Umgebung findet massives Unrecht an Menschen statt. Von den betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Frauen wird erwartet, dass sie sich mit ihrem

Leben arrangieren, obwohl sie Niemand gefragt hat, ob sie auf diese Welt kommen möchten und Niemand da war, der sie liebevoll, respektvoll und schützend auf ihrem Entwicklungsweg begleitet hat. Zusammen genommen habe ich NET als eine (Therapie-)methode kennengelernt, die einen mit Menschen – unabhängig von Geschlecht, Herkunft, kulturellem oder religiösen Hintergrund – in kürzester Zeit in eine nahe und intensive Beziehung treten lässt. Ich selbst habe in der Arbeit mit traumatisierten Menschen durch die NET erfahren, dass das Teilen von sprachlosem Schmerz Trauer und Entsetzen heilsam und für beide - Erzählendem und Zuhörer - nachhaltig bereichernd sein kann. Keine NET gleicht der Anderen, jede Begegnung ist neu und wertvoll. Die NET ist für mich mehr als einen „Methode“, sie kann Brücken zwischen Menschen bauen, ist wie ein Schlüssel zu der Welt des Anderen. Durch die Begegnung mit dem jeweils anderen Menschen im Zuge der Therapie, hat sich mein Blick auf das Leben (mein eigenes und das anderer Menschen) und die Welt verändert und erweitert. Ich begegne Menschen mit ihren individuellen Ressourcen und dem Leben heute mit mehr Respekt. Danke für diesen (Entwicklungs-)anstoß!

8. Treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) via narrative exposure therapy (NET) – a case report

8.1. Abstract

Background: Borderline personality disorder (BPD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) are chronic severe mental disorders. Furthermore, high rates of co-morbid PTSD have been found in individuals with BPD. However, in the German speaking area only few treatment programs have addressed the specific challenges of this co-morbidity.

Case presentations: Based on one case report the current paper shows the feasibility of a trauma-related confrontational approach via Narrative Exposure Therapy (NET) - a trauma-focused short-time approach, developed for victims of complex traumatization - in patients with BPD and co-morbid PTSD without preliminary stabilisation. The following case report includes a description of the specific challenges of this co-morbidity, the measurement, the treatment itself, the course of treatment and the results. The results demonstrate a stable reduction of the PTSD symptomatic in the 1-year-follow-up measurement as well as a reduction of the BPD symptoms.

Results: In respect of NET there exists a well approved therapy that is also successful in treating patients with BPD and PTSD and accordingly leads to a reduction of PTSD-symptoms. Furthermore, preliminary results derived from clinical impressions may point to higher affective responsiveness of participants. Results will be discussed in light of future implications for the development of intervention methods that are particularly tailored to treating BPD patients with co-morbid PTSD.

8.2. Background

The complex PTSD as well as the BPD are chronic and severe mental disorders, whereas the incident of co-morbid PTSD in patients with BPD is approximately estimated at 33-61 % (Grant et al., 2008; Jacob & Lieb, 2007; Zanarini, 2000; Zlotnick et al., 2002). Clinical experience has shown that these patients with BPD and complex PTSD have a high degree of psychological stress because of the

complexity and interaction of these mental disorders. This in turn often leads to a high frequency and long-term use of psychiatric, psychological and socio-educational services. Also Zanarini et al. (2003) described a declining utilization of intensive care giving over time for BPD (with and without PTSD), these patients mostly need a widespread support (Jacob & Lieb, 2007). For the German-speaking area Bohus et al. estimates a rate between 50 - 80% of persons with BPD who are being treated with psychotherapy or are still looking for an adequate treatment (Bohus & Schmahl, 2006, 2007). The financial strain for the healthcare in the BRD is nearly 3 billion Euros yearly – this corresponds roughly to 15 % of the average total costs, which are spent for mental disorders (Jacob & Lieb, 2007; Jerschke, Meixner, Richter, & Bohus, 1998). Nevertheless, the medical treatment situation, particularly in the outpatient care, is still insufficient and only about 50 % of the patients under psychological and medical treatment benefit from their counselling (Bohus & Schmahl, 2007). Thus, it seems obvious that the well-known psychotherapeutic concepts, normally used for these clients, take a too short effect or do not work for the whole sample of patients with BPD. Concerning this matter, one of many reasons could be that especially the additional symptomatic of co-morbid disorders (for example PTSD) may complicate the course of treatment and reduce the outcome. Whereas there are a number of well-established concepts in treating BPD, these concepts are less successful for this special group than for patients with BPS without co-morbid disorder (Bohus & Schmahl, 2007). Furthermore it is expected that a treatment for one of those severe and chronic mental disorders has little to no effect on the other disease (Zlotnick et al., 2002).

Accordingly, there is need of further treatments and concepts for patients with BPD and co-morbid PTSD. For the implication of the following case reports, there is the need of understanding the specific challenges of this co-morbidity. The background knowledge on the clinical picture of BPD and PTSD is assumed. In the following, it is about the guiding symptoms and the special difficulty of the interaction of these clinical diseases. For an explicit description we refer to the criteria of the DSM-IV (Saß et al., 2003).

For PTSD, three groups of symptoms form the core of the symptomatology: Intrusions (e.g. recurrent re-experience of the trauma: troublesome memories, flashbacks) usually caused by reminders of the traumatic events, avoidance (e.g. people, places, activities) and hyper arousal (e.g. irritability, poor concentration,

hyper vigilance). Considered clinically, the guiding symptom of BPD is recorded a fulgurant, intensive and aversive tension, which the affected person is not able to withstand or regulate without dysfunctional efforts (e.g. alcohol abuse, self-harm) to reduce the tension (Bohus & Schmahl, 2007). Caused by the co-morbid PTSD (e.g. intrusions followed by sudden uncontrollable and incomprehensible tension and anxiety), the Symptoms of the BPD are potentially enhanced. In consequence a vicious circle of uncontrollable inner tenseness, destructive behaviours and avoidance develops, which in turn inhibits a modification of the maladaptive beliefs. Against this background it is not surprising that these patients require a comprehensive treatment approach.

For BPD as well as for PTSD there are different specific treatments. To get an overview we refer to Bohus (2002), Jacob & Lieb (2007), Maercker (2009) and Sachsse (2004).

Whereas there are a number of well-established concepts in treating BPD, only one approach in the German-speaking area targets the treatment of co-morbid BPD and PTSD. Furthermore, these concepts are less successful for this special group than for patients with BPD without co-morbid disorder.

Concerning psychotherapy of PTSD until today it is postulated among experts in the German-speaking area that a confrontation with trauma memories should be carried out only after a fair amount of stabilization (Jacob & Lieb, 2007). After a critical review of the topic “stabilization and exposure in psychotraumatology”, Neuner (2008) comes to the conclusion that there is no evidence that stabilization is necessary for patients with complex trauma-related disorders such as patients with a history of childhood sexual abuse.

Narrative exposure therapy (NET) as a specific psychotherapeutic short-term treatment concept for traumatized patients could represent a decisive key for long-term stabilization of patients with BPD in combination with PTSD.

8.3. Methods

We present one case report out of 11 female in- and outpatients with the diagnosis of BPD and co-morbid PTSD, which are currently participating in a multi-centred pilot study at the Centre of Integrative Psychiatry (ZIP) Kiel. The patient was treated with NET according to the manual. The Treatment started immediately after diagnostic assessment, which gathers demographic data, medical and psychiatric history and

current complaints. To characterize the previous clinical state for the patients, we executed a comprehensive test battery including a socio-demographical questionnaire, Mini-International-Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998), Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID II) (Fydrich et al., 1997), Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Ehlers et al., 1996; Foa, 1995), Borderline Symptom Checklist (BSL) (Bohus et al., 2001), German version (Fragebogen für Dissoziative Symptome FDS) of the Dissociative Experience Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986; Freyberger et al., 1998), Hamilton Depression Scale (HAMD) (Hamilton, 1960, 1967) and Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25) (Hesbacher et al., 1980). To assess the development of the clinically relevant symptoms, changes in PDS, BSL, FDS, HAMD and HSCL-25 were evaluated.

The method used - NET - is a well-approved trauma-focused short-time approach based on cognitive-behavioural therapy and testimony therapy (Schauer et al., 2011). Constructed on scientific research and empirical values collected in a widespread amount of different populations, NET qualifies as a comparatively well evaluated method for victims of complex traumatization (e.g. victims of childhood sexual abuse and maternal neglect) (Catani, Jacob, Schauer, Kohila, & Neuner, 2008). This specific method aims at a reduction of the PTSD-Symptoms, reached by exposure, and in rebuilding a coherent autobiographic memory. The underlying theory assumes a failure in the function of memory overexposed to traumatic stress. Thereby the integration of two important parts of the memory – context information (e.g. time, place, sequence) on the one hand, and sensory impressions during the traumatic event on the other hand, are no longer working. As a result, the traumatic scenes are not adequately located in time and space and the traumatic experiences are stored in the form of intensive pictures and sensory details. As a result of the missing anchoring in time and space, the victims of traumatic events generally describe fragmented reports of the experience and remain in speechless terror of intrusive memories, nightmares and flashbacks (F. Neuner, Schauer, & Elbert, 2009). For a detailed description of the underlying theory we refer to Schauer et al. (2006).

In practice, the therapist gives the patient with regard to his individual symptoms psycho-educative information on the nature and prevalence of PTSD symptoms and explains the rationale of the treatment. Afterwards the therapist encourages the patient in constructing a chronological narrative of his biography with focus on the traumatic

events. In order to achieve this they are constructing a lifeline using a rope, flowers (positive events) and stones (traumatic events) to get an overview on the most important life events. In the course of the report, the therapist inquires in detail about the circumstances before, during and after the traumatic events as well as the attendant cognitions, emotions, sensory information, psychological reactions and behavioural impulses. Thereby the patient is encouraged to tolerate the surfacing and nearly overwhelming emotions without losing the connection to the “here and now” or getting lost in the past. The autobiography is recorded by the therapist in written form and read out loud to the patient in the following session, while the patient is asked to correct and complete the report if necessary with further details. In the process it is important to explore the traumatic events until a habituation of the emotional reactions presented and reported by the patient is noticeable. In this manner, the therapist leads the patient through his life story. In the last session, the patient is issued with the completed document. For further information on NET we refer to Schauer et al. (2005/11).

It is expected, that NET is not only successful in reducing the symptoms of the PTSD verifiable, but also in integrating slivered parts of traumatic events, in preventing dissociation and in promoting the development and/or stabilization of someone’s identity. From this, one can infer that NET is likewise applicable to treat BPD-patients with PTSD.

8.4. The case of Mrs U.

This case describes a 41-year-old woman who was committed to the outpatient clinic of the Centre of Integrative Psychiatry (ZIP) to verify the indication of a specific trauma therapy. After she participated in several therapies (outpatient and inpatient) without success in reducing her anxieties, she was referred to our department in order to take part in a pilot-study for patients with BPD and co-morbid PTSD. Some therapists refused to treat her, because of the severity and complexity of her mental disease – which meant a bitter lesson of experience for her. The clinical picture comprised recurrent intrusive thoughts, racking pictures and nightmares of several traumatic experiences, associated with anxieties, bad feelings (anger, sadness, fear) as well as emotional numbness and strong fulgurant tension. Dissociative symptoms, she relieved first in elementary school age and she reported self-harm (chronic eating disorder; sticking needles deep in the flesh of her body). In addition she

described depressive symptoms, such as self-doubts, self-invalidation, hopelessness, avolition and several somatic symptoms (e.g. a hurting knot in her stomach, headache). Because of her fears her radius of movement was reduced to her home – in wide areas of her daily life, she was dependent on the help of her partner and thus limited in her capability to manage her life autonomously.

About the psychiatric history it is known that she grew up with an older and a younger brother in a neglecting parental home - both of her parents were drinkers – where she suffered child abuse including recurrent sexual abuse (father and a friend of his) between 7. - 12 years, as well as physical mistreatment, permanent contempt and maternal neglect (e.g. malnutrition, state of neglect). Accordingly, she had to accept obligation for the whole family early in life and take care of her little brother as well as protect her mother against the rage of her father. In addition, she relieved a stillborn child (the child's father was her father) at the age of twelve. In addition to these experiences within the family, the following traumatic events are known from her biography: When she was eight years old she witnessed a boy from her class haltered to a tree; she was a crime victim (robbery at her workplace) when she was about twenty-two years old; at the age of twenty-four years, she saw a man burning who was inflamed by her brother and died in consequence; she was victim of sexual assaults during an inpatient therapy; she miscarried four times. Her first hospitalization was after the robbery because of anxiety disorder with panic symptoms. In this time she started excessive drug consumption (Frisium, fly agaric, nutmeg) and had to pass through an inpatient drug withdrawal as well an outpatient treatment for 2 years. At the age of twenty-five she spent eight months in partial-/inpatient treatment because of persistent anxiety disorder, depression and problems with self-esteem within a personality disorder. Subsequently recurrent hospitalizations are known until she underwent an outpatient treatment at the age of thirty up to thirty-five. Concerning her living situation, she has been married for twenty-four years and has two children (seventeen and twenty-one years old), but lives separated from her husband and entered into a partnership with a woman seven years ago.

At the beginning of her treatment with NET in our clinic, the patient told us the following diagnoses of previous treatments: posttraumatic stress disorder (ICD-10: F43.1), an emotionally unstable personality disorder – borderline type (ICD-10: F60.31), anxiety disorder: unspecified (ICD-10: F 41.9), eating disorder: unspecified

(ICD-10: F50.9), Mental and behavioural disorders due to use of alcohol: harmful use (ICD-10: F10.1). Based on the results of the investigation described further up, we confirmed a complex posttraumatic stress disorder and a borderline personality disorder. The treatment via NET comprised 15 sessions (90 minutes), once a week, and could be realized as planned. After finishing NET we spent two more sessions on speaking about the following time after the treatment.

8.5. Results

An improvement in the symptoms of PTSD, BPD, Depression and Dissociation as reflected by the respective measurement in the different questionnaires could be observed (see table1, figure1, figure2). The PTSD symptoms changed from “severe” to “slightly clinical symptoms” and also the symptoms of depression were no longer clinical relevant.

Table 1: Change of symptoms from before to 6 months and 1 year after therapy

	pre therapy	6 month after therapy	1 year after therapy
<u>PTSD-Symptoms</u>			
PDS			
Sum	39	17	7
Intrusions	11	6	4
Avoidance	17	5	2
Hyperarousal	11	6	1
<u>Depression</u>			
HSCCL-25			
Fear	3.1	2.4	1
Depression	3.1	2	1.3
<u>Borderline Symptoms</u>			
BSL-23			
Sum/number items	3	1.3	0.2
<u>Dissociation</u>			
FDS			
Sum/number items	26.6	7.7	5.5

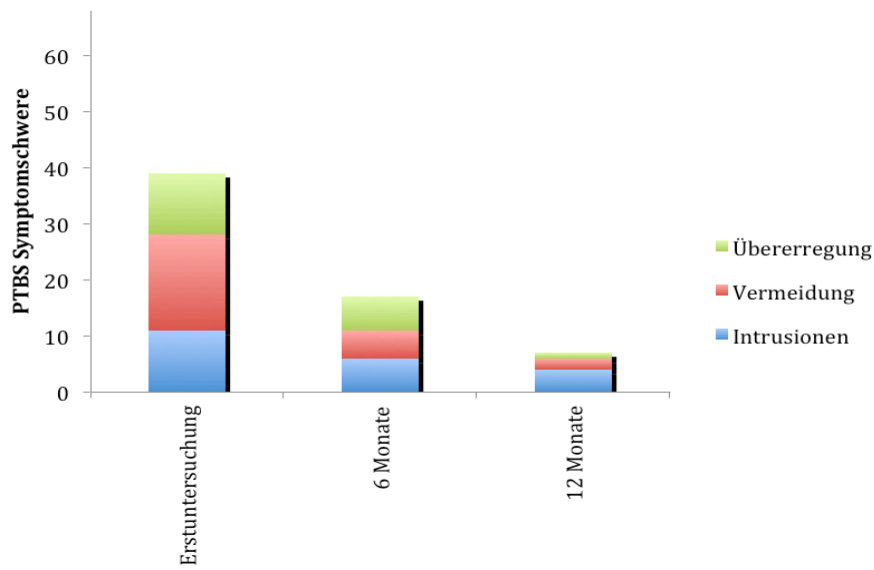


Figure 1. Change of PTSD-symptoms from before to 6 months and 1 year after therapy

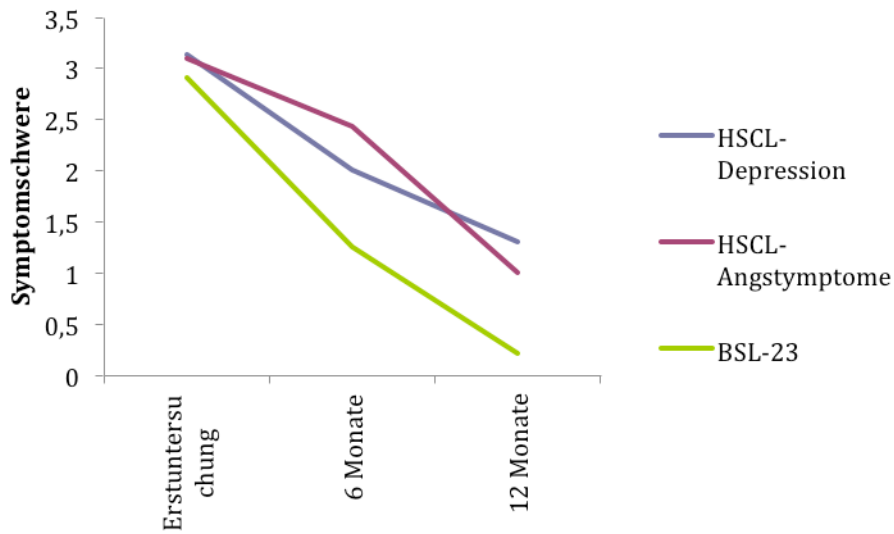


Figure 2. Change of symptoms from before to 6 months and 1 year after therapy

8.6. Conclusion

In summary, it can be said that the latest state of the art in this area indicates a high rate of complex traumatization (e.g. maternal neglect, child maltreatment and/or sexual abuse) in the biography of patients with BPD. Nevertheless the experience of a childhood trauma inconclusively leads to the development of a BPD or a PTSD (Ball & Links, 2009; Driessen et al., 2002). Although there are high rates of co-occurrence of BPD and PTSD, no coherent explanatory model exists to explain the complex interactions of those severe diseases (Golier et al., 2003; Grant et al., 2008; Zlotnick et al., 2002). Various authors conclude that there is need of development and evaluation of specific intervention methods that are particularly tailored to treating BPD patients with co-morbid PTSD in focussing both: the BPD as well as the childhood trauma (Ball & Links, 2009; Bohus & Schmahl, 2007).

Based on the shown case report, we could demonstrate the feasibility of a confronting trauma focussed method in the treatment of this clientele. In addition, we could demonstrate that, as expected, NET leads to a marked reduction of the PTSD symptoms in this case and also in the other cases. Moreover, we observed an increasing emotional responsiveness and variability. Even though those new feelings partially seemed to be confusing and disturbing, the patients of our pilotstudy perceived them overall positive and enriching.

The patients experienced that it is not only possible and bearable to talk about the nameless terror in their minds, but it also leads to great relief. Regarding their life history as a whole, they could realize that it is not reduced to the traumatic events and that they themselves have more feelings than fear, anger, guilt and shame. Instead, they could find and reactivate valuable resources. Therefore the plain structure of NET and the empathic attitude of the therapist seems to be helpful – the therapist's behaviour gave the necessary safety and encouraged the patients to face the thoughts and emotions which would have been adequate for the particular situation in their past. Simultaneously there was no need to use the accustomed manner of thinking ("I am worthless", "I am not allowed to talk about."), feeling (fear, numbness) and behaving (self-harm, avoidance) any more. In line with the essential theoretical assumptions of NET, an augmentation of the intrusive thoughts and the bad feelings involved could be temporarily noticed. This again is in accordance with expectations for dissociative patients, who overcome their "hyperinhibition" for the

first time (Lanius et al., 2010; Schauer & Elbert, 2010). Likewise, at times the thoughts of suicide and the state of tension with the deliberate urge to self-harm increased before the traumatic events were discussed. With a beginning remission of the PTSD-Symptoms, the patients reported a decreasing urge to self-harm. Thereby the parallels to the respective period of one's life and the particular events were obvious. With the help of the therapist, especially by the illustration of these parallels, encouragement and psychoeducative explanations these ups and downs could be intercepted.

Preliminary results indicated that narrative exposure therapy reduced PTSD symptoms in the current sample of BPD patients with co-morbid PTSD. Furthermore, preliminary results derived from clinical impressions may point to higher affective responsiveness of participants. We did not expect a symptom reduction directly after therapy due to the emotionally challenging trauma narration but anticipated a reduction in PTSD symptoms 6 months and one year after therapy. Regarding these findings, it should be considered that we need more data, especially regarding the 1-year-follow-up, to make valid statements relating to the effectiveness of NET for this heterogeneous group of patients. But nevertheless our preliminary descriptive data indicates that NET as a trauma-focused intervention is feasible and effective in patients with BPD and co-morbid PTSD. In light of future implications for the development of intervention methods that are particularly tailored to treating BPD patients with co-morbid PTSD, these results suggest that trauma-focused interventions show great promise for treating these patients but should be extended with specific interventions (e.g. borrowed from the DBT) to teach the patients how to deal with the inner changes and transfer the new cognitions and perceptions into everyday life.

9. Borderline-Störungen mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung – Die Narrative Expositionstherapie

9.1. Zusammenfassung

Im klinischen Alltag zeigt sich, dass Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) und einer zusätzlich bestehenden Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufgrund der Komplexität und Interaktion der beiden Störungsbilder einen besonders hohen Leidensdruck haben, was häufig zu einer hochfrequenten und langjährigen Inanspruchnahme psychiatrischer, psychologischer und sozialpädagogischer Dienste führt. Entsprechend bedarf es eines sowohl störungsspezifischen als auch umfassenden Therapieangebotes für diese Personengruppe. Während für die BPS bereits Behandlungskonzepte bestehen, ist für die Behandlung der BPS mit PTBS im deutschsprachigen Raum bislang nur ein Therapieansatz für eine stationäre Behandlung bekannt. Im Folgenden wird gezeigt, dass mit der Narrativen Expositionstherapie (NET) als Kurzzeitintervention zur Behandlung von komplex traumatisierten Personen, ein wissenschaftlich fundierter Behandlungsansatz existiert, der auch bei der Behandlung von Borderline Störungen mit PTBS sowohl im stationären, als auch ambulanten Rahmen durchführbar ist und in Bezug auf die Symptomatik zu deutlichen Erfolgen führen kann.

9.2. Summary

Clinical experience has shown that patients with Borderline personality disorder (BPD) and complex posttraumatic stress disorder (PTSD) have a high degree of psychological stress because of the complexity and interaction of these mental disorders. This in turn may lead to a high frequency and longterm use of psychiatric, psychological and socio-educational services. Accordingly these patients require a comprehensive treatment approach. Whereas there are established concepts in treating BPD, to date only one approach in the German speaking area targets the treatment of comorbid BPD and PTSD.

The current investigations demonstrate the feasibility of a treatment which includes narrative exposure therapy (NET) in patients with BPD and comorbid PTSD - inpatient and outpatient. NET is an evidence-based therapy with a focus on the full

range of traumatic stress experiences. It is specifically suitable for victims of complex traumatization. Our results indicate that narrative exposure therapy may decisively reduce PTSD symptoms in BPD patients with comorbid PTSD.

9.3. Theoretischer Hintergrund

Sowohl bei der komplexen PTBS, als auch bei der BPS handelt es sich um meist chronische psychische Erkrankungen. Etwa 0.8% - 2% der Allgemeinbevölkerung sind an BPS erkrankt (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Gerade die BPS zeichnet sich durch einen hohen Anteil zusätzlicher psychischer Störungen aus, wobei die Angaben zu der Vorkommenshäufigkeit einer komorbiden PTBS zwischen 33 – 61% liegen (Grant et al., 2008; Jacob & Lieb, 2007; Zanarini et al., 1998). Diese zeitgleich bestehenden multiplen psychiatrischen Beschwerden führen bei den Betroffenen zu sehr hohem Leidensdruck. Während die Symptome der BPS im Zuge störungsspezifischer Therapien häufig zumindest auf der Verhaltensebene (z.B. Rückgang der Selbstverletzung und Suizidalem Verhalten) rückläufig sind, persistiert die Symptomatik komorbider Angststörungen (z.B. PTBS, soziale Phobien, generalisierte Angststörungen) oft über einen längeren Zeitraum (Bohus & Schmahl, 2007). BPS belastet dadurch auch zu einem nicht unerheblichen Anteil das Gesundheitswesen. So zeigte sich zwar in einer Studie von Zanarini et al. (2004), dass die Inanspruchnahme sehr intensiver (psychiatrischer) Therapien bei den BPS-Patientinnen mit der Zeit signifikant weniger wurde, die Patientinnen jedoch noch über Jahre ambulante Psycho- und Pharmakotherapie in Anspruch nahmen (Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2004). So wird geschätzt, dass etwa 50% - 80% der Betroffenen in psychotherapeutischer Behandlung sind oder selbige suchen (Bohus, 2007). Die Behandlungskosten der BPS-Patientinnen durch Inanspruchnahme der unterschiedlichen Dienste des Gesundheitswesens werden in der BRD jährlich auf etwa 3 Milliarden Euro geschätzt, was wiederum etwa 15 % der Gesamtkosten entspricht, die für psychische Störungen ausgegeben werden. Davon kommen etwa 90% dieser Kosten durch stationäre Behandlungen zustande (Jacob & Lieb, 2007; Jerschke et al., 1998). Dennoch ist die Versorgungssituation für BPS-Patientinnen gerade im ambulanten Bereich nach wie vor unzureichend (Bohus, 2007). Obwohl es inzwischen evidenzbasierte, störungsspezifische und etablierte Therapieansätze für die Behandlung von Patientinnen mit BPS gibt, profitieren laut Bohus et al. (2007) nur etwa 50% von den Behandlungsangeboten, wobei v.a.

Patientinnen mit komorbiden psychischen Erkrankungen, wie z.B. PTBS oder auch generalisierte Angststörungen weiterhin durch selbige belastet sind (Bohus & Schmahl, 2007). Darüber hinaus scheinen die bisher etablierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren sowohl mit als auch ohne Expositionsanteil zur Behandlung von PTBS in der Behandlung von BPS-PatientInnen unzureichend zu sein (Bohus, 2007). Dabei sei in Frage gestellt, ob die Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, die Elemente der Exposition beinhalten, bei Patientinnen mit BPS tatsächlich nicht hilfreich sind oder ob dieser Patientengruppe vielmehr diese Art der Traumatherapie gar nicht angeboten wird, weil die Befürchtung dominiert, dass bei diesen Patientinnen aufgrund ihrer Instabilität und der häufig bestehenden Suizidalität entsprechende Interventionen nicht tolerier- und durchführbar seien. In der Tat kann Konfrontation mit Traumamaterial bei Überlebenden sexueller Gewalt zu parasympathischer Dominanz mit Dissoziation in Form von u.a. schlaffer Immobilität, Bradykardie und Ohnmachtsanfällen führen (Schauer & Elbert, 2010), was erfordert, dass geeignete therapeutische Unterstützungsmaßnahmen die Exposition zum Zweck der Traumaufarbeitung begleiten (Schauer & Elbert, 2010). Um adäquate therapeutische Ansätze für Patientinnen mit BPS und PTBS entwickeln und/oder etablieren zu können bedarf es zunächst einer näheren Betrachtung der Überschneidungen und Eigenheiten dieses Störungsbildes. In der Literatur finden sich verschiedene Darstellungen zu den Zusammenhängen zwischen BPS, Traumatisierungen in der Kindheit und PTBS (Tab. 1).

Tab. 1 Studienlage zu Zusammenhängen zwischen BPS, PTBS und sex. Missbrauch in der Kindheit

Studienlage zur Vorkommenshäufigkeit von PTBS und BPS	% Satz	Literatur
sexueller Missbrauchserfahrungen bei jungen Frauen mit BPS	40 – 70	(Ball & Links, 2009; Zanarini, 2000)
Anteil BPS bei jungen Frauen mit PTBS und sexuellem Missbrauch in der Kindheit	10.8	(McDonagh et al., 2005)
Entwicklung einer PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit	39	(Molnar et al., 2001)
Vorkommenshäufigkeit einer PTBS bei BPS-Patientinnen	33 – 60.8	(Grant et al., 2008; Jacob & Lieb, 2007; Zanarini et al., 1998; Zlotnick et al., 2002)
komplexe Traumatisierungen: physische/emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlungen und/oder sexueller Missbrauch (häufig) mit Beginn in der frühen Kindheit und Fortbestehen im Jugendalter	90	(Ball & Links, 2009; Driessen et al., 2002)

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass sich Traumatisierungen, insbesondere sexueller Missbrauch, zwar sehr häufig, aber nicht zwingend in der Biographie von BPS-Patientinnen finden oder aber aufgrund der starken Dissoziationsneigung mit funktioneller sensorischer Deafferenzierung kaum Leitsymptome wie Intrusionen oder sympathische Erregung vorhanden sind (Schauer & Elbert, 2010). PTBS ist damit zwar eine häufige, aber nicht durchgängig komorbide Erkrankung bei Personen mit BPS. Sexueller Missbrauch bleibt dennoch ein wichtiger ätiologischer Faktor bei der Entwicklung einer PTBS und ein bedeutsamer Begleitfaktor der BPS (Molnar et al., 2001; Peleikis & Dahl, 2005).

Im klinischen Alltag zeigt sich eine deutliche Beeinträchtigung der Patientinnen die unter einer BPS mit zusätzlicher PTBS leiden. Isoliert betrachtet, handelt es sich bei beiden Störungsbildern in der Regel um klinisch schwere und chronische Erkrankungen. Es wird zudem postuliert, dass eine Behandlung, die auf eine der Störungen abzielt, möglicherweise wenig Einfluss auf die andere hat (Zlotnick et al., 2002). Entsprechend scheint es unerlässlich, in der Behandlung von Borderline-

Patientinnen, die außerdem die Kriterien einer PTBS erfüllen, therapeutische Module anzubieten, die spezifisch auf eine Reduktion der Trauma-Symptomatik abzielen. Dabei muss die spezielle Problematik der Komorbidität zwischen BPS und PTBS berücksichtigt werden. Auch wenn die ätiologischen Zusammenhänge zwischen BPS und PTBS noch nicht verstanden sind, kann man aufgrund des Wissen zu den einzelnen Störungsbildern, der bisherigen Befunde zu ihrem gemeinsamen Auftreten und der klinischen Erfahrungen zumindest einige Aussagen über das Zusammenspiel beider Störungen treffen und daraus Ansätze für die Therapie ableiten. Zum besseren Verständnis wird an dieser Stelle nun zunächst kurz auf die Kernsymptome (Tab. 2) und bereits existierende Therapieansätze beider Störungsbilder entsprechend des DSM-IV (Saß et al., 2003) eingegangen.

Tab. 2 Diagnostische Kriterien der BPS und PTSD entsprechend des DSM-IV

DSM IV: Symptomgruppen der BPS		Diagnostische Kriterien
Affektivität		unangemessene starke Wut; Schwierigkeiten Wut/Ärger zu kontrollieren affektive Instabilität: Orientierung an aktueller Stimmung chronisches Gefühl der Leere
Impulsivität		Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Sexualität, Substanzmissbrauch) wiederholte Suiziddrohungen/ –versuche, selbstschädigendes Verhalten (z.B. schneiden)
Kognition		dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen Identitätsstörungen: Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst
Interpersoneller Bereich		verzweifelt Bemühen, reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern Muster intensiver und instabiler Beziehungen
DSM IV: Symptomgruppen der PTBS		
Konfrontation mit einem Ereignis	traumatisches	Reaktion: intensive Furcht, Hilflosigkeit, Entsetzen
Beharrliches Wiedererleben des Ereignisses		Intrusionen: belastende Erinnerungen, Alpträume, flash backs

Vermeidungsverhalten	vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Aktivitäten, Orten, Menschen, die Erinnerungen triggern könnten Unfähigkeit sich an wichtige Teile des Traumas zu erinnern vermindertes Interesse an Aktivitäten Derealisation/ -personalisation eingeschränkte Bandbreite des Affektes Gefühl einer eingeschränkten Perspektive
Anhaltende Erregung, Hyperarousal	Ein-/ Durchschlafstörungen Reizbarkeit & Wutausbrüche Konzentrationsprobleme Hypervigilanz (extreme Wachsamkeit) Übertriebene Schreckreaktion

Im klinischen Alltag wird als ein Leitsymptom der BPS häufig eine einschließende, intensive und aversive Anspannung beschrieben, bei Patientinnen mit komorbider PTBS oft im Zusammenhang mit intrusiv andrängenden Traumafragmenten, die von den Patientinnen nicht ohne Maßnahmen der Spannungsreduktion (z.B. Selbstverletzung, Alkoholkonsum) ausgehalten und/oder reguliert werden können (Bohus & Schmahl, 2007). Basierend auf unseren klinischen Erfahrungswerten, scheint gerade für diese Klientel das plötzliche Erleben unkontrollierbarer und unverständlicher Anspannung und Angst im Zuge der PTBS problematisch. Somit wird durch eine komorbid bestehende PTBS die BPS-Symptomatik potentiell noch verstärkt. Es kommt also zu einem Teufelskreis aus unkontrollierbarer Anspannung, dysfunktionalen Verhaltensweisen (z.B. Selbstverletzung) und Vermeidung, was wiederum eine Modifikation der erlebnisbedingten maladaptiven Grundüberzeugungen unmöglich macht.

Inzwischen existieren sowohl für die BPS, als auch für die PTBS verschiedene störungsspezifische therapeutische Ansätze, die im Folgenden kurz benannt werden sollen. Für weitere Informationen verweisen wir auf (Bohus, 2002; Jacob & Lieb, 2007; F. Neuner et al., 2009).

9.4. Therapeutische Ansätze

Zu den zentralen Therapieansätzen in der Behandlung der BPS gehören derzeit die Dialectical Behaviour Therapy (DBT) nach Linehan et al. (1996) (M. Linehan, 1996), die Cognitive Therapy (CT) nach Beck (1979) (Beck, Rush, & Shaw, 1979), die Mentalization-Based Therapy (MBT) nach Bateman und Fonagy (2004) (Bateman & Fonagy, 2004), die Schema-Therapy (ST) nach Young (1999) (Young, 1999) und die Transference-Focused Therapy (TFT) nach Clarkin et al (1999) (Clarkin, Yeomans, Kernberg, Buchheim, & Dammann, 2001). Dabei gelten die DBT und die ST auf Basis der bislang vorliegenden Studienergebnisse unter den Psychotherapieverfahren zur Behandlung der BPS in Bezug auf ihre Wirksamkeit als führend (Jacob & Lieb, 2007; Paris, 2009).

Für die Behandlung einer PTBS stehen folgenden Verfahren im Vordergrund: Prolonged Exposure (PE) von Foa et al. (1991) (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991), Cognitive Processing Therapy (CPT) nach Resick und Schnicke (1992) (Resick & Schnicke, 1992), Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) von Shapiro (2001) (Shapiro, 2001), Narrative Expositionstherapie (NET) von Schauer et al. (2005/2011) (Schauer et al., 2011) und Cognitive Therapy (CT) nach Ehlers et al. (2005) (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005). Nach dem derzeitigen Stand der Forschung sind traumafokussierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze mit Exposition als integralem Anteil den anderen Verfahren überlegen und gelten somit als Methode der Wahl, für genauere Ausführungen zu dieser Thematik verweisen wir auf Bisson et al. (2007) und das National Institute for Clinical Excellence (2005) (Bisson et al., 2007; National_Institute_for_Clinical_Excellence, 2005), sowie die „guidelines“ der ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies).

Lange galt in der Behandlung von BPS-Patientinnen die Grundannahme, dass eine Traumakonfrontation erst nach ausreichender Stabilisierung der Betroffenen möglich sei (Jacob & Lieb, 2007). In einer kritischen Auseinandersetzung mit der Thematik der Stabilisierung und Konfrontation in der Psychotraumatologie kommt Neuner (2009) zu dem Ergebnis, dass es keine Evidenz für die Notwendigkeit einer Stabilisierungsphase, im Sinne von Fertigkeitenerwerb zur Kontrolle der Symptome oder Affektregulation, vor einer Traumaexposition gibt und laut dem derzeitigen Forschungsstand die traumafokussierten Verfahren (EMDR, Verfahren der kognitiven

Verhaltenstherapie, Expositionsverfahren) in der Behandlung von (komplex) traumatisierten Personen allen anderen Verfahren überlegen sind (F. Neuner, 2008; F. Neuner et al., 2009; Schauer et al., 2007). Ebenso galt in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung bislang der Grundsatz einer Stabilisierung vor jedweder Konfrontation, u.a. mit dem Ziel, Fertigkeiten zur Kontrolle und zum Umgang mit den Symptomen einer BPS zu erlangen. Obwohl für die Behandlung von Borderline Patientinnen mit der DBT eine evidenzbasierte Therapieform existiert, ist die Behandlung der Traumatisierungen (u.a. Aufarbeitung Erlebnisse sexueller Gewalt in der Kindheit) erst für den 2. Teil der Therapie vorgesehen (Bohus, 2002). Dieser wird entsprechend in der Praxis häufig zugunsten des Fertigkeitenerwerbs zur Kontrolle der Symptome zunächst zurückgestellt oder aber gar nicht realisiert und ist zudem noch nicht in seiner Wirksamkeit belegt (Ball & Links, 2009; Paris, 2009). Wie bereits dargestellt, ist eine „Kontrolle der Symptome“ zumindest bei einer Doppeldiagnose BPS und PTBS problematisch, da die Unkontrollierbarkeit der Intrusionen und der einschließenden Anspannung/Angst ein der PTBS inhärentes Kennzeichen ist und Strategien der Symptomkontrolle lediglich von kurzer Wirksamkeitsdauer sein können. Somit ist es fraglich, ob ein Fertigkeitentraining bzw. eine Stabilisierungsphase in diesem zentralen Symptombereich überhaupt zu der angestrebten und „ausreichenden“ Stabilität führen können. Eine Konfrontation im Rahmen einer Traumatherapie hat dagegen eine Habituation der emotionalen Reaktion auf die traumatischen Ereignisse, eine Veränderung des Furchtnetzwerkes und (zumindest bei den narrativen Verfahren) eine Rekonstruktion des autobiographischen Gedächtnisses zum Ziel (F. Neuner, 2008). Daher scheint eine adäquate, traumfokussierte Therapie bei Borderline-Patientinnen mit einer PTBS vorteilhaft, um zumindest die zusätzlich bestehende Belastung durch die Symptome der PTBS zu reduzieren und zudem ein „verstehen“ und „integrieren“ der traumatischen Erfahrungen im Zuge der Rekonstruktion der eigenen Lebensgeschichte zu ermöglichen. Dabei können gerade das zeitlich kohärente Rekonstruieren, das geleitete Wiedererleben und Verbalisieren wichtiger autobiographischer Aspekte zu einer stimmigen Narration das „Ich“-Gefühl stärken bzw. die eigene Identität stabilisieren (F. Neuner, 2008). Schließt man sich dieser Betrachtungsweise an, so muss man fordern, dass störungsspezifische Interventionen im Rahmen umfassender mehrdimensionaler Therapieansätze für diese spezielle Patientengruppe entwickelt werden, die auf die traumatischen

Erfahrungen in der Kindheit fokussieren. Bislang existiert unseres Wissens nur ein Therapieansatz (in Anlehnung an die DBT) für den stationären Rahmen, der beide Störungen gleichermaßen zu berücksichtigen versucht (Dyer et al., 2009).

9.5. Narrative Expositionstherapie

Im Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP) wurden BPS-Patientinnen mit einer PTBS erstmals ohne vorherige Stabilisierungsphase nach der Methodik der Narrativen Expositionstherapie (NET) sowohl im stationären als auch im ambulanten Rahmen behandelt.

Bei der NET handelt es sich um eine standardisierte, manualgestützte Intervention, welche für Opfer multipler Traumatisierung insbesondere von Gewalterleben entwickelt wurde (Schauer et al., 2011). Basierend auf Studien der letzten Jahre gilt die NET als ein vergleichsweise gut untersuchtes Therapieverfahren für verschiedenartig traumatisierte Personengruppen, so auch für Opfer häuslicher Gewalt und emotionaler Vernachlässigung (Catani et al., 2008). Sie zielt als eine für PTBS störungsspezifische Therapieform in erster Linie über eine Veränderung der als assoziatives Gedächtnis gespeicherten Furchtstruktur durch Exposition auf eine Reduktion der PTBS-Symptomatik ab, sowie auf den Aufbau eines konsistenten autobiographischen Gedächtnisses. Die ihr zugrunde liegende Theorie geht von einer fehlerhaften Gedächtnisfunktion unter traumatischem Stress aus, die dazu führt, dass die Abspeicherung und Konsolidierung traumatischer Ereignisse nicht vollständig funktioniert. Anders ausgedrückt, die traumatischen Szenen können nicht „verortet“ (Raum) und „vergeschichtlicht“ (Zeit) und daher auch nicht in die individuelle Biographie integriert werden. Man unterscheidet in der Gedächtnisforschung das „kalte“ und das „heiße“ Gedächtnis. Während das „kalte“ Gedächtnis explizit und bewusst abrufbare Kontextinformationen über Ort, Zeit und Ablauf des Ereignisses umfasst, beinhaltet das „heiße“ Gedächtnis die zu dem Ereignis gehörenden sensorisch-perzeptuellen Informationen z.B. Gerüche, Geräusche, physiologische Reaktionen und gibt dem Erlebnis die emotionale Konnotation. Beim wiederholten Erleben eines traumatischen Ereignisses (mit Alarmreaktion) scheint die Integration beider Anteile nicht mehr möglich – die Ereignisse werden besonders intensiv in Form von sensorischen Details, Kognitionen und emotionalen Erinnerungen abgespeichert. Die verschiedenen traumatischen Erlebnisse werden so im heißen Gedächtnis assoziativ verbunden, die sensorischen

Erinnerungen vermischen sich. Das kalte Gedächtnis hingegen lässt nicht zu, dass gleichzeitig zwei verschiedenen Orte oder Zeiten aktiviert werden können, Ort und Zeit verblassen mit jedem erneuten traumatischen Stresserleben. Durch die fehlende Kontextanbindung entwickelt sich also im Zuge traumatischer Erfahrungen ein sogenanntes Furchtnetzwerk bestehend aus vielen „heißen“ Gedächtnisinhalten und Assoziationen, losgelöst von den „kalten“ Gedächtnisinhalten. Durch erneute Traumatisierungen werden die bestehenden Furchtnetzwerkstrukturen verstärkt. So kommt es zu den für Traumatisierte typischen fragmentarischen Berichten oder aber dem Verharren in der „Sprachlosigkeit“. Für die Betroffenen bedeutet dies zudem, dass sie die erlebten Ereignisse nicht erzählen, sich also gegenüber Dritten nicht verständlich machen können, dafür aber in Form von intrusiven Erinnerungen, Alpträumen und flashbacks wiedererleben – es ist als wenn sie das Trauma nicht verlassen haben (F. Neuner et al., 2009). Für eine genaue Darstellung der zugrunde liegenden Gedächtnistheorie verweisen wir auf die Ausführungen in Neuner et al. (2009) und Schauer et al. (2006) sowie Ruf & Schauer (2011) (F. Neuner et al., 2009; Ruf & Schauer, 2011; Schauer et al., 2006).

Wie diese Autoren betonen, ist das autobiographische Gedächtnis identitätsgebend. Nur auf Grundlage der autobiographischen Erinnerungen kann die eigene Persönlichkeit in ihrer Entwicklung und Ausgestaltung in der Gegenwart verstanden werden (F. Neuner et al., 2009). Dabei stellt die Narration, also die Fähigkeit Erlebtes mit allen dazugehörenden Ereignisfaktoren, Gedanken, Gefühlen und Verhaltensaspekten in Worte zu fassen, eine wichtige Grundlage für zwischenmenschliche Kommunikation und Beziehungsaufbau dar. Vor diesem Hintergrund bietet sich an zu untersuchen, in wieweit die NET auch für Personen mit Persönlichkeitsstörungen geeignet und hilfreich ist.

Ziel der narrativen Therapie ist also, die Rekonstruktion eines vollständigen autobiographischen, chronologisch geordneten Gedächtnisses zu fördern, das die „heißen“ Gedächtnisinhalte auftrennt, da sie nun den jeweiligen Kontextinformationen, zugeordnet gespeichert werden. Dieses Ziel soll durch eine Reaktivierung der sensorisch-perzeptuellen wie kognitiven und emotionalen Erinnerungen der traumatischen Erfahrungen im geschützten therapeutischen Rahmen erreicht werden. Entsprechend der obigen Ausführungen zu der Entwicklung, den theoretischen Grundannahmen und Wirkweisen der NET, wird angenommen, dass sie sich als Therapiemodul auch im Rahmen der Behandlung

von traumatisierten Personen integrieren lässt, die unter den Folgen von Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch und sozialem Schmerz also etwa emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit leiden (F. Neuner et al., 2009; Schauer et al., 2011).

Zu Beginn der Therapie wird nach einer ausführlichen Psychoedukation die so genannte „Lifeline“ gelegt – das Leben, symbolisiert entlang der Gestalt einer Schnur, welche den Lebensverlauf des Betroffenen darstellt und die besonders positiven Ereignisse - symbolisiert durch Blumen - und die traumatischen Erfahrungen - symbolisiert durch Steine - abbildet. Dabei geht es zunächst nur um eine grobe, chronologische Einordnung der wichtigsten Lebensereignisse für einen ersten Überblick und Hilfestellung zur Planung der Therapiesitzungen. In den darauf folgenden Stunden wird die Narration erarbeitet, wobei die Sitzungen immer nach dem gleichen Schema verlaufen. Angefangen bei der Geburt des Betroffenen, wird die gesamte Lebensgeschichte bis zur Gegenwart von der Patientin erzählt und von der Therapeutin schriftlich festgehalten. Dabei wird ein emotionaler, erlebnisnaher Bericht angestrebt. Bei einer Besprechung der traumatischen Ereignisse wird die Betroffene zu einer verlangsamten, streng chronologischen, detaillierten und in sich logischen Erzählweise angeregt, während die Therapeutin eine begleitende bzw. strukturierend Grundhaltung annimmt und die Patientin ermutigt, sich den „sprachlosen“ Gedächtnisinhalten zu nähern. Im geschützten therapeutischen Rahmen wird es der Patientin so möglich, sich durch eine Aktivierung der sensorisch-perzeptuellen Elemente intensiv in das Geschehen der Vergangenheit hinein zu versetzen und das Erlebte geordnet im zeitlichen Verlauf zu erzählen. Auf diese Weise können die unterschiedlichen Komponenten (Kognitionen, Emotionen, Körperreaktionen, Kontextinformationen und deren Bedeutungsgehalt) wieder verknüpft und in der eigenen Biographie eingeordnet werden. Darüber hinaus werden diese Erinnerungen zu dem Erleben im Hier & Jetzt kontrastiert, um u.a. eine Orientierung in der Gegenwart zu unterstützen. Die Rolle der Therapeutinnen ist es dabei, den Betroffenen durch wertfreie Exploration der Gedanken, Gefühle, Körpersensationen und Bedeutungsinhalte zu einer genauen Rekonstruktion der Ereignisse zu verhelfen und die nötige Distanz zwischen dem „damals, dort“ und „heute, hier“ auch durch Kontrastierung zu schaffen. In jeder Sitzung werden Teile der Narration vorausgegangener Sitzungen vorgelesen, um zum einen den Patienten die Möglichkeit zu geben, Korrekturen und Ergänzungen vorzunehmen und zum

anderen eine Habituation der Angstreaktion zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren. So wird entlang der Lebenslinie Stück für Stück eine konsistente Narration erstellt (Tab. 3), die dem Betroffenen am Ende der Therapie in schriftlicher Form ausgehändigt wird. Für dissoziative komplextraumatisierte Patientinnen wird bei der NET auf eine entsprechend angepasste Exposition geachtet (vergleiche NET Behandlungsmanual Schauer et al., 2011).

Tab. 3 Auszüge aus einer Narration

Auszüge aus einer Narration
<p>.... es war abends, ich lag schon in meinem Bett. In der Zeit habe ich im Wohnzimmer auf dem Boden geschlafen. Dort habe ich mir Decken auf dem Boden ausgebreitet und einen großen Stoff-Panda darauf gelegt und auf ihm geschlafen. Ich hörte wie T. sich im Haus bewegte und zum Wohnzimmer kam. Ich lauschte und dachte er wäre noch bei der Tür, als er plötzlich meinen Kopf nach hinten riss und mir den Mund zuhielt. Ich erschrak riesig – mein Herz klopfte mir bis zum Hals und ich wollte schreien, aber es kam kein Ton aus meinem Mund. Ich hatte wahnsinnige Angst. Ich lag auf dem Bauch und er hat neben mir gekniet und mir sein Knie in den Rücken gedrückt. Ich konnte nichts machen, er war sowieso viel stärker als ich und ich wusste schon was kommen würde. Ich wusste auch, wenn ich versuchen würde, mich zu wehren, dann würde er nur noch brutaler werden. Ich konnte T. nicht sehen und ich durfte ihn auch sonst nie dabei angucken, aber ich konnte ihn spüren und riechen. Er stank nach Alkohol und Räucherstäbchen – später habe ich kapiert, dass es Hasch war, wonach er roch. Er hat mich irgendwie hochgezogen, sodass ich kniend vor ihm saß und dabei hat er mit seinen Händen auf meine Ohren und mein Gesicht gedonnert. Die Schmerzen im Gesicht habe ich kaum wahrgenommen – es war eher ein taubes Gefühl. Aber es war, als wenn mein Körper von der Hüfte abwärts nur aus Schmerzen bestanden hätte – alles war verspannt und mein Rücken und meine Beine taten höllisch weh. Ich war wie erstarrt und am ganzen Körper angespannt. Dabei habe ich versucht, möglichst keinen Mucks zu machen, da ich Angst hatte, dass meine Eltern etwas mitbekommen würden.... Ich habe mich auch sehr geschämt – er ist mein Bruder und das, was da passiert ist, war für mich das Ekeligste, was man sich vorstellen konnte. Ich hatte so widersprüchliche Gefühle in mir – einerseits diesen Ekel und andererseits dachte ich immer, er ist doch mein Bruder und ich muß ihn doch lieb haben. Es war ganz schlimm für mich. Ich kniete vor ihm, mit meinem Kopf in die Kissen gedrückt, sodass ich kaum Luft bekam und nur schwer atmen konnte. T. hat mir immer wieder brutal auf den Kopf geschlagen und in meine Kniekehlen gedrückt, sodass ich die Beine spreizen musste. Ich hatte nur ein T-Shirt und meine Unterhose an, die er mir dann runter gerissen hat. Er hat meine Pobacken mit seinen Händen auseinander gerissen – er war so brutal, dass meine Haut richtig eingerissen ist. Dabei gab es ein komisches und ekeliges Geräusch, als die Haut gerissen ist und ich hatte diese wahnsinnigen Schmerzen. Es war mehr als das – ein ganz seltsames Gefühl. Bis heute habe ich eine Narbe davon behalten. Es war jedes Mal schlimm, aber an diesem Abend war es besonders heftig. Während er wieder und wieder in mich eindrang, hat er mir mit den Händen auf den Kopf geschlagen. Ich habe ihn nicht gesehen, aber gefühlt und gerochen. T. hat dann irgendwann von mir abgelassen, aber das habe ich schon gar nicht mehr richtig mitbekommen...</p>

Während der Exploration und Narration traumatischer Sequenzen, in denen peritraumatisch Dissoziationen auftraten, ist es wichtig eine erneute dissoziative Entgleisung zu verhindern, in dem man die Patientinnen im Sinne einer Kreislaufstabilisierung aktiviert (z.B. durch angewandte Anspannung) (Schauer & Elbert, 2010). Die Wirksamkeit der NET konnte inzwischen in diversen

Einzelfallstudien (Neuner, Schauer, Elbert & Roth 2002; Schauer et al. 2004), Gruppenstudien (Onyut et al. 2005) und randomisiert kontrollierten Studien (Bichescu et al., 2007; Hensel-Dittmann et al., 2011; F. Neuner et al., 2009; F. Neuner et al., 2008b; F. Neuner et al., 2004a; Ruf et al., 2010; Schaal et al., 2009) nachgewiesen werden und zählt somit zu den vergleichsweise gut evaluierten Therapieformen in der Behandlung von Personen mit komplexer PTBS (F. Neuner et al., 2009; Robjant & Fazel, 2010).

Basierend auf der zentralen Annahme, dass die NET als bewährte Traumatherapie nicht nur die Symptomatik einer PTBS nachweislich reduziert, sondern auch Integration abgespaltener Erlebnisanteile erlaubt, anti-dissoziativ wirkt und die Bildung und/oder Stabilisierung der eigenen Identität fördern kann, wurde die Hypothese abgeleitet, dass die NET auch zur Behandlung von BPS-Patientinnen mit PTBS geeignet ist.

Aufgrund dieser Überlegungen wurden im Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP) sowie der angegliederten psychosomatischen Klinik erstmals BPS-Patientinnen mit PTBS mittels der NET behandelt, mit dem Ziel, die Wirksamkeit der NET für dieses Patientenkollektiv zu evaluieren. Im Zeitraum zwischen Januar 2009 und Mai 2010 wurden 10 Patientinnen dieser Zielgruppe in einem durchschnittlichen Alter von 33 Jahren (Minimum: 19 Jahre, Maximum: 45 Jahre) entsprechend traumatherapeutisch behandelt. Davon wurden sechs Patientinnen stationär und drei Patientinnen ambulant behandelt. Eine Patientin hat die Therapie im stationären Rahmen begonnen und ambulant zu Ende geführt. Alle Patientinnen nahmen an einer umfassenden Eingangsuntersuchung teil, die der Diagnostik und Einschätzung der Ausprägung einer BPS und einer PTBS, der Erfassung komorbider psychischer Erkrankungen, der Einschätzung depressiver Symptome, dissoziativer Symptome und Ängste diente. Folgende Instrumente kamen dabei zum Einsatz: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV (SKID II), Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), Hamilton Depressionsskala (HAMD), Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL 25), Borderline Symptomcheckliste 23 (BSL 23) und Fragebogen für Dissoziative Symptome (FDS) (Bohus et al., 2009; Foa, 1995; Freyberger et al., 1998; Fydrich et al., 1997; Hamilton, 1960; Parloff et al., 1954; Sheehan et al., 1998). Nach der Diagnostik und einer ausführlichen Psychoedukation wurde manualgetreu die Lifeline der Patientinnen erarbeitet und nachfolgend im Zuge der Behandlung die komplette

Narration erstellt. Die einzelnen Sitzungen nahmen in der Regel 90 Minuten in Anspruch und wurden je nach Absprache ein oder zweimal wöchentlich durchgeführt. Im Schnitt waren +/- 14 NET-Sitzungen erforderlich. Nach Abschluss der NET wurden mit den Patientinnen je nach Bedarf noch 1-2 weitere Sitzungen zur Entwicklung einer Zukunftsperspektive durchgeführt. Alle Behandlungen wurden in engmaschigen kollegialen Interventionen im multiprofessionellen Team begleitet und supervidiert.

9.6. Ergebnisse

Insgesamt war die Durchführung der NET in allen Fällen möglich und es hat sich gezeigt, dass durch die NET die PTBS-Symptome der Patientinnen hypothesenkonform deutlich reduziert werden konnten (Tab. 4).

Tab 4 Symptomatik vor und Veränderung 6 Monate nach Therapie

	vor Therapie	6 Monate nach Therapie	P (Wilcoxon)	Hedges' g (Effektstärken)
<u>PTSD-Symptome</u> PDS	35.9 (7.0)	28.4 (9.2)	0.03	0.92
<u>Depression</u> HAMD	28.7 (6.4)	22.2 (8.1)	0.03	0.89
HSCL	2.9 (0.4)	2.6 (0.6)	0.05	0.59
HSCL – Depression	3.1 (0.5)	2.8 (0.6)	0.13	0.55
HSCL – Angst	2.8 (0.5)	2.4 (0.6)	0.05	0.74
<u>Borderline</u> <u>Symptome</u> BSL-23	60.0 (11.8)	48.2 (15.7)	0.08	0.85
<u>Dissoziation</u> FDS	23.0 (14.2)	12.3 (13.3)	0.02	0.87

Wir verweisen an dieser Stelle auf eine erste englischsprachige Veröffentlichung der Pilotdaten (Pabst, Schauer et al., 2012).

Darüber hinaus war eine Zunahme der Schwingungsfähigkeit und der Gefühlsvariabilität beobachtbar, welche die Patientinnen zwar teils als neu und oft aufwühlend aber letztlich positiv beschrieben. So konnten die Patientinnen im Zuge

der detaillierten Besprechung der traumatischen Erfahrungen erstmals erleben, dass ein „Sprechen über das Unaussprechliche“ mit Hilfe der Therapeutin nicht nur möglich und aushaltbar ist, sondern auch deutliche Erleichterung bringen kann. In der Gesamtschau ihres Lebens konnten sie erkennen, dass ihr Leben nicht auf die traumatischen Ereignisse reduziert ist und sie selbst nicht nur aus Angst, Wut, Scham und Schuld bestehen, sondern über wertvolle Ressourcen und liebenswerte Persönlichkeitseigenschaften verfügen. Dabei schienen die klare Struktur der NET und die akzeptierende, empathische Haltung der Therapeutinnen die erforderliche Sicherheit zu geben und es den Patientinnen zu ermöglichen, sich von ihren typischen Mustern des Denkens („ich darf meine Familie niemals verraten“, „ich bin es nicht wert, dass man mir zuhört“, „darüber sprechen ist gefährlich“), des Fühlens (unerklärliche Anspannung, Leere, Angst) und des Verhaltens (Vermeidung, Abwehr, Selbstverletzung) für eine kurze Zeitspanne zu entfernen und sich all den anderen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensimpulsen zuzuwenden, die für die jeweilige Situation angemessen gewesen wären.

Entsprechend der zentralen theoretischen Annahmen ist zwischenzeitlich eine deutliche Zunahme an Erinnerungen, ein Nachdenken über und Einordnen der traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen negativen Gefühlszustände beobachtbar gewesen. Wie zu erwarten insbesondere für dissoziative Patienten, wenn diese erstmalig ihre ‚Hyperinhibition‘, also ihre oft über Jahre bestehende vermeintliche Amnesie für Traumahalte überwinden (Lanius et al., 2010; Schauer & Elbert, 2010). Ebenso wurden phasenweise vermehrt Suizidgedanken und BPS typische Anspannungszustände mit Selbstverletzungsdrang benannt, allerdings interessanterweise jeweils *bevor* über bestimmte Ereignisse gesprochen worden war. Nach beginnender Remission der Traumasymptomatik aber, wurde von den Patientinnen ein zunehmend sinkender Druck zu Selbstverletzung berichtet. Dabei waren die Parallelen zu dem jeweiligen Lebensabschnitt und den besprochenen Ereignissen offensichtlich und die Schwankungen konnten durch Aufzeigen dieser Parallelen, positiver Verstärkung und psychoedukative Erläuterungen weitestgehend aufgefangen werden. Während die PTBS-Symptome messbar zurückgegangen sind, konnte in Bezug auf die BPS-Symptome bei allen Patientinnen zunächst nur auf qualitativer Ebene eine Verbesserung während und direkt nach der Therapie beobachtet werden. Diese zeigte sich beispielsweise in einer Normalisierung der Aufmerksamkeitsfunktionen und einer adäquaten Abgrenzungsfähigkeit. Zudem

waren Veränderungen im Sinne von mehr Pflege des äußeren Erscheinungsbildes (z.B. Schmuck tragen, Schminken), einem größeren Bewegungsradius (z.B. erstmals wieder einen Kaffee in der Stadt trinken gehen und Freunde treffen) oder aber auch einem Rückgang von Begleitsymptomen (z.B. Essstörungssymptomatik) feststellbar. Bei den weiteren Nachuntersuchungen konnte auch ein quantitatives Absinken der Borderline-Symptomatik mittels BSL festgestellt werden. Bei Betrachtung dieser Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine selektive sehr schwer und akut belastete Stichprobe im klinischen Rahmen handelt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass Patientinnen mit einer weniger stark ausgeprägten, wenn auch klinisch relevanten Symptomatik, in noch höherem Maße von einer Behandlung mittels NET profitieren könnten.

9.7. Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nach dem jetzigen Stand der Erkenntnisse Personen mit BPS häufig fortgesetzt soziale und traumatische Stresserfahrungen unterschiedlichster Art durchleben mussten, wie Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit. Nicht alle Personen, die ein Kindheitstrauma erlebt haben entwickeln bekanntlich eine BPS oder PTBS (Ball & Links, 2009; Driessen et al., 2002; Golier et al., 2003; Paris, 2003, 2009; Zanarini, 2000). Wesentliche Faktoren sind frühe Vernachlässigung und das Ausmaß folgender traumatischer Erfahrungen. Obwohl es Hinweise für eine kausale Beziehung zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und einer BPS gibt, muss diese als Teil eines multifaktoriellen ätiologischen Modells angenommen werden (Ball & Links, 2009). Ähnliches gilt für den Zusammenhang zwischen BPS und PTBS. Obwohl es hohe Raten komorbiden Auftretens beider Erkrankungen gibt, ist bislang kein schlüssiges Modell entwickelt worden, um das komplexe Zusammenspiel zwischen BPS und PTBS zu erklären (Golier et al., 2003; Grant et al., 2008; Zlotnick et al., 2002). Insgesamt kamen verschiedene Autoren zu dem Schluss, dass die Entwicklung und Evaluierung spezifischer Verfahren, die sowohl die BPS als auch die PTBS mit Fokus auf die Traumatisierungen in der frühen Kindheit berücksichtigen, erforderlich sind (Ball & Links, 2009; Bohus, 2007; Driessen et al., 2002; Paris, 2009; Zlotnick et al., 2002).

Anhand der dargestellten Fälle konnte gezeigt werden, dass eine konfrontative, und gleichzeitig empathisch akzeptierende, traumafokussierte Therapie ohne vorherige

Stabilisierungsphase bei dieser Klientel durchführbar ist und in Bezug auf die traumatischen Erfahrungen zu der angestrebten Rationalisierung und verbesserten Regulation emotionaler Reaktionen führt.

Auf Basis unserer bisherigen Ergebnisse, kann also angenommen werden, dass NET eine geeignete Therapieform sein könnte, um diese komplex traumatisierten Patientinnen sowohl im ambulanten als auch stationären Rahmen erfolgreich zu behandeln (Tab. 5).

Tab. 5 Fazit für die Praxis

Fazit für die Praxis
<ul style="list-style-type: none">• NET als eine traumafokussierte Kurzzeitintervention ist bei Patientinnen mit Borderline-Störungen durchführbar• es werden Gedächtnis- und Selbstheilungsprozesse angestoßen• NET ist ambulant und stationär möglich• NET kann ein wichtiger Baustein in der Behandlung von BPS und PTBS darstellen

Allerdings kann aufgrund der begrenzten Fallzahl und der fehlenden Kontrollgruppe zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend beurteilt werden, ob auftretende Krisen in der Behandlungszeit im Mittel reduziert oder stimuliert werden oder aber in ihrer Häufigkeit unverändert bleiben. Dennoch kann bereits jetzt aufgrund unserer Ergebnisse die NET als ein wichtiger Baustein in der Gesamtbehandlung dieser schwer betroffenen Patientinnen gesehen werden, um eine deutlichen Reduktion der PTBS-Symptomatik zu erreichen. Der langfristige Einfluss auf die Kern-BPS-Symptomatik bleibt zu klären, da die NET ihre volle Wirkung in der Regel erst nach mehreren Monaten entfaltet (Schaal et al., 2009).

Während Suizidalität wie bereits ausgeführt, von vielen TherapeutInnen als Kontraindikation für Exposition im Rahmen traumatherapeutischen Vorgehens angesehen wird, scheint selbige im Sinne der NET in zweierlei Hinsicht nachvollziehbar. Zum einen entspricht es den Erwartungen, dass die Emotionen, Kognitionen wie sensorische Erinnerungen, (welche dann irrtümlich als Symptome der BPS und der PTBS interpretiert werden), während der Beschäftigung mit den kritischen Ereignissen zunehmen. Zum anderen beschreiben gerade die Patientinnen mit biographisch frühen, langanhaltenden und/oder wiederkehrenden Erfahrungen von Missbrauch/ Misshandlung/ Vernachlässigung, sie hätten bereits als Kind Todessehnsüchte gehabt, die sich oft im Verlauf zu chronischen und teils manifesten Suizidgedanken entwickelt hätten. Demnach gewinnen diese bei einer Besprechung

des jeweiligen biographischen Abschnittes je nach damaligem Ausmaß an Bedeutung – die während der Therapie auftretenden Suizidgedanken können also auch Charakteristikum des narrativen Geschehens und Spiegel der damaligen Gefühle bzw. Gedanken sein. Allerdings lässt durch die Entaktualisierung im Rahmen der Therapie der Druck, sich tatsächlich selbst zu verletzen nach. Dabei ist das therapeutische Verhalten von großer Bedeutung, da eine kontextbezogene Einordnung und Relativierung vermeintlicher Symptomzunahme durch gezielte Psychoedukation zu einer deutlichen Entlastung der Patienten beiträgt und (selbst-) vertrauensfördernd wirkt.

Insgesamt stützen die Ergebnisse die Beobachtungen anderer Studien, nach denen Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit von einer Behandlung, die neben einer gezielten Exposition auch zusätzlich spezifische kognitive Therapieelemente berücksichtigt, mehr profitieren als von einer solitären Expositionstherapie. Obwohl im Rahmen der NET Gedanken-, Gefühls-, Verhaltensmuster im Zuge der sensorisch-perzeptuellen Reaktivierung in Ansätzen korrigiert und verändert werden können, mag dies nicht ausreichen, um die inzwischen hochautomatisierten und zu größtenteils dysfunktionalen Muster der Patientinnen dauerhaft zu verändern. Es sind also neben der NET zusätzliche Therapieelemente und Interventionen erforderlich, die darauf abzielen, die Patientinnen im Umgang mit verändertem Erleben und ihren Gefühlen zu unterstützen, die angestoßenen Gedanken- und Verhaltensmuster zu fördern, zu ordnen und schließlich im Sinne einer Entwicklung zu einer stabilen Identität /Persönlichkeit zu integrieren. Dazu scheint eine Kombination der NET entweder mit bereits bewährten Verfahren zur Behandlung von BPS oder mittels neuer therapeutischer Module, sowie deren Evaluation denkbar, um dem Ruf nach umfassenden und störungsspezifischen Verfahren für diese spezielle Klientel gerecht zu werden. Um die ersten Erfahrungswerte mit NET als einem traumafokussierten Verfahren in der Behandlung von Patientinnen mit BPS und PTBS zu unterstützen und zu ergänzen, sind weitere Untersuchungen in Form von randomisierten, kontrollierten Studien erforderlich.

10. Treatment of patients with borderline personality disorder (BPD) and comorbid posttraumatic stress disorder (PTSD) using narrative exposure therapy (NET): a feasibility study

10.1. Introduction

An increasing number of women (0.8% - 2% of the general public) seem to be affected by Borderline Personality Disorder (BPD) (Lieb et al., 2004). Whereas BPD is already characterized by a high rate of psychiatric problems, current evaluations indicate that the frequency of a comorbid PTSD ranges between 33–61% among patients with BPD (Grant et al., 2008; Jacob & Lieb, 2007; Zanarini et al., 1998). Clinicians have frequently noted that a combination of BPD and PTSD leads to mutual amplification of symptoms and thus to severest impairment in functioning on all levels. A leading symptom of BPD concerns shooting, intensive and aversive tension that is difficult to endure and to regulate for these patients (Bohus, 2007; Schauer & Elbert, 2010). BPD symptoms are potentially intensified when there is a comorbid PTSD, by the related anxiety, hyperarousal and intrusions, triggering sudden, uncontrollable and incomprehensible attacks of tension and fear. This abets a vicious circle of uncontrollable swings in tension and dysfunctional behavioral patterns (e.g. self-inflicted pain and injuries) which, in turn, makes it impossible to modify maladaptive core beliefs.

It has frequently been assumed that patients being treated for BPD can only start to confront traumatic experiences once they have been sufficiently stabilized (Jacob & Lieb, 2007). (F. Neuner, 2008) carried out a critical examination of the processes involved in stabilization and confrontation and concluded that little evidence suggests that a stabilization phase prior to trauma exposure would be useful. A suitable trauma-focused therapy for patients with a BPD and comorbid PTSD seems essential in order to reduce the burden of symptoms and to help patients to understand and integrate the traumatic experiences into their lives. So far, there have been few attempts to treat both, BPD and PTSD simultaneously (Dyer et al., 2009).

The present approach sought to test the feasibility of narrative exposure therapy (NET), a trauma focused therapy, suitable for both, in-and out-patient settings, which can be taught to clinically experienced therapists in a short-term-training program

and implemented in a comprehensive treatment for BPD-patients with comorbid PTSD. Within an open trial, 10 women with BPD and comorbid PTSD were treated at the Center for Integrative Psychiatry in Kiel (ZIP) using NET.

10.2. Narrative Exposure therapy (NET)

NET is a standardized, controlled short-term intervention which is based on the core assumption that a maladaptive trauma-related network of memory representations has resulted from multiple adverse and fearful experiences (Schauer et al., 2011). NET is now considered to be a comparatively well-tested therapy approach for patients who have survived different types of trauma, ranging from domestic violence and emotional neglect to organized violence (Catani et al., 2008; Robjant & Fazel, 2010). It aims primarily at reducing PTSD symptoms by changing associative memory related to the traumatic experiences through recall of the event and exposure, assigning each event the respective time and place where it had been experienced. This promotes a coherent autobiographical memory associated with the sensory, affective and cognitive cues of the event (F. Neuner et al., 2009) and in addition has non-dissociative effects (Schauer & Elbert, 2010)

After a detailed psychoeducation, the patient is encouraged to narrate the events of his/her life in a chronological order, starting from birth to the present day, by using a "lifeline" (symbolized by a line or rope and flowers representing well-remembered positive and stones representing the traumatic events). In a client-friendly therapeutic environment, it is possible to link the various components (thoughts, emotions, body reactions, contextual information) and integrate them into the patient's biography. For a more detailed explanation of the basic theoretical assumptions and the method we refer to (F. Neuner et al., 2009) and (Schauer et al., 2011).

10.3. Methods

During the period between January 2009 and May 2010, twelve women, presenting with BPD and comorbid PTSD were recruited from our clinic. After psychological diagnostics considering the in- and exclusion criteria, from those informed about the study, no one refused, 2 dropped out for practical reasons.

Six women underwent therapy in a hospital, three on an outpatient basis and one patient started treatment in hospital but then continued her therapy as an outpatient.

Where possible, the medication administered to the patients during the treatment was kept stable. The women were, on average, 33 years old (range: 19–45) and all had already received some form of psycho- and pharmacotherapy, although none had received a trauma-focussed treatment before.

Prior to treatment, a diagnosis was reached by conducting a standardized and structured clinical interview based on the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998) and the Structured Clinical Interview approaches (SCID II) (Freyberger et al., 1998). After the initial diagnosis, the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale was applied as an interview (PSSI/PDS) (Ehlers et al., 1996). This instrument records PTSD symptoms in accordance with DSM-IV. Depression symptoms were assessed by clinician ratings using the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) (Hamilton, 1960, 1967), as well as by means of the Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25) (Hesbacher et al., 1980; Parloff et al., 1954; Winokur et al., 1984). The severity of the BPD symptoms was evaluated by self-assessment with the aid of a short version of the Borderline Symptom Checklist (BSL-23) (Bohus et al., 2001) and the dissociative symptoms were recorded by means of the FDS questionnaire (Freyberger et al., 1998). Six months later the same instruments were applied by an independent researcher, who interviewed the patients using the HAMD, while the PDS, BSL, HSCL-25 and FDS data was gathered using a self-rating procedure. Furthermore, at the six-month follow-up examinations, important events that had occurred since the end of therapy were discussed.

10.4. Results

After receiving a detailed explanation about the study, comprehensive psychoeducation and signing an informed consent, the NET was carried out in accordance with its manual (Schauer et al., 2011). Each session generally lasted for 90 minutes and took place once or twice a week, depending on prior agreement. Experienced clinicians who had received a 2-day training on NET by a multi-professional team carried out all sessions. Weekly team-meetings and bi-annual supervision assured the adherence to the manualized guidelines. The study was approved by the local Ethics Committee and conforms to the ethical guidelines of the Helsinki Declaration.

Overall, it was possible to carry out NET for all patients. On average +/- 14 NET (range 11-19) sessions were necessary, taking into account that the number of sessions depends on the amount and severity of traumatic events. Where required, upon completion of the NET, patients received a further 1-2 sessions with the aim of developing prospects for the future.

Based on Wilcoxon-Tests, there was a significant reduction in symptoms for PTSD ($p < 0.05$) assessed with the PDS, depression ($p < 0.05$) assessed using the HAMD, and dissociation/FDS ($p < 0.05$). With respect to the BPD symptoms, recorded using BSL, the noted drop would become significant when an alpha level of 0.10 would be used (Table 1).

Table 1 Change of symptoms from before to 6 months after therapy

	Median (IQR)		Z	p (one-tailed)	Hedges' g (effect size)
	pre therapy	6 months after therapy			
<u>PTSD-Symptoms</u>					
PDS	35.0 (8.0)	29.0 (19.0)	-1,887	0.03*	0.92
<u>Depression</u>					
HAMD	29.5 (12.25)	25.0 (13.75)	-1,837	0.033*	0.89
HSCL	2.78 (0.53)	2.48 (0.92)	-1,599	0.055 (*)	0.59
HSCL – Depression	3.1 (0.68)	2.8 (0.96)	-1,122	0.13	0.55
HSCL – Fear	2.73 (0.7)	2.3 (1.06)	-1,632	0.052 (*)	0.74
<u>BPD-Symptoms</u>					
BSL-23	64.5 (18.0)	49.5 (19.75)	-1,428	0.077 (*)	0.85
<u>Dissociation</u>					
FDS	22.5 (21.62)	8.6 (10.25)	-2,143	0.016*	0.87

Note: (*) $p < 0.1$ and * $p < 0.05$.

As predicted by the theoretical assumptions supporting NET, it could be observed by the therapists that there was a temporary increase in recollecting, reflecting upon and classifying traumatic experiences together with the related negative emotional states.

This behaviour was expected, especially for dissociative patients after they had overcome their hyper-inhibition i.e. apparent amnesia of traumatic events, a condition that sometimes persists for several years (Lanius et al., 2010; Schauer & Elbert, 2010). This is also reflected in the marked reduction of dissociative symptoms. By the same token, increased occasional suicidal thoughts and marked states of tension with a will to self-inflicted harm were noted in some patients, although, these feelings appeared *before* discussing the related events. After remission of the trauma-related symptoms had started, however, the patients reported that the urge to inflict pain or injury to them selves would have faded. The parallels between the stages of the patient's life and the discussed events thereby became seemingly obvious. Consequently, these changes should not be regarded as deterioration in a patient's condition - a frequently held false assumption - but rather they should be interpreted as the first step forward from a therapeutic point of view. The increases in symptoms basically indicate that an adequate process for the integration of traumatic experiences had been initiated.

10.5. Limitations

It should be mentioned, that various factors such as difficult personal and psychosocial circumstances might have impaired the achievement of even better results. At 6-months follow-up, nearly all patients reported such problems (e.g. a house move, interpersonal/relationship problems, bereavement) that most likely had negatively affected their mood and symptoms.

The patient pool for our pilot study was drawn from a clinical setting with participants who exhibited very severe symptoms. Nevertheless the results need to be interpreted with care, as the number of cases was small and the trial was not controlled. To support and complement this initial positive experience with NET as a trauma-focused procedure for the treatment of (female) patients with BPD and PTSD, further tests including randomly controlled studies are a next step.

10.6. Conclusions

So far, the present study demonstrates feasibility, i.e., that a team of clinicians (psychologists and psychiatrists) who received a two-day training in exposure therapy (NET) and subsequent group super- and intervision, can within weeks

achieve a marked improvement in borderline patients with comorbid PTSD using NET as a treatment module, even under the often less than ideal restrictions inherent for a psychiatric ward. Thus, our findings demonstrate that NET can be used with borderline patients in a standard clinical setting (out- and inpatient).

11. Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for Borderline Personality Disorder with comorbid Posttraumatic Stress Disorder

Authors: Astrid Pabst, Maggie Schauer, Kirstin Bernhardt, Martina Ruf, Robert Goder, Thomas Elbert, Rotraudt Rosentraeger, Katy Robjant, Josef Aldenhoff, Mareen Seeck-Hirschner

Participating institutions:

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Center for Integrative Psychiatry and Psychotherapy Kiel, Commissarial Clinic Director: Prof Dr. med. Fritz Hohagen University of Konstanz, Department of Psychology; Prof. Dr. Thomas Elbert

11.1. Abstract

Background:

Most patients with borderline personality disorder (BPD) report a history of exposure to traumatic stressors and, as a consequence, symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). BPD and PTSD combined exacerbate suffering beyond a simple additive effect. To assist these complex cases, we have tested the efficacy of Narrative Exposure Therapy (NET), an evidence-based treatment for survivors of different, multiple or chronic traumatic stressors and compared the outcome with the one from routine Dialectical Behavior Therapy (DBT).

Methods:

In both an inpatient and outpatient setting, patients with BPD and comorbid PTSD (N=22) were assigned to NET or a DBT-based treatment. They received either an average of 14 weekly sessions of NET or DBT. Changes in symptoms were evaluated prior to therapy, at 6 months and 1 year post-therapy.

Results:

Both treatment forms reduced all of the symptoms (PTSD, borderline, depression and dissociation) substantially. The decrease continued throughout the 12 months follow-up period producing large effects. Greatest effect sizes with Hedge's $g = 1.6$ was obtained for the reduction of trauma symptoms by NET ($g=1.1$ for DBT) and depression ($g=1.4$ for NET and $g=0.7$ for DBT).

Conclusions:

The results of this evaluation study showed a considerable reduction for the whole spectrum of symptoms in patient with BPD and PTSD and indicate that Narrative Exposure Therapy (NET) may serve as an effective tool to assist borderline patients suffering from trauma symptoms in both, a hospital setting as well as on an outpatient basis.

11.2. Background

Several recent studies show that in clinical samples a large proportion of BPD patients are suffering from comorbid PTSD (30-50%) (Harned, 2013). Despite this overlap, the full set of DSM-IV-PTSD criteria is not always fulfilled in BPD (Grant et al., 2008; Jacob & Lieb, 2007; Zanarini et al., 1998). While a conclusive explanatory model of the connection between BPD and PTSD awaits to be elaborated (Golier et al., 2003), there is a general consensus, that childhood maltreatment and sexual abuse is an important etiological factor in the development of both PTSD and BPD (Molnar et al., 2001; Peleikis & Dahl, 2005).

Whereas the etiology and symptomatology for PTSD and BPD share similarities and comorbidity of these conditions is associated with increased distress and psychopathology, treatment guidelines for these conditions in isolation are at odds. Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, USA) and NICE (© National Institute for Health and Clinical Excellence, UK) recommend trauma-focused treatment for PTSD, as these forms of interventions have been superior to other therapies in the treatment of complex trauma (F. Neuner, 2008; F. Neuner et al., 2009; Schauer et al., 2007). In contrast, for BPD, the standard treatment approach includes a stabilization phase before any exposure to memories of traumatic experiences. The skills training in DBT is a type of stabilization, that teaches the patient self-control and ways of coping with the symptoms. However, the clinical challenges encountered in the treatment of individuals with BPD can make it difficult to implement trauma-focused PTSD treatments in this population. Indeed, PTSD treatments are generally viewed as being inappropriate for patients with BPD, especially for patients with severe forms of the disorder, because PTSD often

maintains or exacerbates suicidality, self-injury, and other BPD-related problems (Harned, 2013).

A well-known and frequently carried out approach for BPD is Dialectical Behavior Therapy (DBT) (M. Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994). It suggests that traumatic stressors could potentially be addressed only in the second part of the intervention (Bohus, 2002). In clinical practice however, trauma-confrontation is often postponed in favor of skills training and thus there is limited evidence of its effectiveness (Ball & Links, 2009; Paris, 2009).

While specific therapies often achieve a reduction of BPD symptoms, at least for behavioral disorders (e.g. a reduction in self-inflicted injuries and suicidal behavior), the symptoms of the additional serious conditions (e.g. PTSD) often persist over a longer period of time (Bohus, Dyer, Priebe, Krüger, & Steil, 2011; Bohus & Schmahl, 2007). An approach that is aimed at controlling the symptoms in cases where BPD and PTSD co-occur, is somewhat problematic because the uncontrollable nature of intrusions and the sudden intense tension (often accompanied by fear) is one of the inherent characteristics of PTSD. Consequently, it is therefore questionable whether a skills training or a stabilization phase in relation to these core symptoms can actually result in the desired level of stability being achieved. Individuals who have BPD and co-morbid PTSD therefore frequently never reach the presumed required level of stability to undergo trauma-focused therapy in the second stage of treatment.

A trauma-focused approach on the other hand, aims to develop habituation of the emotional reactions to reminders of the traumatic events, creating a change in the experience of fear as a result of changes to its associative memory networks. In narrative approaches, a reconstruction of an autobiographical memory is created. Through these processes the fear and tension is alleviated and reparative attachment opportunities for the old emotional network are provided a crucial element in the therapy of Borderline Disorder (i.e. repairing attachment wounds within the therapy relationship when re-experiencing the past) (Schauer et al., 2011). A detailed and critical examination of the use of stabilization versus exposure in the treatment of patients with PTSD has been presented by (F. Neuner, 2008) suggesting that a stabilization phase before trauma exposure is neither necessary nor helpful for the patient (Beutel & Subic-Wrana, 2012).

Another obstacle for offering trauma focused therapy is the fact that BPD is often an exclusion criterion in studies examining treatments for DSM-Axis I disorders because of the presumption that patients with BPD will not benefit from such treatments, will have a poorer outcome or would be unlikely to complete treatment (Clarke & Resick, 2008). In their investigation of female rape victims, comparing cognitive processing therapy (CBT), prolonged exposure (PE) and a waitlist control, (Clarke & Resick, 2008) demonstrated – in contrast to other investigations (McDonagh et al., 2005) - that patients with borderline personality characteristics (BPC) can benefit from treatment for PTSD even though some of them started with more severe symptoms. They found no evidence for a relation between BPC and treatment dropout. In the meantime, a number of different disorder-specific therapeutic approaches have been developed for both BPD and PTSD (Jacob & Lieb, 2007). As far as we know, there are few therapeutic approaches that aim to treat both disorders simultaneously, despite the overlapping etiology and symptomatology (Cloitre et al., 2010; Dyer et al., 2009; Harned et al., 2012; Steil, 2011).

With Narrative Exposure Therapy (NET), Schauer, Neuner and Elbert have developed a trauma-focused therapy that acknowledges the effects of cumulative exposure to traumatic stress and thus allows the treatment of complex or chronic PTSD (Schauer et al., 2011). NET targets posttraumatic symptoms by changing the associative memory-related fear structures through the integration of intrusive and implicit memories with contextual cues. In the course of exposure and habituation, each event is organized in chronological order, contextualized in time and place, in the personal autobiography. This promotes the development of a consistent and well-organized and non-pathological trauma memory, including relevant sensations, thoughts, feelings and behavioral aspects and meaning making (F. Neuner et al., 2009; Schauer et al., 2011). In NET, the patient, with the assistance of the therapist, constructs a chronological narrative of her life story with a focus on the traumatic experiences. Empathic understanding, active listening, congruency and unconditional positive regard are key components of the therapist's behavior. For traumatic stress experiences the therapist facilitates imaginary exposure by working in detail through emotions, cognitions, sensory information, physiological responses and probing for respective observations. The patient is encouraged to relive these emotions while narrating, and at the same time is well grounded in the "here and now". The therapist uses constant reminders that the feelings and physiological responses result from

memories, linking the experiences to episodic facts, i.e., time and place (Schauer et al., 2011). The safe support and the continued interest of the therapist are naturally facilitated by a growing understanding of the victim's biography as it unfolds when working through the whole life. This ensures the opportunity for reparative attachment for the client. There is ample evidence and countless publications pointing to the fact that repairing attachment wounds within the therapeutic relationship is crucial for survivors of complex trauma. For a more detailed explanation of the basic theoretical assumptions relating to this process, we refer to (Schauer et al., 2011) and Neuner (2009). NET is now a comparatively well-tested therapy approach for different types of traumatized groups such as victims of organized and/or domestic violence and emotional neglect (Catani et al., 2008; Robjant & Fazel, 2010) and accordingly NET has frequently been recommended to treat complex trauma (Schaal et al., 2009). Since there is sufficient evidence that NET is not only able to substantially reduce the symptoms of PTSD but also allows for an integration of individual experiences, has non-dissociative effects (Schauer & Elbert, 2010) and can promote the formation and stabilization of a patient's own identity, we hypothesized that NET would also be helpful in treating patients who present with both BPD and PTSD. Given the current debate, our main goal was to demonstrate how the NET treatment can be used for this population and to test its efficacy in a clinical trial.

Some of the data presented here have been included in an earlier short report that was presented to show the feasibility of trauma-focused treatment in PTSD in BPD patients (Pabst, Aldenhoff et al., 2012; Pabst, Schauer et al., 2012).

11.3. Methods

11.3.1. Participants

The study was implemented at the Center for Integrative Psychiatry (ZIP) in Kiel. The participants were recruited from the pool of patients seeking treatment during a predefined timeframe. They were referred by practitioners, psychiatrists or sought help directly at the clinic. Inclusion criteria were: age ≥ 18 years, diagnoses of BPD and PTSD, informed consent and compliance with a covenant concerning the treatment including a non-suicide contract. Exclusion criteria were: severe mental disorders (e.g. drug abuse, psychoses), acute consumption of psychoactive

substances (other than prescribed for medical purposes), simultaneous participation in other studies, pregnancy or breastfeeding, acute suicidal behavior, (in this case, a complete lack of capability to negotiate a no-suicide agreement and serious suicide attempts during the last 8 weeks as opposed to chronic suicidal patients and patients with self-injurious behavior, which were intentionally included), patients in an outpatient setting who were being currently continuously sexually or severely physically violated (ongoing perpetrator violence) and a BMI lower than 18 (due to the uncontrollability of dissociation and 'shut down'/faintness tendencies in these cases).

11.3.2. Instruments/ratings

Participants were diagnosed by a standardized and structured clinical interview based on the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998) and the Structured Clinical Interview approaches (SCID II) (Fydrich et al., 1997). Following the initial diagnosis and prior to starting therapy, the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale was applied as an interview (PSSI/PDS) (Ehlers et al., 1996; Foa, 1995). This instrument is a 17-item questionnaire considering the core criteria for the diagnosis of PTSD in accordance to DSM-IV as well as symptom severity. The characteristics and severity of the BPD symptoms were evaluated by self-assessment using a short version of the Borderline Symptom Checklist (BSL-23) (Bohus et al., 2009). As secondary outcome measures, symptoms of depression were rated by an external assessment using the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) (Hamilton, 1960, 1967), as well as the Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25) as self-report (Hesbacher et al., 1980; Parloff et al., 1954; Winokur et al., 1984). Dissociative symptoms were recorded by means of the German short version (Fragebogen für dissoziative Symptome – FDS) of the Dissociative Experience Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986; Freyberger et al., 1998). The data from the PDS, HAMD, HSCL-25, BSL-23 and DES were collected again at a six-month and 12-month follow-up. While an independent researcher recorded HAMD and PDS data via interview, the BSL-23, HSCL-25 and FDS data was collected using a self-rating procedure. At the follow-up survey, participants were asked by means of open questions about important events that had occurred since the end of therapy.

11.3.3. Treatment

11.3.3.1. Narrative Exposure Therapy (NET)

After a structured clinical interview and provision of detailed psychoeducation, the therapy starts by asking the patients to place the most important events in their lives into rough chronological order using a “lifeline”, a symbolic representation of a patient’s life along a piece of string. Flowers, for instance, along the lifeline symbolically mark the events that were especially positive and thus offer resources, while stones symbolize the traumatic events. During the following therapy sessions the patient uses the lifeline to narrate the events of his/her life starting from birth and working through to the present day. While the therapist’s task is to write down key elements of the patient’s autobiography, the focus is on documenting the emotional details that closely envelop each experience. During a discussion of the traumatic events, the patient is prompted to provide a slow, strictly chronological, detailed and logical account, while the therapist adopts a caring and structuring role, thereby encouraging the patient to begin reliving the traumatic and often “muted” (i.e., difficult to narrate) memories. In a secure and comfortable therapeutic environment, the patient, by activating the sensory-perceptual memories, can intensively relive the events of the past and describe his/her experiences in a contextual and chronological manner. In this way, it is possible to link the various components (thoughts, emotions, body reactions, contextual information) and integrate them into the patient’s biography (see F. Neuner et al., 2009; Schauer et al., 2011).

11.3.3.2. Dialectical Behavior Therapy (DBT)-based standard treatment

The DBT-based standard treatment consists of either psychiatric outpatient care, which was carried out by an experienced female psychiatrist and medical psychotherapist, or of inpatient care in the psychosomatic and psychiatric clinic. The same therapists as the patients of the NET-group treated all patients, except one. The outpatient treatment included DBT and other cognitive behavioral therapeutic elements, representative of the current standard treatment provided for this particular target group, such as psychoeducation, supportive counselling, strengthening the participants’ individual resources, providing assistance in solving daily problems, improvement of coping skills and crises intervention. The inpatient treatment comprised of a pre-arranged therapy program closely based on DBT and focused on the BPS symptoms. This program included weekly sessions of psychological therapy,

group therapy, occupational therapy physiotherapy, sports, relaxation therapy, supportive caregiving in crises, behavioural analysis, skills groups and support by social workers if needed. This was made possible through the block-assignment of the patients in the two groups.

11.3.4. Procedure

To evaluate our hypothesis we used a 2 x 3 experimental design. Prior to the start of the treatment, patients received a detailed explanation about the purpose of the investigation, the proposed procedure and they were given a written consent form to sign. After accepting the given conditions and based on the individual results of the tests, all participants received a comprehensive psycho-education. After this, the assigned therapy started. NET was carried out in accordance with the manualized guidelines [17] by experienced clinicians who had been trained only in this method in a 2 - day workshop by a team of professionals in Narrative Exposure Therapy. Weekly team-meetings, peer supervision according to needs and bi-annual supervision assured treatment adherence in accordance with the manual. Each session generally lasted for 90 minutes and took place once or twice a week, depending on prior agreement. The participants of the DBT-group received double the duration and frequency of sessions, which was carried out by experienced therapists, extensively trained and supervised in the DBT modules.

The study was approved by the local ethics committee and conforms to the Helsinki declaration.

11.3.5. Statistics / data analysis

The results were calculated with the aid of the statistics program "IBM SPSS Statistics Version 20 for Mac". Data from the drop-out-participants were considered by using a last-observation-carried-forward-procedure.

The efficacy of the interventions (NET and DBT) was valued by calculating changes of symptoms from baseline measures over time in the psychometric scales (PDS/PSSI, HAMD, HSCL-25, BSL 23, FDS). For group characteristics and outcome variables we calculated means (M) and standard deviation (SD). To define relevant group differences, we used the Analyses of Variances (ANOVA) The between-subject factor was "group" and the within-subject factor was "time". In cases of failed

demands we used the Greenhouse-Geisser correction. Following the conventions, the level of significance was set to $p < .05$.

To estimate clinical significance, within-treatment effect sizes (Hedges' g) were calculated as the change of the means compared to baseline-means at 2 fixed points of time (6-months follow-up, 1-year follow-up).

11.3.6. Participants

Altogether 22 female participants were included and allocated to the two different groups (NET or DBT) in an approximately matched style. Within a period of 2 ½ years (January 2009 – June 2011) they received either NET (N=11, age M=30.36, SD=8.64, range 20-45 years) or DBT (N=11, age M=29.45, SD=11.57, range 19-54 years). The participants of both groups had experienced an average of 5 (NET: range 1-7, DBT: range 1-8) different types of traumatic events (from the PDS event list), whereby physical and sexual abuse occurred repeatedly and/or over a longer period. The most common traumatic event types reported by the women in the both groups were assault by a family member or an acquaintance (NET: 9 participants, DBT: 9 participants) and sexual abuse or assault by a family member or an acquaintance (NET: 9 participants, DBT: 8 participants). In each of these groups at least six women underwent therapy in an inpatient setting, four women in an outpatient setting and one woman started the treatment in the hospital but continued and finished therapy as an outpatient. In the NET group, 2 participants (one inpatient, one outpatient) discontinued the therapy after 3 or 5 sessions, whereas 3 patients (all of them inpatient) terminated the DBT treatment early after 4, 7 or 8 sessions. The reason for discontinuing treatment was experience of psychosocial problems (problems within their partnerships) and substantial remission (meaning that there was no need to run through the whole protocol) within the NET-group, and due to disciplinary discharge (because of ongoing drug consumption) or lack of motivation within the DBT-group. Of those who finished therapy, the participants of the NET-group received an average 17.22 ± 7.40 sessions (range 10-30), while the participants of the DBT-group received an average 14.38 ± 3.62 sessions (range 8-19). (See figure 1 for a flow chart of study participants).

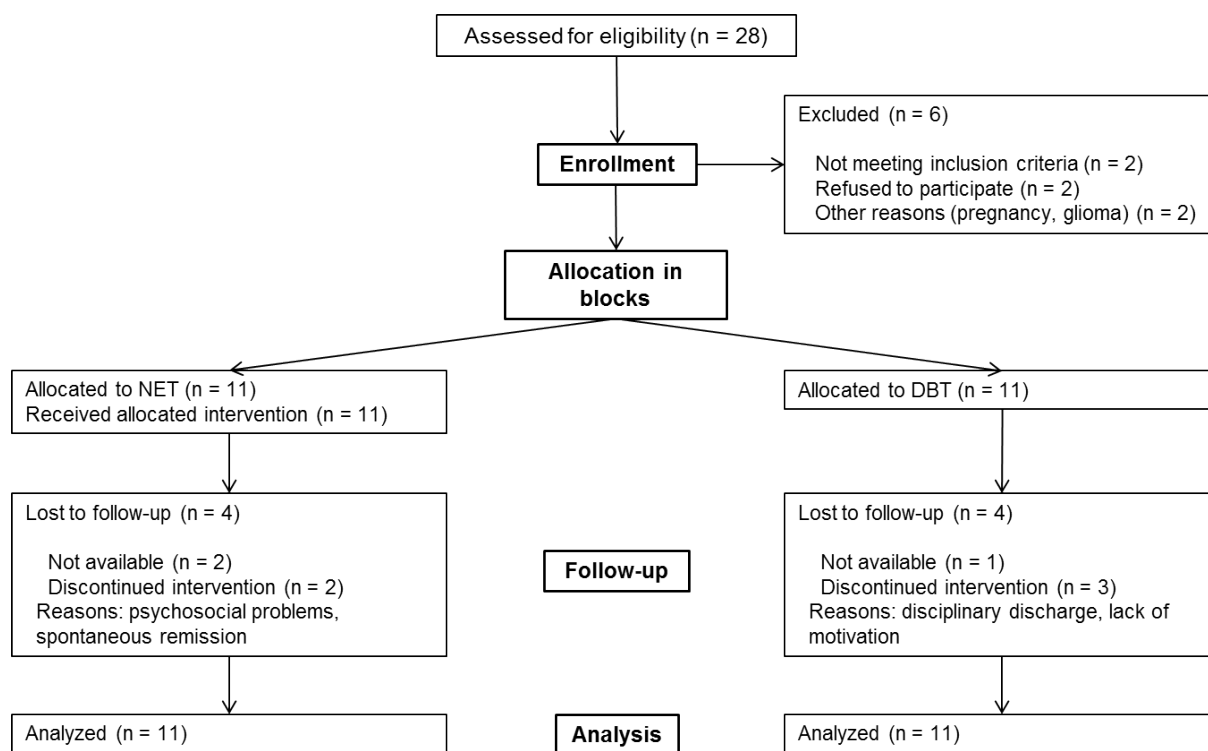


Figure 1. Flow chart of study participants

In this study it was not intended to intervene with medical treatment but due to the severity of the disorder medication was inevitably prescribed in some cases. If necessary, the patients received antidepressants and/or neuroleptics, but the medication was adjusted prior to therapy and remained unchanged during the treatment (see table 1 sample description and medication). An administration of benzodiazepines was avoided as much as possible and given in only a few cases briefly. All participants had already experienced some form of psychological therapy and pharmacotherapy, whereas none had received trauma-focussed treatment before.

Table 1: sample description and medication

	therapy session s	school years	age	in-/out- patient	dropout	medication during therapy	medication 6 months after therapy	medication 1 year after therapy
NET01	12	8	37	in	0	SNRI + TeCA	SNRI + TeCA	SNRI + TeCA

NET02	3	8	23	out	1			
NET03	18	10	20	in	0	TeCA	0	0
NET04	10	8	28	out	0	SSRI	SSRI	SSRI
NET05	11	8	20	in	0	SNRI + AAP + hpTAP + lpTAP	SNRI + AAP + lpTAP	AAP
NET06	18	10	37	out	0	MAOI	MAOI	MAOI
NET07	30	10 + tc	31	in / out	0	SSRI	SSRI	SSRI
NET08	28	10	29	in	0	SSRI + lpTAP	SNRI + lpTAP	SSRI
NET09	11	8	45	in	0	SSRI + TeCA + BZD + lpTAP + AAP	TeCA + SNRI	TeCA + SNRI
NET10	17	8	41	out	0	SSRI	SSRI	SSRI
NET11	5	10	23	in	1			
	M = 17.22 ± 7.40 range 10-30		M=30.36 SD=8.64 range 20-45					
TAU01	7	10	20	in	1			
TAU02	15	12 + hs	27	in	0	SNRI	SNRI	0
TAU03	11	12	54	out	0	0	0	0
TAU04	8	8	19	in	1			
TAU05	18	8	23	in	0	AAP + lpTAP + SSRI	AAP + SSRI	AAP + lpTAP + BZD
TAU06	15	8	20	in	0	0	0	n.a.
TAU07	13	8	27	out	0	SNRI	SNRI	0
TAU08	19	12	27	in / out	0	SNRI + TCA	AED	AED + SSRI + lpTAP
TAU09	4	10	46	in	1			
TAU10	16	12	38	out	0	SSRI	SSRI + lpTAP	SNRI + lpTAP
TAU11	8	10	23	out	0	0	TCA	0
	M = 14.38 ±		M=29.45 SD=11.5					

3.62 7 range
 range 19-54
 8-19

(Abbreviations: SNRI Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitor, SSRI Selective serotonin reuptake inhibitor, TeCA Tetracyclic antidepressant, TCA Tricyclic antidepressant, lpTAP low potency typical antipsychotic, hpTAP high potency typical antipsychotic, AAP atypical antipsychotics, BZD Benzodiazepine, AED antiepileptic drug, MAOI Monoamine oxidase inhibitor, n.a. not applicable; tc technical college, hs high school)

11.4. Results

11.4.1. Scores

For the PDS we found a significant main-effect of time ($p < 0.001$) while neither the interaction-effect of time x group nor the main-effect of group became significant. Similarly we found a significant main-effect of time for the HAMD ($p = 0.002$), the HSCL-25 ($p = 0.009$), the BSL ($p = 0.012$), and for the FDS ($p = 0.064$). Table 2 presents the means and standard deviations of the outcome variables before therapy, 6 month after therapy and 12 month after therapy, recorded by the listed questionnaires. Effect-sizes are presented in Figure 2.

Table 2: Change of symptoms from before to 6 months after therapy: means and standard deviations

	pre therapy	6 month after therapy	1 year after therapy
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
<u>PTSD-Symptoms</u>			
PDS			
NET	36.7 (5.9)	29.0 (9.2)	23.0 (10.8)
DBT	36.9 (5.9)	27.8 (13.8)	25.4 (12.9)

Depression

HAMD

NET	29.8 (6.5)	24.5 (8.7)	18.6 (9.8)
DBT	23.2 (6.7)	18.0 (8.9)	17.5 (9.9)

HSCL

NET	2.9 (0.5)	2.6 (0.6)	2.4 (0.7)
DBT	2.9 (0.4)	2.4 (0.7)	2.3 (0.7)

Borderline Symptoms

BSL-23

NET	59.4 (11.5)	49.2 (15.1)	43.8 (25.5)
DBT	60.2 (15.9)	41.2 (25.6)	39.4 (26.6)

Dissociation

FDS

NET	22.5 (11.7)	15.6 (10.6)	16.1 (10.3)
DBT	27.2 (10.9)	24.3 (13.5)	23.0 (13.4)

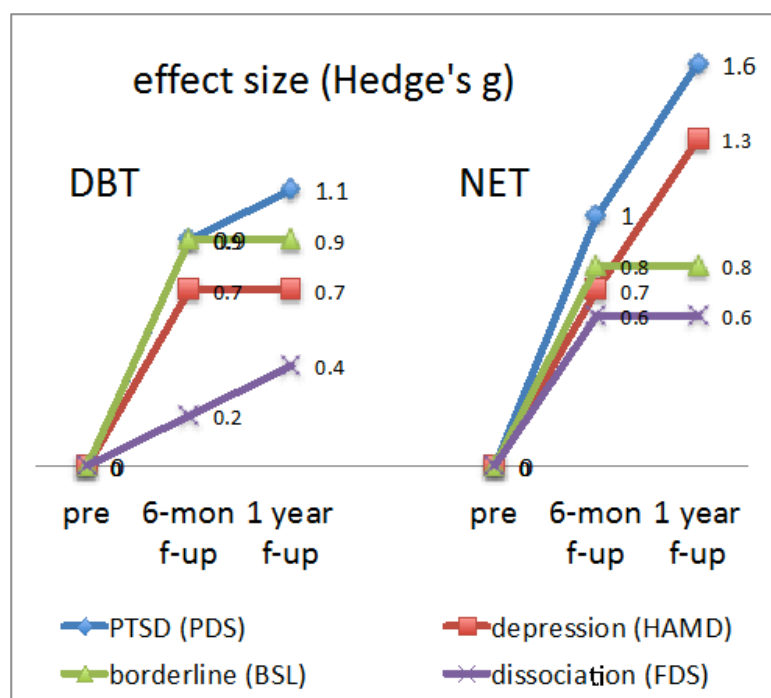


Figure 2. Effect sizes for post (t1) and follow-up (t2) assessments in relation to pre-treatment for the different symptom clusters. Results for the DBT-based group are presented on the left and results for the NET group are presented on the right side.

11.4.2. Observations

After the various testing sessions with the instruments, the therapist scheduled individual feedback sessions with the patients to not only obtain results from the structured psychological interviews, but also to receive personal feedback from the patients and to explore other information (e.g. new events that had happened between therapy sessions). Table 3 shows the changes attributable to NET, derived from data collected by observing behaviour during therapy, received from the therapist and nursing staff or taken from the follow-up examinations.

Table 3: Changes during the course of the NET

Observations and reported changes

- More complete recollection, reflection and integration of traumatic events into a patient's biography
 - Possible to speak about the "unspeakable" and this resulted in a sense of relief
 - Overcoming of apparent amnesia relating to traumatic events; remission of dissociation
 - Reduction of the urge to inflict pain/injury on oneself with the start of remission of PTSD symptoms
 - Realization: "Life does not just consist of trauma, fear, anger, shame and guilt"
 - (Re)-discovery of one's own capabilities and likeable personality traits
 - Increase in the ability to experience mood swings and a variety of feelings
 - Restructuring of dysfunctional thoughts (e.g. "It's my own fault")
 - Reduction of avoidance behavior (e.g. go to a café; meet friends)
 - Return to a normal span of attention / ability to concentrate
 - Increased ability to differentiate appropriately
 - Increase in self-esteem (e.g. well-groomed)
 - Temporary increase in problem behavior and suicidal thoughts – no suicide attempt
 - Reduction of accompanying symptoms (e.g. eating disorders)
-

11.5. Discussion

Borderline patients present complex combinations of disabling symptoms that have shown limited responsiveness to long-term therapy. The present study demonstrates that a team of clinicians (psychologists and psychiatrists) who received a basic training in Narrative Exposure Therapy, NET, (2-days training workshop only and biannual case supervision) and subsequent team meetings can within weeks achieve a marked improvement in borderline patients using NET as a short-term treatment module, even under the often less than ideal conditions of a psychiatric inpatient ward. Thus, the findings provide evidence that NET can be used with borderline patients in a standard clinical setting. The results demonstrate that the therapeutic intervention worked well under the circumstances. NET allows the patient to consciously recollect the abusive and stressful experiences of the past in a trauma-focused manner empathically guided by the therapist, and can therefore be used for patients suffering from both BPD with PTSD and patients who's adverse parental bonding experiences and shattered attachment constructs need mending back in time (Schauer et al., 2011). Accordingly, it was possible to significantly reduce PTSD and dissociative symptoms, as well as symptoms associated with depression and borderline personality pathology. The present study also shows that a DBT based treatment as usual (TAU) which meets the best prevailing standards for patients with borderline personality disorder and is carried out by experienced mental health professionals, also considerably reduces symptoms related to PTSD, Depression, Dissociation and BPD, but requires the psychologists to have had many training sessions in DBT and other techniques (M. M. Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991). The fact that there was also a significant decrease of PTSD under the DBT-condition was expected from the literature (Bohus et al., 2004). In the DBT-group the patients were taught how to cope with symptoms of BPD and PTSD, thus the results could possibly reflect new competences in symptom control and self-regulation rather than permanent treatment of these symptoms. Following our core assumptions about the co-occurrence of BPD and PTSD as well as different approaches described above, we assume that DBT helps to reduce or mask the symptoms of PTSD temporarily, while NET has an effect on the underlying associative fear structure and leads to a reorganization and therefore a permanent reduction of PTSD-related complaints. The same seems to be true for dissociative

symptoms. The reduction of the BPD-related symptoms under the NET-condition is in line with preliminary findings (see above), that Narrative Exposure Therapy (NET) causes a habituation of the emotional reaction to trauma-related reminders, a change in the fear network, a reduction of PTSD-symptoms (e.g. intrusions, avoidance, uncontrollable fear and tension, numbing or emptiness, irritability), and also that in addition NET reduces dissociation, therefore fostering stabilization of self and identity. The results indicate that this leads to a reduction of the (overlapping) BPD-Symptoms and to a decrease of emotional instability.

The results are noteworthy with regard to the course of BPD. Current evidence suggest a sizeable rate of remission and PTSD is a risk factor for chronification (Bohus & Schmahl, 2007). The absence of PTSD is a positive predictor of time to remission (Zanarini et al., 2006; Zanarini et al., 2003). Accordingly a substantial reduction of PTSD-symptoms might favour a more positive course in the development of this disorder.

The results of our study demonstrate a progressive decline of symptoms over a period of one year for both treatment groups. Previous investigations with survivors of multiple and continuous trauma demonstrated that Narrative Exposure Therapy more success fully reduced PTSD-related symptoms than any of the more unspecific therapeutic interventions (such as supportive counselling, psychoeducation alone, or stabilisation-based treatments that are typically offered for this target group in the German health care system) (F. Neuner et al., 2009; F. Neuner et al., 2004b). Further research is required to establish which elements in DBT are essential for reducing the borderline symptomatology and how longlasting the effects are.

Despite the frequent co-occurrence of BPD and PTSD, few approaches exist for treating PTSD among BPD patients, although a first promising study included suicidal and intentionally self-harming patients in an exposure trial (Harned, 2013). In this approach, the thoughts linked to the traumatic experiences are related to negative emotional states and inner conflicts (e.g. shame, feelings of guilt, extreme tension), which can lead to dangerous acting out. As a result of this acting out, complex trauma patients rarely receive trauma-focussed interventions because they are deemed too unstable to manage these. Dialectical Behavior Therapy, the most empirically supported treatment available for BPD, recommends the use of exposure to treat PTSD, but does not include a protocol specifying when or how to do this

(Harned, 2013). In line with these assumptions, in our study some patients reported suicidal thoughts, states of tension and temporary urges to self-harm before disclosure of the traumatic events. However focusing on and re-experiencing representations of the trauma in memory finally leads to relief. With the help of the therapist, these negative states associated with the trauma memories could be overcome and changed by continuously placing them in the past. There was an obvious decline in self harm behaviour and ideation over time, observed at follow up. Severely dissociative patients showed some confusion and amazement at their intruding memories and accessed more, increasingly coherent trauma material, after they had overcome their hyperinhibition ('amnesia of traumatic events') (Lanius et al., 2010; Schauer & Elbert, 2010), but also felt a great relief due to integration taking place and a significant reduction of dissociative symptoms as well as the feeling of eventually being more orientated in the present. In this way, trauma focused therapy in itself had a stabilising influence on these patients.

Although most patients in this study struggled with psychosocial problems (e.g. unemployment, difficult relationships) that had existed for a long time and couldn't be changed within a short intervention, patients still benefitted from treatment and showed elevated levels of functioning.

11.6. Limitations

The design was an open trial with a limited sample size. The limited sample size poses a problem for the detection of potential and differential effects on the change in symptoms, especially as there is a considerable variance in the symptom profiles of these patients. The organisation of the trial within the clinic meant that it was not possible for assessors to be blind with respect to the group assignment. This may have biased their ratings in either direction. However, the parallel change in the self-report of the patients suggests that this effect was controlled.

11.7. Conclusions

Results suggest that Narrative Exposure Therapy is a highly accept treatment for patients with BPD and PTSD (see table 4). The intervention is safe to administer, and shows promising results for this complex and high-risk patient population. Even with less training and treatment sessions than standard treatment, NET seems as

effective as the currently offered DBT in Germany in reducing PTSD-Symptoms and symptoms of depression, dissociation and typical symptoms associated with BPD (e.g. emotional instability). Future trials need to determine the point at which the NET module is most effective within the overall treatment regime of severe and complex trauma survivors.

Table 4: Conclusions for practical use

Consequences for treatment

- NET can be used as a trauma-focused short-term intervention to treat (female) patients suffering from borderline personality disorders.
 - Memory and self-healing processes are stimulated.
 - NET is possible for both in-hospital and outpatients.
 - NET is a valuable tool for the treatment of BPD.
-

12. Literatur

- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 63-68.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A.T., Rush, A. J., & Shaw, B. J. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Beutel, M., & Subic-Wrana, C. (2012). Stabilisierung bei komplexer posttraumatischer Belastungsstörung: Vorbereitung oder Vermeidung der Traumakonfrontation. *Psychotherapeut*, 57, 55-57.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research Therapy*, 45(9), 2212-2220. doi: S0005-7967(06)00293-2 [pii]
10.1016/j.brat.2006.12.006
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104. doi: 190/2/97 [pii]
10.1192/bjp.bp.106.021402
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. (2007). Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen*, 11, 149-153.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., & Steil, R. (2011). Dialektisch behaviorale Therapie für posttraumatische Belastungsstörungen nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 211(61), 140-147.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*, 42(5), 487-499. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00174-8
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. doi: 000173701 [pii]
10.1159/000173701
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., & Stieglitz, R. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51, 201-211.
- Bohus, M., & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie & Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(49), 3345-3352.
- Bohus, M., & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt*, 78(9), 1069-1080.
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 8, 33. doi: 1471-244X-8-33 [pii]

10.1186/1471-244X-8-33

- Clarke, B., & Resick, S. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy, 39*, 72-78.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F., Buchheim, P., & Dammann, G. (2001). *Psychodynamische Therapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference Focused Psychotherapy (TFP)*. Stuttgart: Schattauer.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*(8), 915-924. doi: appi.ajp.2010.09081247 [pii]
- 10.1176/appi.ajp.2010.09081247
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R.C., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt, 73*, 820-829.
- Dyer, A., Priebe, K., Steil, R., Krüger, A., & Bohus, M. (2009). Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit Störungen der Emotionsregulation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 41*(2), 283-307.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behavior and Research Therapy, 43*(4), 413-431. doi: S0005-7967(04)00088-9 [pii]
- 10.1016/j.brat.2004.03.006
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H., & Foa, E. B. (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)*. Oxford: Warneford University Hospital, Department of Psychiatry.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems
- Foa, E. B., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(5), 715-723.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C., Stieglitz, R. D., Kuhn, G., Magdeburg, N., & Bernstein-Carlson, E. (1998). Questionnaire on dissociative symptoms. German adaptation, reliability and validity of the American Dissociative Experience Scale (DES). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 48*(6), 223-229.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen)*. Göttingen: Hogrefe.

- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, *160*(11), 2018-2024.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(4), 533-545. doi: ej07m03916 [pii]
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *23*, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social Psychology*, *6*(4), 278-296.
- Harned, M. S. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid borderline personality disorder: integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure. In E. A. Storch & D. McKay (Eds.), *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders*. New York: Springer.
- Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(4), 421-429. doi: 10.1002/jts.20553
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(6), 381-386. doi: S0005-7967(12)00038-1 [pii]
10.1016/j.brat.2012.02.011
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Treatment of victims of war and torture: a randomized controlled comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*, 345-352. doi: 10.1159/000327253
- Hesbacher, P. T., Rickels, K., Morris, R. J., Newman, H., & Rosenfeld, H. (1980). Psychiatric illness in family practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, *41*(1), 6-10.
- Jacob, G.A., & Lieb, K. (2007). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatrie und Psychotherapie Up2date*, *1*, 61-77.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., & Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Treatment history of women with borderline personality disorder). *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, *66*, 545-552.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, *167*(6), 640-647. doi: appi.ajp.2009.09081168 [pii]
10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, *364*(9432), 453-461. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16770-6
S0140673604167706 [pii]

- Linehan, M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph*, 137, 201-216.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M., Tutek, D., Heard, H., & Armstrong, H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771-1776.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C. C., Fournier, D., Schnurr, P. P., & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524. doi: 2005-06517-014 [pii] 10.1037/0022-006X.73.3.515
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gotzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340, c869. doi: 10.1136/bmj.c869
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- National_Institute_for_Clinical_Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (Vol. 26). London: Gaskell & the British Psychological Society
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung und Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*(18), 109-118.
- Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2009). Narrative Exposition. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (pp. 301-350). Heidelberg: Springer.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2009). Can asylum seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 81-91.
- Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2008b). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694. doi: 2008-09736-014 [pii] 10.1037/0022-006X.76.4.686
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004a). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4, 34. doi: 1471-244X-4-34 [pii] 10.1186/1471-244X-4-34
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004b). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african

- refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579-587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579
- 2004-16970-003 [pii]
- Pabst, A., Aldenhoff, J., Schauer, M., Ruf, M., Elbert, T., & Seeck-Hirschner, M. (2012). Behandlung von Borderline Störungen mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung. Anwendung der narrativen Expositionstherapie (NET). *Nervenheilkunde*, 31, 645-652.
- Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf, M., Goder, R., Elbert, T., Rosentraeger, R., Robjant, K., Aldenhoff, J., & Seeck-Hirschner, M. (submitted). Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for Borderline Personality Disorder with comorbid Posttraumatic Stress Disorder. *BMC Psychiatry*.
- Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf, M., Goder, R., Rosentraeger, R., Elbert, T., Aldenhoff, J., & Seeck-Hirschner, M. (2012). Treatment of patients with borderline personality disorder and comorbid posttraumatic stress disorder using narrative exposure therapy: a feasibility study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 61-63. doi: 10.1159/000329548
- Paris, J. (2003). *Personality Disorders over Time*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111(5), 343-352.
- Peleikis, D. E., & Dahl, A. A. (2005). A systematic review of empirical studies of psychotherapy with women who were sexually abused as children. *Psychotherapy Research*, 15(3), 304-315
- Reddemann, L. (2011). Stabilisierung in der Traumatherapie. Eine Standortbestimmung. *Trauma & Gewalt*, 3, 256-263.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-756.
- Richter, R. (2012). Borderline-Patienten psychotherapeutisch behandeln BPtK-Symposium "Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung" (BPtK-Newsletter). Retrieved 12.04.2013, from BPtK www.bptk.de
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, in press.
- Röhling, Karen. (2008). *Krisenintervention bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung : Evaluation der stationären, DBT-orientierten Krisenintervention im Vergleich mit herkömmlichen Ansätzen*. unv. Dissertation. Philosophische Fakultät. Cristian-Albrechts-Universität zu Kiel. Retrieved from http://eldiss.uni-kiel.de/macau/receive/dissertation_diss_00003194
- Ruf, M., & Schauer, M. (Eds.). (2011). *Facing childhood trauma: From Narrative Exposure Therapy to Media Based intervention*. New York: Nova Science Publishers
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative Exposure Therapy for 7 to 16-year-olds - a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 437-445.

- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen Textrevision – DSM-IV-Tr.* Göttingen: Hogrefe.
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative Exposure Therapy versus group Interpersonal Psychotherapy – a controlled clinical trial with orphaned survivors of the Rwandan genocide *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 298-306.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *Journal of Psychology*, 218(2), 109–127.
- Schauer, M., Elbert, T., Gotthardt, S., Rockstroh, B., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn. *Verhaltenstherapie*, 19, 96-103.
- Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2007). Interaktion von Neurowissenschaftlichen Erkenntnissen und Psychotherapeutischen Einsichten am Beispiel von Angst und traumatischem Stress *Wie wirkt Psychotherapie: Forschungsgrundlagen für die Praxis* (pp. 87-108). Stuttgart/New York: Thieme-Verlag.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders* (2nd ed.). Cambridge/Göttingen: Hogrefe&Huber Publishers.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Steil, R. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of traumatic stress*, 24(1), 102-106.
- Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels, K., & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, 144, 395-399.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL, USA: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832. doi: 10.1176/appi.ajp.163.5.827
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(1), 28-36.
- Zlotnick, C., Franklin, C. L., & Zimmerman, M. (2002). Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment? *American Journal of Psychiatry, 159*(11), 1940-1943.