

Universität Hamburg

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

(Direktor: Prof. Dr. med. D. Naber)

des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

**Naltrexon in der Behandlung von Patienten
mit Borderline-Persönlichkeitsstörung**

-

**Nutzen, Risiken und Wechselwirkungen mit
psychosozialen Einflüssen und Psychotherapie**

Inaugural-Dissertation

Zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

Dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Thomas Bolm

aus Braunschweig

Hamburg, 2001

Angenommen von dem Fachbereich Medizin

der Universität Hamburg am 08. Januar 2002

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin

der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. C. Wegener

Referent: Prof. Dr. D. Naber

Korreferent: ----

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
1.1	BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	5
1.1.1	<i>Begrifflichkeit</i>	5
1.1.2	<i>Diagnosekriterien</i>	5
1.1.3	<i>Häufigkeit</i>	7
1.2	DISSOZIATIONEN BEI BPS	8
1.2.1	<i>Exkurs: Dissoziation</i>	8
1.2.2	<i>Dissoziative Symptome bei BPS</i>	8
1.2.3	<i>Häufigkeit von Dissoziationen bei BPS</i>	9
1.3	ÄTIOLOGIE	9
1.3.1	<i>BPS als Traumafolgeerkrankung</i>	9
1.3.2	<i>Neurobiologie</i>	11
1.4	ANFORDERUNGEN AN EINE BPS-THERAPIE	12
1.4.1	<i>Psychotherapie</i>	13
1.4.2	<i>Pharmakotherapie</i>	13
1.5	STAND DER FORSCHUNG	14
1.5.1	<i>Der Opiatantagonist Naltrexon</i>	14
1.5.2	<i>Offene Fallstudien mit NTX bei BPS und PTSD</i>	15
1.5.3	<i>Zusammenfassung der Literatur</i>	20
1.6	FRAGESTELLUNG	22
2	EIGENE KLINISCHE BEOBACHTUNGEN	22
2.1	METHODEN	22
2.2	RECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN	26
2.3	KASUISTIK 1	27
2.3.1	<i>Vorbehandlung</i>	27
2.3.2	<i>Erster Eindruck</i>	27
2.3.3	<i>Initiale Beschwerdeschilderung</i>	27
2.3.4	<i>Psychopathologie zu Behandlungsbeginn</i>	28
2.3.5	<i>Anamnese</i>	28
2.3.6	<i>Soziale Situation zu Behandlungsbeginn</i>	29
2.3.7	<i>Diagnose zu Behandlungsbeginn</i>	29
2.3.8	<i>Therapie</i>	30
2.3.9	<i>Behandlungsergebnis</i>	33
2.4	KASUISTIK 2	36
2.4.1	<i>Vorbehandlung</i>	36
2.4.2	<i>Erster Eindruck</i>	36
2.4.3	<i>Initiale Beschwerdeschilderung</i>	36
2.4.4	<i>Psychopathologie zu Behandlungsbeginn</i>	37
2.4.5	<i>Anamnese</i>	37
2.4.6	<i>Soziale Situation zu Behandlungsbeginn</i>	38
2.4.7	<i>Diagnose zu Behandlungsbeginn</i>	38
2.4.8	<i>Therapie</i>	39
2.4.9	<i>Behandlungsergebnis</i>	41
2.5	KASUISTIK 3	43
2.5.1	<i>Vorbehandlung</i>	43
2.5.2	<i>Erster Eindruck</i>	43
2.5.3	<i>Initiale Beschwerdeschilderung</i>	43

2.5.4	<i>Psychopathologie zu Behandlungsbeginn</i>	43
2.5.5	<i>Anamnese</i>	44
2.5.6	<i>Soziale Situation zu Behandlungsbeginn</i>	44
2.5.7	<i>Diagnose zu Behandlungsbeginn</i>	45
2.5.8	<i>Therapie</i>	45
2.5.9	<i>Behandlungsergebnis</i>	48
2.6	KASUISTIK 4	51
2.6.1	<i>Vorbehandlung</i>	51
2.6.2	<i>Erster Eindruck</i>	51
2.6.3	<i>Initiale Beschwerdeschilderung</i>	51
2.6.4	<i>Psychopathologie zu Behandlungsbeginn</i>	52
2.6.5	<i>Anamnese</i>	52
2.6.6	<i>Soziale Situation zu Behandlungsbeginn</i>	53
2.6.7	<i>Diagnose</i>	53
2.6.8	<i>Therapie</i>	54
2.6.9	<i>Behandlungsergebnis</i>	56
2.7	KASUISTIK 5	58
2.7.1	<i>Vorbehandlung</i>	58
2.7.2	<i>Erster Eindruck</i>	58
2.7.3	<i>Beschwerdeschilderung</i>	58
2.7.4	<i>Psychopathologie zu Behandlungsbeginn</i>	59
2.7.5	<i>Anamnese</i>	59
2.7.6	<i>Soziale Situation zu Behandlungsbeginn</i>	60
2.7.7	<i>Diagnose</i>	60
2.7.8	<i>Therapie</i>	61
2.7.9	<i>Behandlungsergebnis</i>	62
2.8	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	63
3	DISKUSSION	67
3.1	VERGLEICH DER EIGENEN UNTERSUCHUNG MIT DER LITERATUR	67
3.1.1	<i>Studiendesign</i>	67
3.1.2	<i>Ergebnisse</i>	68
3.2	AUSBLICK	74
3.3	ZUSAMMENFASSUNG	75
4	LITERATURVERZEICHNIS	77
5	DANKSAGUNG	85
6	LEBENS LAUF	86
7	ERKLÄRUNG	87

1 Einleitung

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörungen

1.1.1 Begrifflichkeit

Die Bezeichnung „Borderline“ für die Kennzeichnung schwierig zu behandelnder Krankheitsbilder zwischen Neurose und Psychose hat eine lange Tradition. Erstmals wird in diesem Zusammenhang von Hughes (1884) der Begriff „Borderland“ verwendet. Seit Mitte des letzten Jahrhunderts wurde dann „Borderline“ in den psychiatrisch-psychoanalytischen Sprachgebrauch aufgenommen (Kind, 2000).

Heutzutage verwendet man die Bezeichnung „Borderline“ überwiegend in zwei verschiedenen Zusammenhängen:

- a. Im Sinne einer bestimmten Persönlichkeitsorganisation, wie sie erstmals von Kernberg (1967) aus einem psychoanalytischen Verständnis heraus beschrieben wurde, und
- b. als eine Gruppe von Persönlichkeitsstörungen, die in den modernen Klassifikationssystemen DSM IV und ICD 10 über ihre Psychopathologie definiert ist.

Die vorliegende Untersuchung benutzt die letztere, psychopathologisch-deskriptive Definition und gebraucht deshalb den diagnostischen Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS).

1.1.2 Diagnosekriterien

Die im DSM IV (American Psychiatric Assoziation, 1996) aufgeführten Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung lauten:

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein.

1. Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder – drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Nach den Forschungskriterien der ICD 10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991) ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eine Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen. Die Merkmale lauten:

- a) Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung müssen erfüllt sein.
- b) Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:
 1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;

2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
5. unbeständige und unberechenbare Stimmung.

Borderlinespezifisch müssen zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen vorliegen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschliesslich sexueller);
2. Neigung, sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung;
5. anhaltende Gefühle von Leere.

1.1.3 Häufigkeit

Studien an Nordamerikanern und Deutschen ermittelten eine Prävalenz der BPS von 1,3 bis 2,1 % der Bevölkerung (Maier et al., 1992; Reich et al., 1989; Swartz et al., 1990). Diese Untersuchungen legten die Kriterien des DSM III bzw. DSM III R zugrunde.

In den USA waren Ende der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts ca. 15 % der stationären und 8 % der ambulanten Psychiatriepatienten an einer BPS erkrankt (Widiger u. Weissman, 1991; Widiger u. Trull, 1992).

1.2 Dissoziationen bei BPS

1.2.1 *Exkurs: Dissoziation*

Ein wesentlicher Bestandteil des menschlichen Selbsterlebens ist seine Vielgestaltigkeit. Diese kann belebend und bereichernd sein, z.B. beim gesunden, noch Ich-gesteuerten Bewusstseinszustand der Faszination durch einen kreativen Prozess oder ein inneres Geschehen.

Wenn aber der Kontakt zum eigenen Denken, Fühlen, Wahrnehmen und Handeln fehlt oder eingeschränkt ist, dann ist dies meist sehr beängstigend und beeinträchtigt erheblich die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung. Ein solchermaßen inkohärentes seelisches oder körperliches Erleben wird Dissoziation genannt.

Die Verbindung zum Selbsterleben kann teilweise beeinträchtigt sein, es kann aber auch der Kontakt zur eigenen seelischen, körperlichen und sozialen Gesamtexistenz verloren gehen. Dann führt Dissoziation zum Aufgespaltensein in verschiedene Scheinidentitäten, zur dissoziativen Identitätsstörung. Die schwersten Formen schliesslich finden sich als Fragmentierung bei manchen schizophrenen Patienten (Scharfetter, 2000).

All diese Erscheinungsformen von Dissoziation haben gemeinsam eine psychosoziale Aktivierung innerer Regelsysteme, welche dann dysfunktional entgleisen und sich verselbständigen können.

1.2.2 *Dissoziative Symptome bei BPS*

Patienten¹ mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) leiden häufig an ausgeprägten Dissoziationen, wobei diese Symptomatik nur im DSM IV-Merkmalkatalog auftaucht (s.o.) und im System der ICD 10 gesondert in der Gruppe der dissoziativen Störungen oder als Depersonalisations- und Derealisationssyndrom klassifiziert wird. (American Psychiatric Assoziation, 1996; Weltgesundheitsorganisation, 1991).

Dissoziative Symptome führen z.B. dazu, dass Patienten sich selbst verletzen, um sich wieder besser spüren zu können. Oder Dissoziationen lösen aus, dass bildhaft gespeicherte traumatische Erinnerungen, sogenannte „Flash backs“,

¹ Wie üblich verwende ich bei Verallgemeinerungen das Maskulinum. Dies geschieht lediglich aus Gründen der Konvention, denn über Dreiviertel aller BPS-Patienten sind Frauen (Sachsse, 1987).

das Denken überfluten. Diese Flash backs können ihrerseits wieder soviel Angst hervorrufen, dass die Patienten erneut dissoziieren.

Mit Selbstverletzungen oder manipulativem Einbeziehen anderer Personen in ihr Leid rufen Patienten entsprechend hilflose, wütende oder zynische Reaktionen hervor. Auch das sind Auslöser für neuerliche Traumaerinnerungen. Wiederholtes Erleben führt dann zu schweren Depressionen.

Durch beeinträchtigtes Selbsterleben verstellen Dissoziationen erheblich den therapeutischen Zugangsweg für neue verändernde Erfahrungen und limitieren damit den gesamten Therapieerfolg.

1.2.3 Häufigkeit von Dissoziationen bei BPS

Dissoziative Phänomene sind bei der BPS häufig: Depersonalisation und Derealisation werden in 36% bzw. 30% der Fälle gefunden (Zanarini et.al., 1990). Fasst man alle mittelschweren bis schweren dissoziativen Symptome zusammen, dann kommen sie bei ca. 60 % der BPS vor (Zanarini et al., 2000). Psychotische Symptome als weitreichenste Form von Dissoziation sind ebenfalls häufig bei BPS (Zanarini et al., 1990; Mentzos, 2000).

BPS und komplexe posttraumatische Stresserkrankung (PTSD) überschneiden sich in weiten Teilen ihres Symptomenspektrums, gerade auch in denjenigen, die mit Dissoziationen gekoppelt sind. Komorbiditätsuntersuchungen geben die Häufigkeit von PTSD bei BPS mit einem Drittel an (Swartz et al., 1990). Bei Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung liegt zu 70% auch eine BPS vor (Horevitz u. Braun, 1984).

1.3 Ätiologie

1.3.1 BPS als Traumafolgerkrankung

Die o.g. Komorbiditätsuntersuchungen bestätigen eine Sichtweise, die bereits Ferenczi (1933) in seinem berühmten Vortrag „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind“ vorgestellt hat. Er postulierte einen ursächlichen Zusammenhang zwischen sexueller Missbrauchserfahrung und Dissoziation:

„Häufen sich im Leben des heranwachsenden Menschen die Erschütterungen (durch sexuelle Angriffe), so wächst die Zahl und die Varietät der Abspaltungen, und bald wird es einem recht schwer gemacht, den Kontakt mit den Fragmenten, die sich alle wie gesonderte Persönlichkeiten betragen, einander aber meist gar nicht kennen, ohne Konfusion aufrechtzuerhalten. Schließlich mag es zu einem Zustand kommen, den man, das Bild von der Fragmentierung fortsetzend, getrost Atomisierung nennen kann (...).“ (Ferenczi, 1933)

Doch blieben solche Gedanken lange verpönt. Traditionelle Entstehungsmodelle für BPS betonten bis vor 20 Jahren mehr die intrapsychischen Vorgänge, insbesondere die Triebkonflikte (Dulz, 2000; Kind, 2000).

Erst nach dem Vietnamkrieg wurden Hypothesen, wie Ferenczi sie formulierte, langsam wieder aktuell. BPS als komplexe posttraumatische Folgeerscheinung (Herman u. van der Kolk, 1987) kam in den Blick, als Beobachtungen von Holocaustüberlebenden, Vietnamveteranen und anderen Gewaltopfern erstaunliche Parallelen zu Borderlinepatienten zeigten. In den Lebensgeschichten von BPS-Patienten fanden sich zu 60-90% extreme Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in Verbindung mit seelischer Vernachlässigung. Nur bei 10% konnte Gewalt sicher ausgeschlossen werden (Paris, 2000; Dulz u. Jensen, 2000).

Nach extremem und lebensbedrohlichem Stress zeigten sie fortgesetzte und massive Angstzustände, Depressionen, Hypervigilanz, Selbstschädigungen verschiedenster Art, Flash backs und Dissoziationen. Sie erwarteten von anderen Menschen häufig allmächtige Hilfe oder vernichtende Zerstörung.

Van der Kolk (1999) schreibt zusammenfassend über Dissoziationen bei BPS und posttraumatischen Prozessen:

„Dissoziation ist hoch korreliert mit dem Ausmaß der Borderlinepathologie als auch mit der Schwere des Kindheitstraumas. Dissoziation ist ein Weg, Situationen mit nicht entrinnbarem schweren Stress zu bewältigen; sie besteht aus einer inneren Wahrnehmungseinengung, die es einer Person erlaubt, sich von der Wirklichkeit psychischen und somatischen Disstresses abzulösen. Oft ist sie begleitet von Analgesie und Gedächtnisstörung für die leidvolle Erfahrung. Die Forschung hat aufgezeigt, dass Menschen, die gelernt haben, Dissoziation als Stresscoping zu benutzen, diese Abwehr immer wieder verwenden, auch wenn die Situation inzwischen gar nicht mehr unentrinnbar stressvoll ist. Es scheint so, dass Dissoziation leicht ein konditioniertes Antwortverhalten wird: Stress führt automatisch zur Dissoziation - zu Aussteigen und Erinnerungsverlust.“

In diesem Zustand fühlt sich die Person abgestumpft und beziehungslos, und Bezugspersonen tendieren dazu, erheblich frustriert darüber zu sein, dass der Patient unfähig ist, angemessen zu reagieren und „verantwortlich zu sein“. Unsere eigenen Forschungen haben ergeben, dass die Gefühle von Kontrollverlust und von mentaler und physischer Analgesie extrem unangenehm für die Patienten sind, die oft hervorbeben, dass selbstverletzendes Verhalten ihnen hilft, aus diesem mentalen Zustand wieder herauszukommen.“(van der Kolk, 1999)

Dies konnte durch neueste Stichprobenuntersuchungen an Kindern und Jugendlichen mit Missbrauchserfahrung bestätigt werden (Kisiel u. Lyons, 2001; Simeon et al., 2001).

Van der Kolk und seine Mitarbeiter haben nach den Erkenntnissen der 80-er Jahre ihre Untersuchungen ausgeweitet auf stressphysiologische Parameter. Sie sind daraufhin zu einem Modell gekommen, das die BPS und die PTSD als „funktionelle Gehirnpsychosomatose“ nach extremer Gewalterfahrung ansieht.

1.3.2 Neurobiologie

Das Gehirn selektiert neue Informationen ständig nach ihrer Wichtigkeit und Dringlichkeit und stimmt sie mit bereits gespeicherten Daten ab. Der Thalamus ist die Schaltstelle für die eintreffenden sensorischen Informationen. Der Hippocampus kann den Zugriff zu raum-zeitlich geordneten Erinnerungen herstellen. Die Amygdala ist wesentlich an der Verarbeitung von Emotionen und Erinnerungen beteiligt. Hier wird die Wichtigkeit bewertet, insbesondere in bezug auf Angstausslösung und Kampf- oder Fluchtbereitschaft. Das Frontalhirn erfüllt wichtige Funktionen in der Integration von Informationen, insbesondere für Lernvorgänge und Planung künftiger Handlungen.

Mässiggradiger Stress aktiviert die genannten Hirnareale. Bei lebensbedrohlichen Ereignissen aber wird der kontinuierliche Informationsfluss durch die Wirkung einer Flut von Neurotransmittern und Hormonen, die den Organismus mobilisieren, gestört.

Adrenalin und Noradrenalin erhöhen die Kampf- und Fluchtbereitschaft in Notsituationen. Bei den Traumafolgeerkrankungen werden Ängste und Übererregbarkeit mit adrenerger Aktivität in Verbindung gebracht, während Dopamin und Serotonin an der Entstehung von impulsiver (Auto-)

Aggressivität beteiligt sind (Koenigsberg u. Siever, 2000).

Das cortikotrope System ist bei extremer Dauerbelastung damit überfordert, die Stressreaktion zu dämpfen. Vieles deutet auf eine Entspeicherung der Nebennierenrinde und Dysregulierung der Steuerungszentren hin (Ehlert u. Hellhammer, 2000; Heim et al., 2001). Es gibt hier evtl. Zusammenhänge zu eingeschränkter Neuroplastizität und damit Lernfähigkeit (Hüther, 1998; 2000). Die stressaktivierte hypothalamisch-hypophysäre Achse wiederum regt die Endorphinproduktion an.

Mit dem endogenen Opiatsystem werden die dissoziativen Phänomene und Selbstverletzungen in Verbindung gebracht. Ausgangslage ist, dass bei Selbstverletzern erhöhte Metenkephalinspiegel als Zeichen eines erhöhten Opiatstoffwechsels gefunden wurden. Nach erfolgreicher Therapie normalisierten sich die Spiegel wieder (Coid et al., 1983).

Weiterführende Interpretationen der Rolle der Endorphine sind jedoch widersprüchlich. Es gibt einerseits Hinweise für eine Erhöhung der Opiatausschüttung durch Selbstverletzung. Das würde zu einer Linderung dysphorischer Stimmung führen und weiteres selbstverletzendes Verhalten belohnen (Favazza, 1987; 1989; Winchel u. Stanley, 1991). Andererseits könnten grosse Mengen endogener Opiate auch als Nebenprodukt der Stresshormondysregulation entstehen. Diese Endorphine würden die dissoziative Symptomatik hervorrufen, und Selbstverletzungen wären dann als probates Mittel der Patienten anzusehen, diese quälenden Zustände zu beenden (Sachsse, 1987; 2000; Bolm u. Piegler, 2001).

1.4 Anforderungen an eine BPS-Therapie

Für die Informationsverarbeitung im Gehirn hat die Transmitter- und Hormondysregulation bei Traumatisierten katastrophale Folgen. Positronen-Emissions-Tomographie-Untersuchungen (PET) belegen, dass Flash backs, die durch spezifische Reize ausgelöst werden, zwar die Amygdala und die Stressphysiologie des Körpers sofort aktivieren, aber nicht zum Broca-Sprachzentrum und zum Frontalhirn weitergeleitet werden (Rauch, 1996; van der Kolk, 1998). Traumaopfer können also häufig das Erlebte nicht in einen

Kontext stellen, sondern erleben ihre Erinnerungen bruchstückhaft in einzelne Sinnesqualitäten aufgespalten. Sie können keinen sprachlichen Ausdruck dafür finden, denn ihre Gehirnfunktionen sind entkoppelt.

Eine BPS-Therapie muss hier Veränderungen bewirken.

1.4.1 Psychotherapie

BPS-Psychotherapien stehen vor einer komplizierten Aufgabe:

Wenn Patienten fast zwangsläufig ihre verinnerlichte Erfahrung von Gewalt und Grenzüberschreitung reinszenieren, dann muss ihnen ein Umgang damit angeboten werden, der sich deutlich positiv von den früheren pathogenen Lebensumständen unterscheidet. Das betrifft einerseits die notwendige Sicherung des therapeutischen Rahmens und andererseits die Intensität von Affekten. Diese muss noch zu bewältigen sein, damit Spielraum für positive Veränderungen bleibt.

Wenn zuvor abgekoppelte Gehirnfunktionen wieder integrativ genutzt werden sollen, dann müssen Patienten auch ihre Traumatisierungen anschauen und zur Sprache bringen. Dafür wiederum müssen sie zwar ein abgemildertes, aber der Traumatisierung doch ähnliches Zusammenspiel von Affekten und Kognitionen erleben. Jedes Wiedererleben kann aber potentiell zur Retraumatisierung werden, auch Erinnern in der Therapie. Wenn bei bestimmten Patienten schon bei Vorboten einer Stressreaktion sämtliche traumaassoziierten physiologischen Reaktionen bis hin zur Dissoziation ausgelöst werden, dann endet jedes solcher Erlebnisse in einem erneuten Zustand ohnmächtigen Schreckens.

Die Retraumatisierung kann also nur vermieden werden, wenn der Teufelskreis von Flash backs, Dissoziationen, Sprachlosigkeit und Selbstschädigung unterbrochen wird. Das kann mit psychotherapeutischen Mitteln gelingen, macht bei schweren Verläufen aber zusätzliche psychopharmakologische Hilfe unentbehrlich.

1.4.2 Pharmakotherapie

Weil die BPS ein so vielgestaltiges Krankheitsbild zeigt, müssen Vorstellungen scheitern, mit einer Monotherapie ein spezifisches Kernsymptom aller BPS behandeln zu können. Die Pharmakotherapie der BPS wird deshalb heutzutage „symptomorientiert“ (Schmahl u. Bohus, 2001)

durchgeführt.

Breit gefächerte Studienergebnisse liegen zu Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepinen und Stimmungsstabilisatoren vor (Kapfhammer, 1999; Moleman et al., 2000; Schmahl u. Bohus, 2001).

Lange Zeit war jedoch gerade die psychotherapeutisch so schwer erreichbare dissoziative Symptomatik nicht spezifisch mit Medikamenten behandelbar. Erst in den letzten Jahren haben vereinzelte Berichte über den Einsatz von Opiatantagonisten Hoffnungen geweckt, auch in diesem Sektor pharmakologisch behandeln zu können.

1.5 Stand der Forschung

1.5.1 Der Opiatantagonist Naltrexon

Naltrexon (NTX) ist ein nicht-selektiver Opiatantagonist (Dhawan et al., 1996). Seine maximale Plasmakonzentration wird bereits $\frac{1}{2}$ Stunde nach Einnahme erreicht, die Eliminationshalbwertszeit im Plasma beträgt etwa 4 Stunden, die des wirksamen Metaboliten 6-Beta-Naltrexol 13 Stunden (Poser u. Ehrenreich, 1996).

Aussagekräftiger für den Wirkungsverlauf als die Halbwertszeiten im Plasma sind die Halbwertszeiten der Rezeptorblockade im Gehirn. Bei gesunden Freiwilligen konnte mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) gezeigt werden, dass die Plasmaspiegel von NTX die tatsächliche μ -Rezeptorblockade im Gehirn nur ungenügend widerspiegeln, die wesentlich länger anhält. Die Halbwertszeit der Opiatrezeptorenblockade beträgt zwischen 72 und 108 Stunden. Bei einer oralen Dosis von zweitägig 50 mg sind nach 48 Stunden noch 70 bis 80% der Opiatrezeptoren im Gehirn blockiert. Auch deuten die Studienergebnisse darauf hin, dass eine Dosis von 50 mg NTX täglich zu weit höheren Blutspiegeln führt, als zur totalen Blockade der Opiatrezeptoren bei Gesunden nötig sind. (Lee, 1988).

Bemerkenswert gering ist die Wirkung von NTX bei gesunden Personen ausserhalb extremer Stressbelastung und ohne Drogenvorgeschichte. Hier hat die Substanz keinen Einfluss auf das Verhalten, die Sinneswahrnehmung, die Stimmung oder Kognitionen (Berg, 1996).

NTX hemmt unspezifisch sowohl die Wirkung endogener als auch exogener Opiate. Deshalb wird es in der Nachbehandlung nach Drogenentgiftung eingesetzt. Weil hinreichend Behandlungserfahrungen mit dieser Substanz zur Verfügung stehen (Shufman et al., 1994), ist NTX für die Nachbehandlung nach Opiatentgiftung in Deutschland zugelassen.

1.5.2 *Offene Fallstudien mit NTX bei BPS und PTSD*

Bills u. Kreisler (1993) veröffentlichten die ersten Behandlungsergebnisse mit NTX bei 2 stationären Patienten mit PTSD. Ihr Hauptaugenmerk galt den Flash backs.

Nach einem Grubenunglück litt ein 45-Jähriger unter intrusiven Albträumen und Flash backs. Am zweiten Tag nach Beginn der Gabe von täglich 50 mg NTX berichtete er über eine Halbierung der Flash-back-Häufigkeit. Die Besserung hielt an, konnte aber durch Dosiserhöhung auf täglich 100 mg nicht weiter gesteigert werden. Jedoch fühlte er sich euphorisch und „out of it“. Als er nach zwei Wochen NTX absetzte, war die Flash-back-Häufigkeit sofort wie vor der Einnahme. Wiederansetzen zeigte denselben Erfolg wie zuvor.

In einem zweiten Fall, einer 33-jährigen Frau mit dissoziativer Identitätsstörung, PTSD, Major Depression und ohne Drogenanamnese, führten täglich 50 mg desselben Opiatantagonisten zu ähnlichen Erfolgen. Die Frau klagte über Suizidgedanken, ausgelöst durch Bilder voller bluttriefender Inhalte, die von den Autoren als Flash backs interpretiert wurden. Nach NTX-Gabe verringerte sich die Flash-back-Häufigkeit signifikant, und die Patientin konnte sich von ihrer Suizidalität distanzieren. In der ambulanten Weiterbehandlung blieb sie stabil, bis die opiatantagonistische Behandlung aus Kostengründen abgebrochen werden musste und die Flash backs so häufig wie zu Beginn auftraten. Leider machten die Autoren keinerlei Angaben zur Dauer der Behandlung und begleitenden Therapie.

Fine u. Thesen (1993) fanden, dass NTX bei 9 stationär behandelten Kindern und Jugendlichen Stimmung, innere Ruhe, Selbstkontrolle,

Konzentrationsfähigkeit und Sozialverhalten verbesserte. Alle Patienten hatten Lebensgeschichten voll schwerer sexueller oder physischer Gewalterfahrung und erfüllten nach DSM III-R die Kriterien einer PTSD. Auffällig geworden waren sie wegen schwerer Verhaltensstörungen, unterentwickelter sozialer Fertigkeiten oder schlechter Leistungen in der Schule.

Sie hatten nicht oder kaum auf herkömmliche psycho- und pharmakotherapeutische Hilfe angesprochen, bevor NTX eingesetzt wurde. Die Behandlung wurde begonnen mit 25 mg täglich, allmählich auf 75 mg gesteigert und 4 Wochen lang durchgeführt. Das Selbsterleben aller Patienten verbesserte sich in den Bereichen innere Ruhe, Selbstkontrolle und Konzentrationsfähigkeit schon innerhalb der ersten 24 Stunden nach Beginn der NTX-Behandlung. Dem entsprach die Fremdeinschätzung durch das medizinische Personal. Bei zwei Patienten hielt dieser Effekt jedoch nicht länger als einen Tag an, die anderen 7 zeigten eine abgeschwächte Wirkung über die 4-wöchige Behandlungsdauer.

Aus Eltern- bzw. Betreuersicht gab es in 5 Fällen positive Rückmeldungen über Verbesserungen in der Stimmung, im sozialen Umgang, der Mitarbeit und Motivation ihrer Kinder. Viermal jedoch wurde über fehlende oder kaum merkliche Veränderungen berichtet, davon einmal lediglich über Euphorisierung.

Im 3-Wochen-follow-up nach Absetzen von NTX wurden von den Bezugspersonen wiederum in 5 Fällen positive und in 4 Fällen ausbleibende Veränderungen rückgemeldet. Alle positiven Berichte über anhaltende Wirkungen kamen über diejenigen Patienten, die gut in einen stabilen Familienverband eingebunden waren.

Die Frage, ob NTX selbstverletzendes Verhalten lindert, untersuchten erstmalig Roth et al. (1996) in einer offenen Studie an 7 Frauen. Sie waren zwischen 18 und 50 Jahren alt und hatten eine mehrjährige Selbstverletzungsvorgeschichte. Allen gemeinsam war die Kombination selbstverletzenden Verhaltens mit herabgesetztem Schmerzempfinden und Spannungsabfuhr durch das Schneiden. Diese Kombination wurde von den Autoren als typisch für BPS mit sexueller Missbrauchserfahrung in der

Vorgeschichte angesehen. Obwohl nur 3 Patientinnen als BPS diagnostiziert wurden, wies das Diagnosen- und Symptomenspektrum der übrigen 4 auf verwandte Erkrankungen hin.

6 Patientinnen verletzten sich unter mehrwöchiger NTX-Einnahme nicht mehr. Zwei davon hatten zuvor kurzzeitig den Antagonisten abgesetzt, wieder Selbstverletzungsrezidive erlitten und sich dann erst für eine längerfristige Einnahme entschieden. Eine Frau schnitt sich weiterhin, aber signifikant seltener. Das Schmerzempfinden normalisierte sich, die Notwendigkeit der Spannungsabfuhr durch Selbstverletzung liess nach.

Die Autoren selbst räumten selbstkritisch die Beschränkung auf nur diejenigen Selbstverletzerinnen ein, die auch Analgesie und Spannungsreduktion beim Schneiden erlebten. Sie führten die hohe Suggestibilität ihrer Patientinnen als Argument für einen möglichen Placeboeffekt an. Es wurden keine Angaben über die begleitende Psychotherapie und den Follow-up-Status gemacht.

Zusätzlich zur Ebene manifesten selbstverletzenden Verhaltens untersuchten Sonne et al. (1996), wie sich zwanghafte Gedanken an Selbstschädigung unter NTX verändern. 5 Frauen zwischen 26 und 36 Jahren mit BPS nahmen drei Wochen lang an der Untersuchung teil. In der mittleren Woche bekamen 4 Frauen 50 mg NTX täglich, eine wegen enzyminduzierender Komedikation 100 mg täglich. Die begleitende Psychotherapie wurde fortgesetzt.

In 4 von 5 Fällen zeigte sich eine signifikante Verringerung der Zwangsgedanken unter NTX gegenüber dem Ausgangswert und der Nachbeobachtungswoche. Nach Absetzen stieg die Häufigkeit im Sinne eines Rebounds sogar noch über den Anfangswert. Selbstverletzendes Verhalten, zu Beginn bei allen 5 Patientinnen vorhanden, sistierte in 4 Fällen vollständig unter NTX und näherte sich nach Absetzen wieder dem hohen Ausgangswert.

Die Autoren räumten mögliche Placeboeffekte ein. Sie machten keine Angaben zur begleitenden Psychotherapie.

Ein eindrucksvoller Einzelfallbericht wurde von McGee (1997) vorgelegt, der eine BPS-Patientin mit schweren Trauma- und Vernachlässigungserfahrungen

in der Lebensgeschichte parallel zu ihrer jahrelangen Psychotherapie psychopharmakologisch behandelte. Sie litt unter schweren Depressionen, selbstverletzendem Verhalten in beruflichen oder privaten Stresssituationen, Zwangsgrübeln und Alkoholabhängigkeit. Er beschrieb ihr Unterarmschneiden teils als Zwangshandlung und teils als zur Spannungsreduktion dienend, auch in kurzen Zeiten von Alkoholabstinenz.

Unter einer Vormedikation mit 80 mg Fluoxetin täglich waren depressive Stimmung und Zwangsgedanken bereits abgemildert, als er mit der Gabe von 50 mg NTX täglich begann. Im folgenden Jahr hatte sie lediglich noch einen Alkoholrückfall und ein Selbstverletzungsrezidiv in Form oberflächlichen Ritzens in einer extremen Stresssituation. Die Behandlung war zum Veröffentlichungszeitpunkt nicht abgeschlossen, der Autor machte keine Angaben über die Art der begleitenden Psychotherapie.

Im deutschsprachigen Raum legten eine Freiburger Arbeitsgruppe, die stationäre BPS-Behandlung mit dialektisch-behavioralem Schwerpunkt durchführt, und eine Hamburger Arbeitsgruppe mit psychoanalytischem bzw. traumazentriertem Schwerpunkt, zu der auch der Autor der vorliegenden Arbeit gehört, einige Untersuchungen zu NTX vor:

Bohus et al. (1999) untersuchten 13 junge Frauen mit BPS in einer offenen Studie. Im stationären Rahmen wurden bei 9 Patientinnen dissoziative Symptome und – teils überlappend – bei 9 Flash backs erfragt. Dissoziative Symptome wurden unterteilt in Dissoziation, Analgesie, Immobilität und Anspannung. Intensität und Dauer wurden per Selbstbeurteilung erhoben und die täglichen Flash backs von den Patientinnen gezählt. Die Ergebnisse vor NTX-Einnahme und in der zweiten Woche nach Erreichen der endgültigen Dosis wurden verglichen.

Die NTX-Gabe erfolgte für mindestens 2 Wochen und begann frühestens 3 bis 4 Wochen nach der stationären Aufnahme, um Einflüsse der Settingänderung zu minimieren. Die monatelange antidepressive Vormedikation einiger Patientinnen blieb im Beobachtungszeitraum konstant. Zwei Patientinnen benötigten 25 mg NTX täglich, 6 Frauen 50 mg,

dreimal war 75 mg und zweimal 100 mg täglich nötig, bis ein Effekt auftrat.

Die Symptome aller Patientinnen nahmen in bezug auf die meisten untersuchten Kategorien hochsignifikant bis signifikant ab, wenn NTX gegeben wurde. Es gab aber Ausnahmen: Die innere Anspannung blieb insgesamt gleich stark, zwei Patientinnen zeigten vermehrte statt verminderte Analgesie unter NTX und die Verkürzung der Analgesiedauer war insgesamt nicht signifikant. Die Flash backs traten im Mittel zwar signifikant seltener auf, aber bei einem Drittel der Patientinnen hatte sich keine Änderung ergeben.

Die Veränderungen bei der dissoziativen Symptomatik korrelierten negativ mit der notwendigen NTX-Dosis. Die Autoren vermuten deshalb, dass Schwerkranke bereits von geringen Dosierungen profitieren.

Ein positiver Zusammenhang ergab sich zwischen der Anfangshäufigkeit von Flash backs bzw. deren Reduktion und der NTX-Enddosis. Die Autoren gehen wohl unausgesprochen von einem direkten NTX-Effekt auf Flash backs aus, denn sie erwägen bei häufigen Flash backs den Einsatz höherer Dosierungen.

Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit gewann unter NTX durch Verbesserung des Zugangs zu den eigenen Gefühlen, des Gegenwartsbezugs und des Erlernens neuer Verhaltensmuster.

Angaben über die Behandlungszeiträume fehlen, aber über Reboundeffekte nach plötzlichem Absetzen von NTX wurde berichtet.

Aus derselben Arbeitsgruppe kamen Daten über den NTX-Einsatz bei drei BPS-Patientinnen mit dissoziativen Symptomen (Schmahl et al., 1999; Schmahl u. Bohus, 2000). Beeindruckende Wahrnehmungsveränderungen im Sinne einer Intensivierung der Realitätswahrnehmung traten bei allen drei Frauen auf. Auch die Flash backs waren seltener. Zuvor war mehrere Tage ein Symptomenkomplex aus Übelkeit, Schwindel, vermehrtem Schwitzen und Hitzewallungen aufgetreten.

In der ambulanten Langzeitbeobachtung einer dieser Patientinnen kam es nach plötzlichem Absetzen zu Reboundphänomenen. Daraufhin erfolgte wieder eine mehrmonatige Einnahmepériode, unter der aber Dissoziationen

und Selbstschädigungen allmählich wieder häufiger auftraten. Nach langsamem Ausschleichen von NTX hielt aber die grundsätzlich erfolgte Besserung des Zustands an.

Den Aspekt der wechselseitigen Beeinflussung von Medikamentenbehandlung, Psychotherapie und psychosozialem Kontext ergänzten Bolm u. Piegler (2001) in ihrer offenen Fallstudie an 5 ambulanten BPS-Patientinnen mit schweren Dissoziationen und häufigen Selbstverletzungen. Die Autoren untersuchten den Effekt von NTX bei erstmaligem Einsatz für einige Wochen bis Monate.

Die parallel zur NTX-Behandlung erfolgende Psychotherapie wurde definiert, aktuell belastende Lebensumstände in die Verlaufsbeobachtung mit einbezogen.

Keine Patientin hatte ernsthafte Nebenwirkungen unter NTX, drei reagierten auf 25 mg NTX täglich mit deutlich weniger Dissoziationen, Selbstverletzungen und Flash backs und erheblicher Verbesserung der psychotherapeutischen Arbeit. Die positiven Veränderungen im Gesamtverlauf erwiesen sich abhängig vom Sicherheits- und Stabilitätsgefühl der Patientinnen.

1.5.3 Zusammenfassung der Literatur

Die bisherigen Veröffentlichungen über den Einsatz von Naltrexon weisen auf die Aktivierung des endogenen Opiatsystems bei BPS-Patienten mit Dissoziationen, Flash backs und Selbstverletzungen hin. Die unspezifische Blockade der Opiatrezeptoren kann die Häufigkeit und Intensität dieser Symptome deutlich senken, aber nicht bei allen Patienten zu jedem Behandlungszeitpunkt. Die Gründe bleiben offen.

Von den 45 Patienten, inkl. 7 Kindern und Jugendlichen, die in den zitierten Studien NTX bekamen, sprachen 38 (84%) sowohl in ihrer Selbst- als auch Fremdeinschätzung positiv auf die Medikation an.

Von den 38 Erwachsenen mit einer BPS oder einer verwandten Erkrankung reagierten 31 (82%) positiv, bei 15 Patienten davon blieben die Veränderungen auf Teilbereiche der Symptomatik beschränkt.

Die meisten Untersuchungen mit einem Beobachtungszeitraum von einer bis wenigen Wochen erfassten keine Langzeiteffekte unter NTX. Bei Verabreichung über mehrere Monate gab es vereinzelt Hinweise für ein allmähliches Abklingen der Wirkung, d.h. psychophysiologische Gegenregulationsmechanismen.

Sämtliche Studien wurden offen geführt und wiesen geringe Fallzahlen auf. Die Angaben über Setting, parallele Psychotherapie und aktuelle psychosoziale Einflussfaktoren sind bis auf die Mitteilungen der beiden deutschen Arbeitsgruppen lückenhaft, obwohl gerade sie eine wichtige Rolle bei Fallstudien mit geringer Patientenzahl spielen im Gegensatz zu grossen Doppelblindstudien. Ebenfalls dürftig sehen in den meisten Studien die Nachbeobachtungszeiträume aus.

Die Datenlage ist insgesamt in bezug auf NTX bei BPS so spärlich, dass wichtige Übersichtsarbeiten über die Medikamentenbehandlung der BPS (Kapfhammer, 1999, Moleman et al., 2000) die Behandlung dissoziativer Symptome, Selbstschädigungen und Flash backs mit dieser Substanz gar nicht erwähnen.

Nur Schmahl u. Bohus (2001), die einen symptomorientierten medikamentösen Behandlungsansatz der BPS vertreten, diskutieren anhand der vorhandenen Literatur NTX zur Behandlung von Dissoziationen und Selbstverletzungen.

1.6 Fragestellung

Aus den drängenden Behandlungsproblemen bei BPS-Patienten und dem Studium der bisherigen Literatur ergeben sich folgende Fragestellungen, die anhand eigener Patientenbeobachtungen im Datenvergleich mit der Literatur beantwortet werden sollen:

1. Profitiert die Behandlung dissoziativer, selbstverletzender und Flash-back-Symptomatik bei BPS vom Einsatz des Opiatantagonisten NTX?
 - a. Wie verändert sich die Psychopathologie?
 - b. Gibt es Unterschiede zwischen erstmaligem Einsatz und erneuter Gabe zu einem späteren Zeitpunkt?
 - c. Wie wirkt sich die langfristige Gabe aus?
 - d. Wie lange halten die Effekte nach dem Absetzen an?
 - e. Lassen sich die Veränderungen unter NTX bereits zu Beginn der Behandlung vorhersagen?
 - f. Wie verhalten sich die NTX-Wirkung und die Veränderungen der Lebensqualität zueinander?

2. Gibt es Rahmenbedingungen, die für einen Therapieerfolg von NTX erforderlich sind?

3. Welche psychotherapeutischen Behandlungsansätze für BPS bieten diese Rahmenbedingungen an, so dass Psychotherapie und Naltrexonbehandlung zueinander passen?

2 Eigene klinische Beobachtungen

2.1 Methoden

NTX wurde bei 5 ambulanten Patientinnen der Institutsambulanz der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Bethesda – Allgemeines Krankenhaus Bergedorf, gGmbH, vormals Allgemeines Krankenhaus Bergedorf, Hamburg, eingesetzt.

Das Patientenspektrum dieser Institutsambulanz ist gekennzeichnet durch einen wesentlich höheren Anteil von BPS-Patienten, als allgemein unter ambulanz-psychiatrischen Behandlungsbedingungen üblich ist (Widiger u. Weissman, 1991). Schwere bis schwerste Persönlichkeitsstörungen und

Neurosen bilden mit etwa 40 % nach Psychosen die zweitgrösste Diagnosengruppe unter den Ambulanzpatienten. Die langfristig mit Psychotherapie behandelten Patienten haben zu 50 % eine BPS (Bolm, 1995, 2000).

Die Auswahl der Patienten für diese Untersuchung erfolgte nach vier Kriterien:

1. NTX wurde eingesetzt, wenn die Erkrankung so schwer verlief, dass mit herkömmlichen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungsmethoden in hinreichender Dosis und Anwendungsdauer keine befriedigenden Behandlungserfolge bezüglich Dissoziationen und selbstverletzendem Verhalten zu verzeichnen waren.
2. Ein langfristiger Beobachtungszeitraum und häufige Kontakte mussten gewährleistet sein, um beim Einsatz eines für die BPS-Behandlung noch nicht zugelassenen Medikaments eine hinreichende Sicherheit für die Patienten und eine genaue Verlaufsbeobachtung zu ermöglichen. Es nahmen deshalb nur Patienten an der Studie teil, die schon solange in Behandlung der Institutsambulanz waren, dass diese Faktoren sicher einzuschätzen waren.
3. Die Patienten mussten trotz ihrer Grunderkrankung mit der typischen Instabilität der Affekte und Beziehungen eine konstante, positiv getönte Bindung an ihren Therapeuten entwickelt haben, um die NTX-Gabe nicht potentiell paranoid zu verarbeiten.
4. Es durfte keine Opiatabhängigkeit vorliegen, die wegen früherer oder zukünftiger Suchtmittelleinnahme die Verabreichung verhindern oder die Wirkung beeinflussen könnte.

Bei dieser Auswahl handelt es sich etwa um 15 % der BPS-Patienten des Behandlers, sie stellen gleichzeitig auch die Klientel für BPS-Langzeittherapien in der Institutsambulanz, da leichter Erkrankte zu niedergelassenen Psychotherapeuten und Nervenärzten vermittelt werden.

Die kombiniert psychotherapeutisch-medikamentösen Therapien dauerten ein bis vier Jahre lang und werden z.T. noch fortgesetzt. Der Beobachtungszeitraum für diese Studie umfasste ein bis zwei Jahre.

Der NTX-Einsatz erfolgte für mindestens drei Wochen bis maximal zwei Jahre. Untersucht wurden im gesamten Beobachtungszeitraum nicht nur der Ersteinsatz von NTX sondern bei denselben Patientinnen auch die Wirkung eines zweiten und ggfls. dritten Behandlungsversuchs.

Die Psychopharmakotherapie erfolgte symptom- bzw. syndromorientiert. Zur Stimmungsaufhellung, gegen Panikattacken und Zwangssymptome wurden Antidepressiva verabreicht, die Indikation für Neuroleptika und Benzodiazepine bestand in Verbesserung des Reizschutzes, Entängstigung und kurzfristiger Sedierung bei überfordernden Erlebnissen.

NTX wurde als 50 mg Tablette Nemexin® der Firma Dupont Pharma verabreicht.

Die Psychopathologie wurde nach den AMDP-Richtlinien (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 1995) erhoben, die Diagnostik nach DSM IV (American Psychiatric Association, 1996) und den Forschungskriterien der ICD 10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991) durchgeführt. Weil die DSM IV-Klassifikation bzgl. BPS der ICD 10 in Differenziertheit und Präzision deutlich überlegen ist, wird hier der Schwerpunkt der Darstellung gelegt. Das entspricht dem bei der BPS-Diagnostik international üblichen Vorgehen.

Die entsprechende Befunddokumentation erfolgte in der ersten Woche nach Beginn der NTX-Gabe täglich durch den Behandler selbst, danach folgte die Datenerhebung dem Rhythmus der Terminabsprachen.

Die Psychotherapie wurde methodenspezifisch definiert, so dass die Behandlungstechnik und Haltung des Therapeuten erkennbar war:

1. Ein Teil der Therapien verwandte einen an der psychoanalytischen Selbstpsychologie und Säuglingsforschung orientierten

tiefenpsychologischen Behandlungsansatz (Lichtenberg et al., 1996; 2000; Milch, 2001; Stevenson und Meares, 1992; Stolorow et al., 1996). Dieser Ansatz baut auf der klassischen Psychoanalyse mit dem zentralen Stellenwert des Unbewussten und der therapeutischen Arbeit an Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgängen auf.

Er stellt dann aber das empathische Verstehen des Patienten, das gemeinsame Konstruieren von Bedeutung, die gegenseitige Feinabstimmung durch „optimale Responsivität“ in Unterbrechungs- und Wiederherstellungsvorgängen und die Verbesserung der Regulation verschiedener „motivationaler Systeme“ (Lichtenberg et al., 1996; 2000) in den Vordergrund der Behandlungstechnik. In der Anwendung neuester bio-psycho-sozialer Erkenntnisse geht dieser Ansatz weit über ein herkömmliches psychoanalytisches Konfliktmodell hinaus.

In der vorliegenden Studie wurde dieses Konzept in einem Setting angewandt, in dem langfristig mit einem 50- bzw. 25-minütigen Termin wöchentlich im Gegenübersitzen gearbeitet wurde. Der Psychotherapeut behandelte zugleich auch medikamentös.

2. Der zweite konzeptuelle Ansatz war die traumazentrierte Psychotherapie, wie sie in Deutschland seit Mitte der 90-er Jahre für einen Teil der BPS-Patienten entwickelt wurde (Reddemann u. Sachsse, 1997; 2000; Sachsse u. Reddemann, 1998).

Hierbei ist die Behandlungstechnik nicht durch Bearbeitung von Übertragungsphänomenen in der therapeutischen Beziehung gekennzeichnet wie in den analytisch ausgerichteten Verfahren. Stattdessen erlernen Patienten zunächst imaginative Stabilisierungstechniken, z.B. sich bedarfsweise an einen phantasierten „sicheren inneren Ort“ zu versetzen, die Traumaerinnerungen in einen phantasierten „Tresor“ zu verschliessen, etc..

Später wird in einer Phase der „Traumaexposition“ mit verschiedenen, an der bildhaften Qualität der Traumaerinnerungen ausgerichteten Techniken versucht, das Erlebte besser in die Erinnerungswelt der Patienten zu integrieren.

In dieser Studie fand die traumatherapeutisch ausgerichtete Arbeit langfristig mit ein bis zwei Wochenstunden im Sitzen statt. Der Psychotherapeut behandelte zugleich auch medikamentös.

3. Ein weiteres Setting umfasste die Übernahme der pharmakotherapeutischen Aufgaben, wenn die Psychotherapie bei einem Kollegen stattfand. Trotzdem war Beziehungsarbeit nötig, um eine wohlwollende und vertrauensvolle Atmosphäre für Compliance zu schaffen. Der psychotherapeutische Dialog mit gegenseitigem Verhandeln von Bedeutungen und Förderung gegenseitiger Wertschätzung und Abgegrenztheit war auf grösstmögliche Settingstabilität und grösstmögliche Mitbestimmung der Patientinnen ausgerichtet, auch bei der Handhabung der Medikation.

Diese langfristigen Behandlungen fanden mit 25-minütigen Terminen alle zwei Wochen statt, bei Bedarf häufiger.

Die hohen ethischen Anforderungen an die Behandlung von Schwertraumatisierten erforderten eine sehr genaue und individuelle Abstimmung mit den von ihnen gewünschten und tolerierbaren Veränderungen der Lebensqualität. Dazu musste der Behandler ihre Selbstregulationsmechanismen kennenlernen und in das therapeutische Gesamtkonzept integrieren. In diesem Kontext betrachtet beeinflussten verschiedenste, teils voneinander abhängige, teils voneinander unabhängige Faktoren die Wirksamkeit von NTX. Wegen der entsprechend hohen Komplexität erfasst diese Studie einzelfallorientiert qualitative Veränderungen, um zu spezifischen Aussagen darüber kommen, ob und wie NTX innerhalb eines guten Therapiegesamtkonzepts erfolgreich eingesetzt werden kann.

2.2 Rechtliche Voraussetzungen

Voraussetzung für den Einsatz von NTX war die schriftliche Einwilligung der Patientinnen in die Behandlung mit dieser Substanz.

Eine Woche zuvor erfolgte eine mündliche Aufklärung über den vermuteten Wirkmechanismus, die Wirkungen und Nebenwirkungen von NTX, die notwendigen Laborkontrollen, medikamentöse und nichtmedikamentöse

Behandlungsalternativen und über die bisher nicht erfolgte Zulassung von NTX für die Behandlung von Dissoziationen bei BPS. Vor der Entscheidung wurden den Patientinnen die Produktinformation über den verwendeten Opiatantagonisten und eine Veröffentlichung über den Einsatz von NTX bei BPS (Schmahl et al., 1999) zur Lektüre mitgegeben und dann gemeinsam besprochen.

2.3 Kasuistik 1

2.3.1 Vorbehandlung

Frau A. musste in den letzten 9 Jahren vor dem hier berichteten Zeitabschnitt achtmal für mehrere Monate akut stationär behandelt werden, immer nach Suizidversuch, oft mit Zwangsunterbringung. Sie brach dazwischen mehrfach ambulante Behandlungsversuche ab. Zuletzt endete eine zweijährige Psychotherapie mit Suizidversuch und Krankenhausbehandlung, nachdem die Krankenkasse die Finanzierung beendete.

Medikamente erhielt Frau A. vom niedergelassenen Nervenarzt: 1,0 ml Flupentixol Depot 10% ! alle 10 Tage, 75 mg Amitriptylin tgl., 200 mg Levomepromazin tgl. und häufige Bedarfsmedikation mit grossen Mengen Diazepam.

2.3.2 Erster Eindruck

Die adipöse 34-jährige Frau mit Bürstenhaarschnitt und sportlich-legerer, betont maskuliner Kleidung und entsprechendem Auftreten liess schnell an eine mögliche lesbische Orientierung denken. Die Handgelenke wiesen etliche Narben auf. Sie lächelte angestrengt maskenhaft. Ihre Finger zitterten, während sie sich scheinbar bereitwillig auf das Erstgespräch einliess. Ihre Bewegungen wirkten steif und beeinträchtigt im Sinne eines Parkinsonoids. Obwohl sie fassadenhaft und ohne erkennbare Gefühlsregung sprach und gleichförmig über ihre bisherige Therapieerfahrung erzählte, wirkte sie dennoch engagiert und motiviert für weitere Psychotherapie und Medikamentenbehandlung.

2.3.3 Initiale Beschwerdeschilderung

Frau A. klagte beim Erstkontakt über das „Gefühl, mich mit anderen Menschen nicht wirklich im Kontakt zu befinden“. „Ich habe dann eine Es-

geht-mir-gut-Fassade, aber innerlich fühle ich mich ganz allein. Das ist wie bei meiner Mutter, als sie mir nicht glaubte, dass ich vergewaltigt wurde. Damit geht es mir schlecht, und das möchte ich ändern.“

2.3.4 *Psychopathologie zu Behandlungsbeginn*

Frau A. zeigte keine Störungen der Vigilanz. Ihr Bewusstsein war gelegentlich hochgradig eingeengt auf Teilaspekte des Selbsterlebens, z.B. nur die äussere Umgebung oder nur ihr inneres Erleben wahrnehmen zu können. Sie war voll orientiert. In Zuständen eingeschränkten Bewusstseins litt sie unter mittelschweren Auffassungsstörungen, danach unter Gedächtnislücken. In situativem Zusammenhang mit starken Angstgefühlen war die Konzentration deutlich gemindert. Häufiges schweres Grübeln über traumatische Erinnerungen war verbunden mit ängstlichem Vermeiden von lauten Geräuschen oder Stimmen und starker Dunkelangst. Wahn oder Sinnestäuschungen lagen nicht vor. Mehrfach täglich traten starke Derealisationen- und Depersonalisationserlebnisse in Form von nacheinander erlebten verschiedenartigen, kognitiv alle zugänglichen Identitätszuständen auf. Frau A.'s Vitalgefühle waren durchgängig schwer beeinträchtigt. Sie klagte über ein Gefühl starker innerer Leere, häufige Niedergeschlagenheit und Ängste, die sie teils als grundlos erlebte, teils als darauf bezogen, verlassen zu werden. Sie schilderte ständige mittelschwere innerliche Unruhe und starke Insuffizienzgefühle in bezug auf Mutterrolle, Beziehungsfähigkeit und berufliche Kompetenz. Antriebsstörungen oder circadiane Besonderheiten lagen nicht vor. Frau A. beschrieb sich als sozial zurückgezogen. Häufig hatte sie konkret ausgestaltete Suizidgedanken. Ritzen und tieferes Schneiden an beiden Unterarmen kamen manchmal mehrfach täglich, meistens alle paar Wochen vor, Benzodiazepin- und Alkoholexzesse dagegen öfter, ohne dass es bisher zu Dauerkonsum oder Entzugerscheinungen gekommen wäre.

2.3.5 *Anamnese*

Frau A. ist jüngstes von drei Geschwistern. Die 9 Jahre ältere Schwester sei drogenabhängig und kriminell, zu ihr bestehe kein Kontakt mehr. Der 5 Jahre ältere Bruder komme öfter wegen Gewalttätigkeiten mit dem Gesetz in

Konflikt. Ihre Mutter sei beruhigungsmittelabhängig und manipulierte ihre Umgebung ständig erpresserisch mit ihren psychosomatischen Beschwerden. Der Vater sei Alkoholiker gewesen und vor 12 Jahren an einem Herzinfarkt verstorben. Frau A. erinnert langhingelegene seelische und sexuelle Traumatisierungen im Grundschulalter. Damals habe sie ihren ersten Suizidversuch unternommen. Spätestens der Pubertät sei sie oft in Phantasiewelten und Dissoziationen geflüchtet und habe angefangen, sich selbst zu verletzen. Mit 16 Jahren sei sie für mehrere Wochen durch Zuhälter gefangengehalten, vergewaltigt und zur Prostitution genötigt worden. Nach ihrer gelungenen Flucht sei sie zu Hause nicht einmal gefragt worden, wo sie solange gewesen sei. Erst das Verlassen des Elternhauses habe ihr den Realschulabschluss, die Hauswirtschaftsschule, ihre Ausbildung und bis jetzt andauernde Tätigkeit in einem helfenden Beruf ermöglicht, z.T. in leitender Stellung. Frau A.'s erste längere Partnerschaft sei mit einem Schwerbehinderten gewesen, den sie im Rahmen ihrer Berufstätigkeit kennengelernt hatte. Schon vor der Geburt des gemeinsamen Sohnes sei die Beziehung in die Brüche gegangen. Seit Jahren habe sie nur noch Partnerschaften mit Frauen, die letzte sei vor kurzem gescheitert.

2.3.6 Soziale Situation zu Behandlungsbeginn

Frau A. lebte allein in einem Mitarbeiterwohnheim und hatte nur wenige Freundschaften zu ähnlich erkrankten Frauen. Sie verliefen in ständigem Wechsel von grossem Nähegefühl und Idealisierung einerseits und heftigen Vorwürfen mit Angst, verlassen zu werden. Sie besuchte monatlich ihren 10-jährigen Sohn bei seinen Pflegeeltern und kümmerte sich hingebungsvoll um ihre Katze. Beruflich war sie weiterhin in einem helfenden Beruf mit starker körperlicher und seelischer Beanspruchung tätig.

2.3.7 Diagnose zu Behandlungsbeginn

Folgende Merkmale einer BPS waren nach DSM IV erfüllt:

Frau A. zeigte instabile Muster in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten mit Beginn spätestens in der Adoleszenz und

Manifestation in den verschiedenen Lebensbereichen. Es fanden sich sowohl verzweifelte Bemühungen, Verlassenwerden zu vermeiden, als auch instabile, intensive Beziehungsmuster mit Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung. Ausgeprägte Störungen des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung, selbstschädigende Impulsivität im Bereich von Substanzmissbrauch und wiederholte suizidale und selbstverletzende Handlungen lagen in schwerer Ausprägung vor. Hochgradige Erregung und Angst waren häufig von auslösenden Umgebungsfaktoren abhängig. Das Gefühl innerer Leere war chronisch. Sehr häufig führte Stress zu schweren Dissoziationen.

Das Grundmuster und 7 von 9 Merkmalen waren schwer, ein weiteres Merkmal mittelschwer ausgeprägt. Da ab 5 erfüllten Kriterien eine BPS diagnostiziert werden kann, musste nach DSM IV von einer schweren bis schwersten BPS ausgegangen werden, ausserdem von einer phobischen Angsterkrankung.

Die Merkmale einer BPS waren nach ICD 10 ebenfalls erfüllt. Zusätzlich lagen nach ICD 10 ein Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch vor, eine gemischte Angststörung, eine dissoziative (Identitäts-) Störung, ein Depersonalisations- und Derealisationssyndrom und eine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung.

2.3.8 *Therapie*

Frau A. kam ambulant einmal pro Woche 50 Minuten zu einer selbstpsychologisch ausgerichteten, tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie (Lichtenberg et al., 1996; 2000; Milch, 2001; Stevenson und Mearns, 1992; Stolorow et al., 1996). Anfänglicher Schwerpunkt war eine von Sicherung des therapeutischen Rahmens, empathischem Umgang mit ihrem Sicherheitsbedürfnis und vorsichtiger Förderung der gemeinsamen Exploration gekennzeichnete Vorgehensweise. Dabei wurden zunächst nicht die frühen Traumata exploriert, sondern die aktuelle Bewältigung der Traumafolgen – der konstruktive Aspekt der innerpsychischen und interpersonellen Abwehrvorgänge. Die Therapie wurde auf eine mehrjährige

Dauer hin angelegt und dauerte dann 2 Jahre.

Die Vormedikation wurde ersetzt durch 50 mg Sertralin täglich und eine Bedarfsmedikation von 5 bis 20 mg Olanzapin, gelegentlich in Extremsituationen zusätzlich 50 bis 100 mg Levomepromazin. Ein kurzer Behandlungsversuch mit Lorazepam hatte keine hilfreiche Wirkung, auf Benzodiazepine konnte in der Folge ganz verzichtet werden.

Mit der Zeit verlor Frau A. ihre Bewegungsstörungen und gewann an mimischem Ausdrucksvermögen und geistiger Regsamkeit. Depressive Stimmungslage, Schlafstörungen und Ängste verbesserten sich leicht. Dies linderte aber nicht die dissoziativ bedingten Beschwerden, die insbesondere auf jede noch so geringfügige Dissonanz im Beziehungserleben folgten. Nach einem halben Jahr hatte sie noch immer wochenlang ständige Erinnerungslücken über Stunden bis Tage und ein Gefühl "wie tot - ich empfinde absolut nichts". Damit stagnierte die therapeutische Arbeit, obwohl mit stabilen äusseren Lebensbedingungen gute Voraussetzungen für die Bearbeitung innerer Schwierigkeiten vorlagen. Frau A. verletzte sich trotz zusätzlicher Bedarfsmedikation mit niederpotenten Neuroleptika weiter in einer Heftigkeit, bei der bleibende Verstümmelungen nur noch als eine Frage der Zeit erschienen. Wochenlang fügte sie sich fast täglich tiefe Unterarmschnitte zu, um sich wieder besser zu spüren. Das war für die Zeit, bis die Psychotherapie diese Verhaltensbereiche dauerhaft ändern konnte, nicht tolerabel.

Frau A. begann daraufhin ergänzend zu den bisherigen Medikamenten die Behandlung mit NTX, anfangs 25 mg morgendlich die ersten drei Tage, danach 50 mg morgens.

Leichte Übelkeit am zweiten Tag der Einnahme war die einzige beobachtete unerwünschte Nebenwirkung.

Bereits am 3. Tag fühlte sie sich "angenehm aufgedreht, ich spüre mich, auch gerade meinen Körper, meine Schmerzen im Bein. So kenne ich mich gar nicht."

Am 4.Tag strahlte sie: "Mir geht's sehr gut, die Übelkeit ist weg, ich habe ein neues Gefühl für mich und meinen Körper, ich habe mir neue Kleidung gekauft, ich habe das Gefühl, mich anders im Spiegel zu sehen. Ich spüre, die letzten Jahre sind mir verloren gegangen, ich muss mich wohl erst einmal wieder selber kennen lernen."

“Seit der Einnahme habe ich keine Gedächtnislücken mehr. Ich bin durchgängig da, verpasse nicht mehr den Anschluss, bin auf dem laufenden. Alles ist weit geworden, auch mein Sichtfeld. Ich sehe mich im Spiegel und fühle mich reifer, fraulicher. Mit meiner Kleidung und mit meinem Gewicht bin ich zum ersten Mal selbst zufrieden. Auf der Arbeit habe ich zum ersten Mal gemerkt, dass mir etwas zuviel wurde und mich beschwert habe.”

In der folgenden Woche kamen von ihr neben positiven auch besorgte Rückmeldungen:

„Ich fühle mich so voller positiver Eindrücke, dass ich nicht weiß, wie ich sie auffangen soll. Ich brauche oft Abschaltphasen, alles wird mir zuviel.“

Deshalb reduzierte sie die NTX-Dosis von 50 auf 25 mg täglich, damit waren die Veränderungen ihres Erlebens für Frau A. tolerabel.

Aus psychotherapeutischer Sicht hatte NTX entscheidende Folgen für die gemeinsame Arbeit. Der vorsichtige Umgang mit hoher Reiz- und Affektintensität wurde noch wichtiger als zuvor, damit Frau A. nicht überfordert wurde. Aber Frau A. konnte das Erlebte jetzt unmittelbar und in farbigen Worten schildern. Damit war die therapeutische Stagnation beendet, denn sie konnte auf einem besser symbolisierten Niveau weiterführende therapeutische Erfahrungen machen.

Die Selbstverletzungen hörten auf, Hypervigilanz, Flash backs und Panikanfälle aber blieben anfangs unverändert häufig. Sie reduzierten sich erst im Lauf der folgenden 6 Wochen, nachdem Frau A. über weniger Angst berichtet und ein verbessertes Kohärenzerleben entwickelt hatte.

Neben NTX erhielt sie wieder die anfangs bewährte Medikation mit Sertralin und gelegentlich Olanzapin. Nach 4 Monaten setzte sie ausschleichend Naltrexon ab. Die gewonnene Ich-Stärke und Symbolisierungsfähigkeit hielten zunächst weiter an.

Nach weiteren 3 Monaten nahmen jedoch, ausgelöst durch plötzliche berufliche und private Belastungen, die Dissoziationen und der Schneidedruck plötzlich wieder zu. Frau A. beging erneut einen Suizidversuch mit frei verkäuflichen Beruhigungsmitteln. Als sie danach vorübergehend wieder NTX einnahm, blieb der spektakuläre Effekt im Selbst- und Umwelterleben aus, obwohl die Dosis versuchsweise bis auf 100 mg täglich erhöht wurde.

Jedoch kamen Selbstverletzungen inzwischen auch ohne NTX nur noch

selten vor und waren kaum noch antidissoziativ motiviert. Frau A.'s Gesamtzustand hatte sich deutlich verbessert.

Weil ihre frühen traumatischen Erfahrungen sich weiterhin in gelegentlichen schrecklichen Flash-back-Erlebnissen äusserten, suchte Frau A. ein halbes Jahr später eine Behandlung in einer Traumatherapie-Spezialklinik auf, die mit hypnotherapeutischen Methoden (Reddemann u. Sachsse, 1997; 2000; Sachsse u. Reddemann, 1998) arbeitet. Dort setzte man NTX nicht ein und arbeitete mit Frau A. 5 Monate lang an rein psychologischen Copingstrategien.

Doch auch mit den dort erlernten traumatherapeutischen Techniken blieb sie nach Entlassung – in der Regel psychisch stabil - in Zeiten starker emotionaler Belastung für Dissoziationen und Selbstverletzungen anfällig. Während eines erneuten akutpsychiatrischen Aufenthaltes nach Suizidversuch blieb ein neuerlicher NTX-Behandlungsversuch wieder ohne deutlichen Effekt. Sie ging wieder in die Traumaklinik und beendete damit ihre bisherige Therapie.

2.3.9 *Behandlungsergebnis*

Unter NTX-Gabe von 50 mg täglich kam es beim ersten Einsatz zu Übelkeit am 2. Tag und nach einigen Tagen mit nur 25 mg NTX täglich über die Einnahmedauer von 4 Monaten zum fast vollständigen Abklingen von dissoziativen Symptomen, Selbstverletzungen, Flash backs und affektiver Instabilität. Die BPS-Kriterien waren demnach unter NTX nur noch grenzwertig erfüllt.

Dieser Effekt von NTX wurde sowohl von der Patientin als auch vom Therapeuten als sehr hilfreich bewertet, konnte aber bei keiner der beiden weiteren NTX-Behandlungsperioden wiederholt werden.

Die meisten Beschwerden hatten sich aus Sicht der Patientin nach 2 Jahren Behandlung mittelgradig verbessert, am wenigsten aber Flash backs und innere Leere.

Aus der Behandlerperspektive waren die Instabilität der Beziehungsmuster, die Verlassenheitsangst, der Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung und ihre selbstschädigende Impulsivität stark gelindert und die Identitätsstörung, die Häufigkeit von Suizidversuchen, Dissoziationen und Selbstverletzungen mittelgradig verbessert. Wenig beeinflusst blieb nach 2

Jahren das Gefühl innerer Leere, die Überreaktivität der Stimmung und die ausgeprägte Tendenz der Patientin, konflikthafte Erlebnisse nicht zu erzählen. Letzteres schränkt die Aussagekraft ihrer Selbstbeurteilung etwas ein. Die BPS wies am Ende des Beobachtungszeitraums also nur noch einen mittleren Schweregrad auf. Die phobische Störung war abgeklungen.

2.4 Kasuistik 2

2.4.1 Vorbehandlung

Frau B. war ein Jahr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Vorbehandlung vor dem hier berichteten Zeitabschnitt. Auslöser für ihre starke Depressivität, Angst und Suizidalität war die Entdeckung ihrer eigenen langjährigen sexuellen Missbrauchserfahrung in ihrer Kindheit und Jugend gewesen. Sie musste nach wenigen Wochen ambulanten Behandelns wegen ihres anhaltend schlechten Zustands in stationäre Therapie, wo sie von stützenden Gesprächen mit Stabilisierungsübungen (Reddemann u. Sachsse, 1997), Kunsttherapie und einer Medikation aus 150 mg Doxepin und bei Bedarf Diazepam profitierte. Danach folgte ein viermonatiger Tagesklinikaufenthalt mit überwiegend gruppenpsychotherapeutischer Orientierung unter Beibehaltung der Medikation.

2.4.2 Erster Eindruck

Die 35-jährige Frau mit rundlichem, kindlichen Gesicht, blondem Pagenschnitt, stabiler Statur und sportlich legerer Kleidung trat bei der Begrüssung selbstbewusst auf und führte aktiv das Gespräch über ihre Familie und ihren früheren, kaufmännischen Beruf. Doch dann bekam ihr Lächeln allmählich etwas kindlich-zutraulich erwartungsvolles, wobei sie zunehmend verstummte, auch wenn sie etwas gefragt wurde. Bereits nach kurzer Zeit war die Stimmung gekippt und kein Gespräch mehr möglich. Frau B. schwieg und suchte mit ratlosen, verzweifelten Blicken um Hilfe.

2.4.3 Initiale Beschwerdeschilderung

„Bis vor einem Jahr ging es mir eigentlich gut. Bei einem Workshop meiner Gemeinde habe ich aber plötzlich eine Ahnung bekommen und in Gesprächen mit meinem Pastor bin ich mir sicher geworden, dass ich als Kind sexuell missbraucht wurde. Seitdem habe ich ständig schreckliche Bilder vor Augen und kann kaum noch aus dem Haus aus Angst, irgendetwas könnte mich an früher erinnern. Ich kann keine körperliche Nähe mehr ertragen ausser von meiner 2-jährigen Tochter. Ich kann mich nicht mehr freuen, fühle mich leer und denke an Selbstmord. Ich bin dann gar nicht mehr richtig da, dann spüre meinen Körper nicht und muss mich ritzen, damit es besser wird. Oder ich fühle mich körperlich so beschmutzt, bin so voller Ekel vor mir, dass ich denke, keiner hält es mit mir aus. Dann bekomme ich grosse Angst, dass mein Mann mit dem

Kind und meine Freunde mich verlassen. Dann werden aufeinmal aus Begegnungen mit denen, von denen ich die meiste Hilfe erwarte, die schlimmsten Erfahrungen.“ „Nach dem Krankenhaus waren in der Tagesklinikzeit alle Stabilisierungstechniken wie weggeblasen, ich stehe jetzt mit leeren Händen da, wie am Anfang.“

2.4.4 *Psychopathologie zu Behandlungsbeginn*

Frau B. war wach, ihr Bewusstsein war häufig deutlich eingengt, sie hatte nur teilweise Zugang zum Selbsterleben. Sie war voll orientiert, hatte mittelschwere Aufmerksamkeitsstörungen nur bei dissoziativen Zuständen und zeigte keine Beeinträchtigung des Gedächtnisses. Ihr formales Denken war intakt. Die Patientin litt stark unter ausgeprägtem phobischen Vermeidungsverhalten bezüglich aller möglicher Auslöser für traumatische Erinnerungen und häufigen Panikattacken. Sie zeigte keine Zwangssymptomatik. Sinnestäuschungen lagen nicht vor. Häufig kam es zu schweren Depersonalisationserlebnissen. Die stabil erscheinende Affektlage wurde von häufigen Episoden von ratlos-ängstlicher Verzweiflung unterbrochen, gefolgt von Deprimiertheit, Schuld- und Insuffizienzgefühlen. Ihr Antrieb war gehemmt. Es fanden sich keine zirkadianen Besonderheiten. Häufig ritzte sie sich oberflächlich an den Unterarmen, ständig hatte sie Suizidgedanken. Es lag kein süchtiges Verhalten vor.

2.4.5 *Anamnese*

Mit ihrem 2 Jahre älteren Bruder zusammen wuchs die Patientin bei ihren Eltern auf. Das Klima im Elternhaus beschreibt Frau B. als kalt und emotional sehr vernachlässigend, so dass sie die sexuellen, von der alkoholabhängigen Mutter unterstützten Übergriffe des Vaters ab ihrem 4. Lebensjahr sogar als Zuwendung empfunden habe. Zunehmend habe der Vater brutalere sexuelle Gewalt mit ritualisierten Foltermethoden und tagelangem Einsperren im Keller angewandt. Das ging solange, bis er in ihrem 15 Lebensjahr einem Herzinfarkt erlag. Frau B. liess ihn im Bad liegend sterben, ohne Hilfe zu holen, ohne bisher jemandem etwas davon erzählt zu haben. In der Adoleszenz habe sie ein ausschweifendes sexuelles Leben geführt und Suchtmittelmissbrauch betrieben, auch eine längere Partnerschaft mit einem gewalttätigen Mann geführt. Nach der Trennung von

ihm sei ihr der Einstieg in einen kaufmännischen Beruf gelungen. Sie habe ihren jetzigen Ehemann kennengelernt und mit ihm erstmals ein sicheres, geborgenes Gefühl. Sie habe grosse Angst, von ihm verlassen zu werden. Vor 2 Jahren sei die gemeinsame Tochter geboren.

2.4.6 *Soziale Situation zu Behandlungsbeginn*

Frau B. lebte als Hausfrau mit ihrer Familie in einem Reihenhaus. Mit den anderen Müttern und in zunehmender Bindung an ihre Kirchengemeinde fühlte sie sich wohl. Freunde oder Freundinnen hatte sie dennoch nicht. Gelegentlich betreute sie eine ältere Dame gegen Entgelt.

2.4.7 *Diagnose zu Behandlungsbeginn*

Nach dem DSM IV waren folgende Kriterien einer BPS erfüllt:

Frau B. zeigte aktuell ein sehr instabiles Muster im Selbstbild und in den Affekten mit Beginn in der Adoleszenz. Sie bemühte sich verzweifelt, vermutetes Verlassenwerden zu verhindern, hatte eine ausgeprägte Identitätsstörung, verletzte sich häufig oberflächlich selbst. Die Stimmung war ausgeprägt abhängig von Umgebungseinflüssen, es lag eine mittelschwere bis schwere dissoziative Symptomatik vor.

Damit waren die allgemeinen Voraussetzungen für eine BPS nach DSM IV mittelschwer und 5 (von 9) für die Borderline-Diagnose notwendige Einzelmerkmale in starker Ausprägung vorhanden. Deshalb war von einer mittelschweren BPS auszugehen. Eine Angsterkrankung mit Phobien und Panikattacken kam hinzu.

Auch nach der ICD 10 waren die Merkmale einer BPS erfüllt, zusätzlich die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, einer gemischten Angststörung, einer dissoziativen Störung und eines Depersonalisationssyndroms. Da keine entsprechende, zeitüberdauernde Symptomatik seit den Traumatisierungen bestand, lag aus formalen Gründen nach der ICD 10 keine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung vor, wenngleich die inhaltlichen Zusammenhänge offenkundig waren.

2.4.8 Therapie

Frau B. konnte während des ersten Jahres der ambulanten Therapie keine stabile selbstreflexive und explorative Haltung gegenüber der therapeutischen Beziehung einnehmen. Denn sie war immer wieder hilflos und stumm überwältigt von Flash backs und traumabezogenen Ängsten. Das war verbunden mit einer hochgradigen und Hilfe erwartenden Idealisierung des Therapeuten.

Deshalb erfolgte eine Fortsetzung des bereits während des stationären Aufenthalts begonnenen traumazentrierten Vorgehens (Reddemann u. Sachsse, 1997; 2000; Sachsse u. Reddemann, 1998). Dies fand statt in Form einer über einjährigen, wöchentlichen Stabilisierungsarbeit, danach folgte für ein Dreivierteljahr zweimal wöchentlich Traumaexposition. Erst dann begann eine einjährige, eher konventionell tiefenpsychologisch ausgerichtete Arbeit wieder einmal pro Woche. Die gesamte Behandlung dauerte also über 4 Jahre.

Medikamentös erfolgte wegen starker Gewichtszunahme die Umstellung auf 50 mg Sertralin. Darunter erreichte Frau B. ihr ursprüngliches Gewicht wieder. In Krisenzeiten mit starken Suizidgedanken half eine auf wenige Tage begrenzte Bedarfsmedikation mit bis zu 10 mg Diazepam, das sie hilfreicher empfand als Lorazepam, Zotepin oder Levomepromazin. Ein Medikamentenmissbrauch entstand nicht.

Die NTX-Einnahme begann sie ein halbes Jahr nach Beginn der ambulanten Therapie. Frau B. war noch mit dem Erlernen von ritualisierten Stabilisierungsübungen in Anspruch genommen. Grund für den Behandlungsversuch NTX waren rezidivierende Einbrüche von Dissoziation und extremer Angst mit nachfolgender Depression trotz insgesamt viel stabilerer Stimmungslage als noch vor einem halben Jahr.

Dem entsprach intrapsychisch, nach psychoanalytischer Terminologie, dass ein malignes (Täter-)Introjekt bisher nicht durch ausschliessliche Stabilisierungstechniken entschärft und in die Selbstrepräsentanz integriert werden konnte.

Nach Beginn der NTX-Gabe von täglich 25 mg reagierte Frau B. 5 Tage lang mit innerer Unruhe, Schüttelfrost, Gliederschmerzen, Lustlosigkeit und Reizbarkeit. Danach berichtete sie über die ersten positiven Veränderungen.

„Ich habe ein so schönes Wochenende gehabt, ich merke alles. Ich krieg´auch im

Chor auf einmal alles mit, höre die Musik ganz anders.“

In der Woche darauf hatte sie, in der Folge ihrer verbesserten Körperwahrnehmung, plötzlich beim Abtasten ihrer Brust den schrecklichen Verdacht, sie habe einen bösartigen Knoten in der Brust. Nach gut verlaufener gynäkologischer Ausschlussdiagnostik erwies sich dies als ein Hinweis auf die verinnerlichte Bindung an die an Brustkrebs verstorbene Mutter. Frau B. hatte bis zu diesem Zeitpunkt ein innerliches Verbot errichtet, sich damit auseinanderzusetzen, wie (lebens-)bedrohlich und zwiespältig die Beziehung zu ihrer Mutter wirklich gewesen war. Erst mit NTX gelang es ihr, dies zu bemerken und ohne Dissoziation in der Therapie zu bearbeiten.

Rückblickend beschrieb sie seit der NTX-Einnahme ein Gefühl „toll, wie Erwachen zu neuem Leben“.

Auch aus Behandlersicht fand eine deutlich Verbesserung statt. Die Dissoziationen ließen schlagartig nach und Frau B. verletzte sich während der halbjährigen Traumaexpositionsarbeit und der damit verbundenen depressiven Krisen nicht mehr selbst. Stattdessen erarbeitete sie sich vieles an normaler Lebensfreude und Genussfähigkeit, die sie jahrzehntlang nicht gespürt hatte.

Nach der Traumaexposition kamen jedoch auch die heftigen reaktiv-depressiven Gefühle, sich mit ihrem Lebensschicksal abfinden zu müssen, ungedämpft ins Erleben und in die Bearbeitung.

Nach 10 Monaten der Einnahme setzte sie NTX ab und etwas später Sertralin. In einer späteren Krisensituation nach 6 Monaten nahm sie NTX erneut ein, um es mangels Effekt nach kurzer Zeit wieder wegzulassen.

Sie stabilisierte sich auch ohne Opiatantagonist weiter, nahm aber 4 Monate später die Sertralinbehandlung wieder auf. Es entstand allmählich eine konventionelle tiefenpsychologische Therapiebeziehung, in der die therapeutische Beziehung thematisierbar war und das bevorstehende Therapieende mit allen damit verbundenen ambivalenten Gefühlen vorbereitet wurde.

Sie konnte das Erarbeitete in ihren Alltag integrieren, eine weiterführende Berufsqualifizierung beginnen, ihre familiären Beziehungen weiter verbessern und holte als Symbol hierfür inzwischen ihre kirchliche Trauung nach.

2.4.9 *Behandlungsergebnis*

Unter 25 mg NTX täglich kam es nach einer 5-tägigen Symptomatik mit innerer Unruhe, Schüttelfrost, Gliederschmerzen, Lustlosigkeit und Reizbarkeit über die gesamte Einnahmedauer von 10 Monaten zum lange anhaltenden und vollständigen Abklingen von Dissoziationen und selbstverletzendem Verhalten. Die anfangs deutliche Reduktion der affektiven Instabilität liess allmählich nach. Die BPS-Kriterien waren in dieser Zeit allenfalls grenzwertig erfüllt. Der Effekt wurde als sehr hilfreich von der Patientin als auch vom Therapeuten erlebt, war aber beim zweiten NTX-Behandlungsversuch nicht reproduzierbar.

Aus Sicht der Patientin waren am Ende der zweijährigen Behandlung die Symptome gut gebessert, am wenigsten die kurzen depressiven Stimmungseinbrüche, wenn sie auch wesentlich seltener und milder als vor der Behandlung verliefen.

Aus Behandler Sicht und nach DSM IV lagen bei abgemildert weiterbestehender Reaktivität der Stimmungslage und abgeklungener übriger Symptomatik die Voraussetzungen für die Diagnose einer BPS und einer Angststörung zu Behandlungsende nicht mehr vor.

MONAT	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Schweregrad der BPS-Symptome	+	+	+	(+)	(+)	(+)	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)					
Psychosoziale Stressoren	(+)	(+)			(+)				(+)					(+)												
Krankenhausbeh.	+																									
Medikation:																										
NTX							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+									+	
Antidepressiva	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						+	+	+
Benzodiazepine	(+)			(+)			(+)		(+)			(+)		(+)				(+)								

Abbildung 2 : Behandlungsverlauf Patientin B.

2.5 Kasuistik 3

2.5.1 Vorbehandlung

Zweieinhalb Jahre lang befand sich Frau C. in stationärer Behandlung, beginnend mit verschiedenen somatischen, dann psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Tageskliniken. Jedesmal kam es zu malignen regressiven Entwicklungen mit erheblichen suizidalen und selbstverletzenden Handlungen, die Behandlungsergebnisse enttäuschten jedesmal in bezug auf ihre quälende Depression. Die tagesklinische Entlassungsmedikation bestand aus Nefazodon 400 mg tgl. und Levomepromazin 25 mg z.N..

2.5.2 Erster Eindruck

Die 34-jährige, schüchtern wirkende Frau mit langen dunklen Haaren, in Jeans und Pullover, blickte hin und wieder mit grossen Augen ängstlich bis misstrauisch auf. Meist aber sah sie starr zu Boden und war im Gespräch sehr verschlossen. Die Handgelenke zeigten etliche Narben früherer Schnitte. Sie wirkte wie ein einziger Hilferuf, für sie zu reden, zu entscheiden und zu handeln. Später nahm sie öfter Blickkontakt auf, lächelte gelegentlich und konnte mehr von sich erzählen.

2.5.3 Initiale Beschwerdeschilderung

Im Erstkontakt berichtete Frau C.: „Ich fühle mich tot und leer, ich verletze mich ständig, um einen inneren Druck abzubauen. In der ersten Klinik haben sie gesagt, ich schneide mich, wenn positive Gefühle hochkommen, in der zweiten Klinik, wenn ich wütend und enttäuscht bin. Dann habe ich auch Erbrechen herbeigeführt. Ich habe die letzten Jahre nur das Leben meiner behinderten Tochter geführt, ich habe Angst, dass meine Ehe das mit mir nicht aushält.“

2.5.4 Psychopathologie zu Behandlungsbeginn

Frau C. war wach, bewusstseinsklar und voll orientiert. Sie zeigte keine Auffassungs- und Gedächtnisstörungen. Ständig musste sie grübeln über ihre eigene Wertlosigkeit und einen drohenden Partnerverlust. Sie hatte starke Angst, das Haus zu verlassen, oder angesprochen zu werden. Es gab keine Zwänge, kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, dagegen häufige Derealisationen und Depersonalisationen bis hin zum sich körperlich nicht mehr spüren. Sie klagte über häufige Ratlosigkeit, ein Gefühl der Gefühllosigkeit, Vitalitätsverlust,

Deprimiertheit, Ängstlichkeit, innerliche Unruhe und Insuffizienzgefühle. Sie fühlte sich beschmutzt und ekelte sich vor sich selbst. Frau C. zeigte ein Nebeneinander von Selbstbehauptungswünschen und Verlassenheitsangst. Es fanden sich Affektstarrheit, Antriebshemmung, gleichzeitig motorische Unruhe und zeitweise Mutismus. Circadiane Besonderheiten traten nicht auf. Sozial zog sie sich zurück, auch innerhalb der Familie, wenn sie sich häufig tagsüber unter der Bettdecke verkroch. Häufig hatte sie Suizidgedanken. Oft demonstrierte sie in der Öffentlichkeit Unterarmschnitte, während sie heimlich sich heimlich am ganzen Körper blutig kratzte und selbst Erbrechen herbeiführte. Suchtverhalten lag nicht vor.

2.5.5 *Anamnese*

Frau C. wuchs zusammen mit ihren 2 Brüdern (+2J., -2J.) auf. Der Vater sei fast immer beruflich bedingt abwesend gewesen. Die Mutter sei deshalb sehr unzufrieden gewesen und habe die Patientin dann heftig beschimpft und geprügelt. Oft seien sie als Kinder allein gewesen, z.B. auch im Auslandsurlaub über mehrere Tage im Hotel zurückgelassen worden. Damals sei die Patientin 7 Jahre alt gewesen. Ab dem 13 Lebensjahr sei es zu sexuellem Missbrauch durch den Vater gekommen - mit Wissen der Mutter-, später auch durch den älteren Bruder, so dass sie sich die Jahre danach kaum noch zu Hause aufgehalten habe. Mit 17 Jahren habe sie ihren späteren Mann kennengelernt, „Gelegenheit, von zu Hause ausziehen.“ Sexualität habe sie nur gewollt, um die beiden Kinder zu bekommen, sonst eher widerwillig über sich ergehen lassen. Sie fühle sich von ihrem Mann sexuell bedrängt, fürchte das Scheitern der Ehe.

Der jetzt 15-jährige Sohn habe leichte, rückläufige motorische Behinderungen gehabt, die Tochter (12 J.) sei körperlich und geistig stark behindert. Vor drei Jahren habe sie deshalb zwei Schwangerschaften auf Druck des Ehemannes und der Eltern unterbrechen lassen. Seitdem habe sie Albträume, zunehmende Depressionen und ziehe sich zurück.

2.5.6 *Soziale Situation zu Behandlungsbeginn*

Frau C. lebte mit ihrem Mann und den Kindern zusammen, befand sich aber die letzten zwei Jahre fast ununterbrochen in Krankenhäusern. Nach der letzten

Entlassung nahm die behinderte Tochter die Patientin wieder stark in Anspruch. Freunde oder Freundinnen hatte die Familie nicht, regelmässig kam eine Pflegekraft zur Unterstützung bei der Kindererziehung.

2.5.7 *Diagnose zu Behandlungsbeginn*

Nach DSM IV waren folgende Merkmale einer BPS erfüllt:

Es lag ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und im Selbstbild seit der Jugend vor, das sich in den verschiedenen Lebensbereichen manifestierte. Verzweifelt bemühte sie sich, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Sie zeigte eine stark ausgeprägte Identitätsstörung, eine Essstörung, wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen und selbstverletzendes Verhalten, affektive Instabilität, chronisches Leeregefühl und stark ausgeprägte und häufige Dissoziationen. Damit waren nach dem DSM IV sowohl die Grundvoraussetzungen wie auch 6 von 9 Unterkriterien stark ausgeprägt und ein weiteres Merkmal mittelstark ausgeprägt. Es lag eine schwere BPS vor. Zusätzlich wurde eine Major Depression diagnostiziert.

Nach der ICD 10 waren die Merkmale einer BPS, einer Bulimie und einer schweren rezidivierenden Depression ohne psychotische Symptome, eine gemischte Angststörung, eine dissoziative Störung und eine Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung erfüllt.

2.5.8 *Therapie*

Frau C. kam anfangs wöchentlich, später alle 2 Wochen zu stützenden Einzelgesprächen und Medikamentenbehandlung in die Ambulanz. Zusätzlich besuchte sie die Ergotherapie. Gelegentlich nahm das Ehepaar gemeinsame Beratungsgespräche wahr. Die Ambulanztermine waren psychiatrisch-psychotherapeutische Überbrückung, bis später der psychotherapeutische Anteil von einer niedergelassenen Psychologin übernommen wurde.

Die tagesklinische Vormedikation mit Nefazodon musste wegen im Alltag störender Müdigkeit abgesetzt werden, die Stimmung blieb für ein Vierteljahr

stabil nach der Umstellung auf 100 mg Sertralin täglich.

Nach sexuellen Annäherungsversuchen des Ehemannes wurde Frau C. dann aber erneut schwer depressiv und schnitt sich demonstrativ den Unterarm im Wartezimmer der Ambulanz auf. Dies war ein deutlicher Appell, sie aus der Familie heraus- und stationär aufzunehmen.

Von den stationären Kollegen wurde Frau C. nach einem mehrmonatigen Aufenthalt, schwersten Selbstverletzungen und demonstrativer Suizidalität mit täglich 50 mg Sertralin, 15 mg Benperidol, 20 mg Olanzapin, 15 mg Diazepam, 100 mg Levomepromazin und Zopiclon zur Nacht entlassen. Sie war noch deutlich depressiv aber verletzte sich nicht mehr selbst. Stattdessen zeigte sie ein deutlich nebenwirkungsgezeichnetes, parkinsonoides Bild.

Ambulant konnte Benperidol schnell abgesetzt und Diazepam allmählich ausgeschlichen werden. Zusätzlich zur Weitergabe von Sertralin erhielt sie zum Schlafen 15 mg Mirtazapin, gelegentlich benutzte sie zur Reizabschirmung noch 5 mg Olanzapin.

Ausserdem wurde der Ehemann nochmals über die Erkrankung und ihre Behandlung informiert und das Problem der Sexualität erörtert. Beide Eheleute erneuerten einen früheren Vertrag aus der Tagesklinikzeit über eine Pause sexueller Kontakte miteinander. Die Zunahme von Selbstverletzungen und depressivem Rückzug konnte gemeinsam als Reaktion auf die eheliche Problematik mit deutlich dissoziativem Ausgangspunkt erkannt werden. Die Stimmung der Patientin verbesserte sich in der Folgezeit deutlich.

Wegen der quälenden Zustände des sich nicht Spürens und der dadurch ausgelösten Selbstverletzungen die Monate zuvor entschied sich Frau C. nun für die Einnahme von NTX in einer Dosierung von 25 mg täglich.

Als anfängliche Reaktion fühlte sie sich die ersten Tage innerlich unruhig, schwitzte vermehrt und klagte über einen trockenen Mund und Muskelschmerzen.

Am dritten Tag der Einnahme begrüßte sie den Therapeuten zum ersten Mal, seit er sie kannte, mit einem direkten Blick und berichtete unter gelegentlichem Lächeln: „Ich nehme meine Umwelt deutlicher wahr, denn ich schaue offener in die Welt. Fast macht es mir Angst, wie sich das anfühlt, neben den Leuten im Bus zu sitzen, die ich jetzt spüre, oder zu Hause meine Unordnung zu bemerken. Insgesamt fühle ich mich viel lebendiger, das Gute überwiegt.“

Nach einer Woche berichtete die Patientin über ein schlechtes Wochenende, an

dem sie sich sehr einsam gefühlt habe. Sie habe jedoch nicht neben sich gestanden und keinerlei Schneidedruck verspürt. Wieder eine Woche später beklagte sie sich vehement, dass sie jetzt merke, wie sehr ihre Kinder sie „nervten“. Im Gegensatz zu früher hätte sie sich nicht zurückgezogen sondern einiges ausprobiert, um sich zu behaupten. Sie konnte ihre Ängste, eine „Rabenmutter“ zu sein, jetzt in der Therapie bearbeiten.

Begleitend zu NTX und Sertralin war eine vermehrte Schlafanstossung notwendig. Dafür nahm sie ausschliesslich 30 mg Mirtazapin abends ein, setzte es aber zwei Monate später wegen Gewichtsproblemen ab.

Nach einem Vierteljahr wurde wegen Suizidalität eine erneute, diesmal kurze stationäre Krisenintervention erforderlich, wieder von Eheproblemen und elterlichen Besuchen bei ihr ausgelöst. Zwar wurde stationär wiederum ergänzend zur Vormedikation Benperidol in Kombination mit Diazepam eingesetzt, um Frau C. von ihren demonstrativen, z.T. bizarren Suizidversuchen abzuhalten. Frau C. durfte die wirksame Dosis auf Station aber diesmal selbst herausfinden und kam mit 2 mg Benperidol täglich aus. Diese Menge setzte sie später im Bedarfsfall auch ambulant ein und ersetzte damit Olanzapin, das ihr wegen der Gewichtszunahme missfiel.

Unter Beibehaltung von NTX unterblieben nun eine Zeit lang die Selbstverletzungen und längeren Klinikaufenthalte. Da Frau C. gleichzeitig an verbaler Ausdrucksfähigkeit und Selbstreflexionsfähigkeit gewann, begann sie eine ambulante tiefenpsychologisch-orientierte Psychotherapie bei einer niedergelassenen Kollegin.

Doch Frau C. wurde nach wenigen Monaten wieder schwer depressiv mit massivster Suizidalität und Selbstverletzungen akutstationär aufgenommen. Die Rekonstruktion ergab, dass die Patientin mit zunehmender Stabilität noch mehr Besuch von ihren Eltern erhalten hatte, z.B. mit enger Umarmung bei der Begrüßung durch den Vater.

Gegen die Menschen, die unweigerlich in ihr die schlimmsten Erinnerungen auslösten, konnte sie sich nicht wehren oder erneute Begegnungen vermeiden. Ähnliches galt für die zunehmenden Annäherungen des Ehemannes, dessen schützende Nähe sie suchte, vor dessen bedrängender Sexualität sie aber in die Klinik geflüchtet war. Monatelang hatte sie dieses Ohnmachtserleben gegenüber ihrer Therapeutin und mir schamhaft verschwiegen. Unter NTX erlebte sie ihre schrecklichen Gefühle ungedämpft, denn sie dissoziierte weiterhin nicht.

Eine Besserung trat nach der Klinikaufnahme nicht ein, denn die Bedingungen auf einer geschlossenen Station waren immer wieder Auslöser für Traumaerinnerungen. Stationär wurden wieder grosse Mengen verschiedenster Sedativa verabreicht, ohne die Beschwerden lindern zu können. Fortschritte waren nur vorübergehend möglich durch ärztlich angeordnete Distanz zum Ehemann und zu den Eltern, bis die Patienten in ihrer Verlustangst die Regelung heimlich selbst unterlief. Letztlich erfolgte die Verlegung zur stationären Traumatherapie in das ruhige Schonklima einer weit entfernten Spezialklinik. Dort wurde NTX schnell abgesetzt. Ihr Zustand verbesserte sich auch dort nur zögerlich.

Nach der Entlassung aus der Traumaklinik brachen sofort die dort erlernten Stabilisierungstechniken zusammen. Die Entlassungsmedikation mit 40 mg Fluoxetin, 2 mg Flunitrazepam und 240 mg Chlorprothixen, unter der Frau C. einen massiv aufgedunsenen und verlangsamten Eindruck machte und erheblich an Gewicht zugenommen hatte, konnte zwar auf Fluoxetin und bei Bedarf 50 mg Chlorprothixen gesenkt und damit die Nebenwirkungen gelindert werden. Situativ bedingt kam es jedoch weiter zu Selbstverletzungen, gegen die kurzzeitig angesetztes NTX in einer Dosis bis 50 mg täglich nicht half. Im Zuge einer andauernden Krise mit starker Suizidalität liess sich Frau C. wieder in die Traumaklinik aufnehmen. Von dort wurde sie wegen schwerer Depression mit Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung nach einem Monat in die zuständige Akutklinik zurückverlegt.

2.5.9 Behandlungsergebnis

Unter 25 mg NTX täglich wurde nach mehrtägig aufgetretener innerer Unruhe, vermehrtem Schwitzen, Mundtrockenheit und Muskelschmerzen die Selbstwahrnehmung besser, die Dissoziationen und das selbstverletzende Verhalten unterblieben. In dieser Zeit lag nur noch eine mittelschwere BPS vor. Der Effekt war jedoch innerhalb der 7-monatigen Einnahme rückläufig und wurde von der Patientin bereits nach zwei Monaten nicht mehr positiv bewertet. Aus Behandler Sicht hielten die anfänglichen positiven Veränderungen etwa 3 Monate an bis zum Auftreten des depressiven Rezidivs. Nach den BPS-Kriterien des DSM IV litt Frau C. danach wieder trotz NTX unter einer schweren BPS. Die positive Wirkung der ersten Gabe war beim zweiten Behandlungsversuch nicht reproduzierbar.

Aus der Sicht der Patientin und des Behandlers war ihr Zustand so schlimm wie zu Beginn der Behandlung. An der Schwere ihrer BPS und Depression hatte sich nach DSM IV trotz zwischenzeitlicher Besserungen keine dauerhafte Änderung ergeben.

MONAT	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Schweregrad der BPS-Symptome	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Psychosoziale Stressoren			+	+	+	+	+			(+)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Krankenhausbeh.	+				+	+	+					+		+	+	+	+		+		+	+	+	+	+	+
Medikation:																										
NTX									+	+	+	+	+	+	+							+				
Neuroleptika	+				+	+	+					+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+	(+)	+	+	+	+	+	+
Antidepressiva	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Benzodiazepine					+	+	+					+		+	+	+						+	+	+		+

Abbildung 3 : Behandlungsverlauf Patientin C.

2.6 Kasuistik 4

2.6.1 Vorbehandlung

Nach vielfachen Suizidversuchen und über zwanzig Akutaufnahmen in den letzten 9 Jahren, während die gesamte Zeit über eine ambulante, lösungsorientiert und später traumatherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie bei einem niedergelassenen Therapeuten stattfand, kam Frau D. in psychiatrische Behandlung der Institutsambulanz.

Die Vormedikation bestand aus 25 mg NTX, 10 mg Olanzapin, 5000 mg Chloralhydrat und 20 mg Lorazepam täglich, die beiden letzteren Substanzen zum grossen Teil von der koabhängigen Mutter illegal „besorgt“.

Der ambulante ärztliche Therapeut hatte von NTX gehört und selbst mit der Verordnung begonnen, dann aber wegen extremer Eigengefährdung der Patientin die zusätzliche kliniknahe ambulante Mitbehandlung vorgeschlagen. Das sollte die Wartezeit überbrücken helfen, bis Frau D. zwei Monate später in eine weit entfernte Traumaklinik aufgenommen würde.

2.6.2 Erster Eindruck

Die kleine, schwarz gekleidete, 29-jährige Frau sah meist zu Boden und musterte den Arzt nur gelegentlich mit misstrauisch-verächtlichem Blick. Sie war sehr abgemagert, bewegte sich schleppend und reagierte verlangsamt. Ihr Hals und ihre Handgelenke wiesen erhebliche Vernarbungen auf. Aufmerksam verfolgte sie den Ablauf dieses ersten therapeutischen Gesprächs und zeigte neben ihrer Verächtlichkeit auch allmählich kooperative und empfindsame Seiten.

2.6.3 Initiale Beschwerdeschilderung

„Ich esse nichts mehr, ich will mich aushungern und habe schon 16 kg geschafft abzunehmen. Ich halte es nicht mehr aus, ständig um mein Überleben zu kämpfen. Ständig muss ich diese Bilder vor mir sehen, was mir früher passiert ist, und dann über Selbstmord grübeln, meine Sachen ständig nachkontrollieren und wie blöd meine Wohnung putzen. Dabei fühle ich mich wie tot und dagegen hilft nur noch, Blut fliessen zu sehen. Manchmal stehe ich wie unter Zwang, dann schneide ich mir in den Hals. Ich komme auch von den Sch...-Tabletten nicht mehr runter. Meine ganzen Beziehungen sind alle kaputt“

2.6.4 *Psychopathologie zum Behandlungsbeginn*

Frau D's Vigilanz war leicht herabgesetzt, ihr Bewusstsein zeitweise eingengt auf innere Gedankenabläufe. Sie war voll orientiert, aber von ihrer Aufmerksamkeit her mittelschwer eingeschränkt. Es lagen keine Konzentrationsstörungen vor aber wiederkehrende Gedächtnislücken. Ihr Denken war leicht verlangsamt. Sie litt unter mittelschweren Kontroll-, Putz- und Grübelzwängen, hatte häufig Panikattacken und vermied phobisch Menschenansammlungen und enge Räumen. Dunkel- und Verlassenheitsangst kamen hinzu. Sinnestäuschungen oder Wahn waren nicht vorhanden, stattdessen häufige Depersonalisationen. Die Affektlage blieb über weite Strecken ratlos und deprimiert, ohne Vitalität und Hoffnung, mit starken Schuld- und Insuffizienzgefühlen. Sozialer Rückzug war erfolgt auf ihre Herkunftsfamilie und wenige BPS- und Psychosepatienten, die sie aus der Klinik kannte. Häufig fügte sie sich ohne bewusste Tötungsabsicht tiefe Schnitte an den Unterarmen und am Hals zu, unternahm aber auch Suizidversuche mit Pulsaderschnitten und Tabletteneinnahme. Sie zeigte impushaftes Kaufverhalten mit für ihre Verhältnisse selbstschädigenden Geldausgaben und eine starke Suchtentwicklung mit Alkohol, bis zu 5000 mg Chloralhydrat und maximal 20 mg Lorazepam täglich, Entzugsdelirien waren anamnestisch bekannt, traten aber aktuell nicht auf.

2.6.5 *Anamnese*

Zusammen mit ihrem 5 Jahre jüngeren Bruder wuchs Frau D. bei den alkohol- und medikamentenabhängigen Eltern auf. Es herrschte ein Klima von ängstlicher Vermeidung jeglicher Konfliktaustragung. Beide Eltern, inzwischen geschieden, seien so zerbrechlich und hilfsbedürftig gewesen, dass, wenn es einem in der Familie besser gegangen sei, die anderen ihn mit ihren Sorgen wieder „runtergezogen“ hätten. Diffuse Erinnerungen habe sie an den sexuellen Missbrauch durch Vater und Onkel. Davon sei auch ihr Bruder betroffen gewesen. Seit dem 11 Lebensjahr habe sie sich selbst verletzt, spätestens seit dem 13. Lebensjahr von der Mutter mit Benzodiazepinen zur Ruhe gebracht worden. Mit 15 hätten junge Männer aus der Nachbarschaft sie vergewaltigt. Nach zwei abgebrochenen Ausbildungen in helfenden Berufen war sie seit 9 Jahren fast nur in akutpsychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, davon über zwei Jahre in ununterbrochener Behandlung einer Borderlinespezialstation. Aus der

zuständigen Akutpsychiatrie wurden ständige Suizidversuche, auch auf Station, Suizidkoalitionen mit anderen Patientinnen und häufige Alkohol- und Benzodiazepinrückfälle berichtet.

2.6.6 *Soziale Situation zu Behandlungsbeginn*

Frau D. lebte allein in einer eigenen Wohnung, war aber in quälender Weise an ihre Herkunftsfamilie gebunden, indem sie aus Angst vor dem Alleinsein allabendlich ihre Mutter besuchte und sich von ihr Suchtmittel beschaffen liess. Sie litt unter grosser Angst, den Kontakt zur Familie zu verlieren. Bisher hatte Frau D. keine stabile Partnerschaft und weder Beruf noch Berufsausbildung.

2.6.7 *Diagnose*

Nach DSM IV waren folgende Kriterien einer BPS erfüllt:

Das Grundmuster schwerer Instabilität in Beziehungen, Selbstbild, Affekten und Impulskontrolle zeigte sich seit der Jugend in verschiedenen Lebensbereichen. Von den 9 möglichen Unterkriterien waren 7 in starker Ausprägung vorhanden: Es fanden sich starke Verlassenheitsängste, instabile intensive Beziehungen, eine ausgeprägte Identitätsstörung, starke Impulsivität bei Substanzmissbrauch und Geldausgaben, wiederholte schwere Suizidversuche und Selbstverletzungen, eine ausgeprägt instabile, reaktive Affektlage und schwerste dissoziative Symptome. Damit lag nach dem DSM IV eine schwere BPS vor. Zusätzlich wurden eine substanzgebundene Mehrfachabhängigkeit, eine Angst- und eine Zwangsstörung diagnostiziert.

Nach ICD 10 waren die Merkmale einer BPS, einer Zwangsstörung, einer atypischen Anorexie, einer Polytoxikomanie, einer rezidivierenden depressiven Störung, einer gemischten Angststörung, einer Zwangsstörung, einer dissoziativen Störung, eines Depersonalisationssyndroms und einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung erfüllt.

2.6.8 Therapie

Frau D. kam alle 2 Wochen zu halbstündigen Terminen, im Urlaub des niedergelassenen Psychotherapeuten häufiger. Themen waren die Medikation und aktuelle Vorkommnisse.

Die zwei Monate vor der Aufnahme in die Traumaklinik standen ganz im Zeichen der Suizidgefahr, Nahrungsverweigerung und Sucht der Patientin. Da sie Monate nach dem Ansetzen von NTX in die Ambulanzbehandlung kam, wurde sie nach ihren vorangegangenen Erfahrungen mit dieser Substanz befragt: Frau D. hatte den Beginn der opiatantagonistischen Behandlung nach eigenen Worten „wie unter der Käseglocke von Beruhigungsmitteln gar nicht richtig mitbekommen“. Sie konnte deshalb über anfängliche Veränderungen kaum retrospektiv berichten. Weder hatte sie damals einen spektakulären Effekt wahrgenommen, noch blieben Dissoziationen jetzt aus. Frau D. meinte aber stets, seit sie NTX einnehme, spüre sie sich besser und wolle deshalb keinen Absetzversuch unternehmen. Schnell wurde deutlich, dass die Behandlung vertrauensbildende Massnahmen benötigte, bevor Entgiftung und gezieltere Pharmakotherapie möglich waren. Deshalb einigten wir uns in der knapp zur Verfügung stehenden Zeit auf sehr wenige Änderungen, nämlich einen Behandlungsversuch mit 50 mg Sertralin täglich und langsames Ausschleichen von Chloralhydrat. Das gelang auch fast vollständig, bevor Frau C. in die Traumaklinik ging.

Frau D. wurde nach mehreren Monaten mit dem Behandlungsschwerpunkt des Erlernens von Stabilisierungsübungen aus der Spezialklinik disziplinarisch entlassen. Denn es wurde klar, dass sie heimlich weiter Suchtmittel zu sich genommen hatte, die von der Mutter in die Klinik geschmuggelt worden waren. Das Angebot der dortigen Weiterbehandlung mit zwischengeschalteter Entgiftung unter geschlossenen Stationsbedingungen wollte sie nicht wahrnehmen. NTX nahm sie aber weiter ein.

Nach Entlassung aus dem ruhigen Stationsumfeld war zwar ihr Gewicht normalisiert. Aber schnell versagten in der alten Umgebung alle erlernten Stabilisierungstechniken, und die Patientin wurde sofort wieder akut suizidal. Da Frau D. weder zurück in die Traumaklinik noch in die zuständige Akutpsychiatrie wollte und auch vehement eine stationäre Entgiftung ablehnte, begann eine langfristige ambulante psychiatrische Behandlung. Die bisherige

Psychotherapie lief indessen weiter.

Frau D. kam aus der Klinik mit einer Entlassungsmedikation aus täglich 25 mg NTX, 25 mg Olanzapin, 150 mg Sertralin, 500 mg Chloralhydrat und 17,5 mg Lorazepam. Die Weiterbehandlung umfasste die Medikamentenbehandlung inklusive NTX und ambulanter Entgiftung und in Krisenzeiten zusätzliche Stützung nach einem selbstpsychologischen Konzept (Lichtenberg, 1996; 2000; Milch, 2001; Stevenson u. Meares, 1992; Stolorow et al., 1996).

Für diese Ziele war die Arbeit an der therapeutischen Beziehung soweit notwendig, dass alle Störungen einer milden positiven Übertragung in die Bearbeitung kamen. Ein Konzept von grösstmöglicher Mitverantwortung der Patientin für ihre Medikation stärkte ihr Gefühl von Respektiertwerden und Selbstwirksamkeit. Auf dieser Grundlage konnte Frau D. schliesslich auch die Akutklinik wieder zu freiwilligen, kurzen Kriseninterventionen selbstbestimmter Dauer nutzen. Früher wären stets lange Zwangsunterbringungen erfolgt.

Olanzapin hatte mit täglich 25 mg bei Entlassung zu Bewegungsunruhe geführt, regulär 10 mg und bei Bedarf 20 mg reichten für die ambulante Weiterbehandlung zum Reizschutz aus. Sertralin blieb wegen der Zwänge als Zielsymptomatik unverändert hochdosiert. Chloralhydrat war verzichtbar, Lorazepam wurde wegen seiner für Entgiftungen und Suchtdruckdynamik ungünstigen kurzen Halbwertszeit durch Diazepam in einer etwas geringeren Äquivalenzdosis von 75 mg täglich ersetzt. Das linderte Frau D's nächtliche Ängste. Im Verlauf eines Jahres konnte die Dosis allmählich auf inzwischen 35 mg täglich reduziert werden, ohne dass Entzugserscheinungen aufgetreten wären.

Dissoziationen und Selbstverletzungen traten weiterhin dann auf, wenn die Patientin mit ihrer Familie zusammenkam, insbesondere dann, wenn sie gemeinsam über frühere Traumatisierungen sprachen. Das geschah leider zunehmend. Die notwendige Abgrenzung gelang Frau D. nur in kleinen Schritten, zuerst bei Menschen, die ihr nicht so nahe standen. Die Dissoziationen waren - wie vor NTX-Einnahme auch - der Ausgangspunkt für die meisten der schweren Selbstverletzungen am Arm und Hals. Eine NTX-Erhöhung auf 50 mg täglich hatte keinen Effekt. Die Behandlung wird weitergeführt.

2.6.9 *Behandlungsergebnis*

NTX hatte bereits in der Initialphase keine deutlich wahrnehmbare Wirkung. Änderungen unter Dosiserhöhung von 25 auf 50 mg täglich blieben aus. Die Patientin beurteilte den langfristigen Effekt nach zweijähriger Einnahme dennoch positiv im Bereich der Selbstwahrnehmung.

Es zeigten sich in übereinstimmender Sicht der Patientin und des Arztes nach den 16 Monaten Verbesserungen in den Bereichen Beziehungsstabilität, Identitätssicherheit, Frustrationstoleranz, Abgrenzungsfähigkeit, Zwangssymptomatik, Suchtverhalten und selbstschädigende Impulsivität. Bei suizidalem und selbstverletzendem Verhalten und Dissoziationen traten dagegen kaum Verbesserungen auf. Auch mit Opiatantagonist wurde die BPS durchgehend als schwer eingestuft. Die Suchterkrankung, die Angst- und die Zwangserkrankung waren abgeschwächt aber weiter vorhanden.

MONAT	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Schweregrad der BPS-Symptome	+	+	+					+	+			+				+	
	+	+	+	+				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Psychosoziale Stressoren	+	+	+									(+)		+		(+)	
	+	+	+				+	+		+		+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Krankenhausbeh.				+	+	+	+					(+)		(+)		(+)	(+)
Medikation:																	
NTX	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Neuroleptika	+	+	+	+	+	+	+	(+)	(+)								
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	(+)	(+)	(+)	+	+	(+)	+	+
Antidepressiva					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Benzodiazepine	+	+	+	+	+	+	+	+									
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Chloralhydrat	+																
	+	+															
	+	+	+	+	+	+	+	+									

Abbildung 4 : Behandlungsverlauf Patientin D.

2.7 Kasuistik 5

2.7.1 Vorbehandlung

Ein Dutzend zum Teil über einjährige akutpsychiatrische geschlossen-stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren mit nur wenigen kurzen Unterbrechungen zu Hause hatte Frau E. hinter sich, als sie in die Behandlung der Institutsambulanz kam. Sie kannte den Therapeuten aus der Anfangszeit ihrer Beschwerden von einigen ambulanten Gesprächen und aus den Bereitschaftsdiensten. Vor der Entlassung wurde auf Anregung des ambulant weiterbehandelnden Arztes die Vormedikation von 2 ml Flupentixol 10% ! alle 2 Wochen, täglich 400 mg Levomepromazin, 7,5 mg Lorazepam, 1 mg Flunitrazepam und 8 mg Zolpidem zum Schlafen durch 400 mg Amisulprid und 50 mg Levomepromazin bei Bedarf zum Reizschutz sowie 8 mg Zolpidem zur Nacht ersetzt.

2.7.2 Erster Eindruck

Die massiv übergewichtige, 31-jährige Patientin bewegte sich mühsam schnaufend auf den Sessel zu, liess sich gewichtig hineinfallen und blickte gewitzt und mit schelmischem, fast etwas flirtigem Blick umher. Im Gespräch gebrauchte sie häufig „coole Sprüche“, wenn sie aber ihr Leid gespiegelt bekam, standen ihr schnell die Tränen in den Augen.

2.7.3 Beschwerdeschilderung

Frau E. äusserte sich zu Anfang des Gesprächs zufrieden mit der vom jetzigen Behandler im Vorfeld der ambulanten Weiterbehandlung angeregten Medikamentenumstellung. Sie berichtete über ein seitdem überraschend schnelles Abklingen ihrer jahrelangen phobischen Ängste, sie könne wieder Bahn und Bus benutzen und habe viel Schwung und neue Hoffnung.

Als Beschwerden nannte sie immer wieder kehrende Selbstmordgedanken und Selbstverletzungen sowie Mord- und Brandstiftungsimpulse. Sie habe tatsächlich mehrfach Brände legen müssen.

„Das befehlen mir meine Stimmen! Ausserdem sehe ich nachts immer schreckliche Monster, die mich nicht in Ruhe lassen. Mein ganzes Geld muss ich an Spielautomaten verdaddeln, um mich abzulenken. Ich kippe mich mit viel

Alkohol zu, um nichts zu merken, oder ich schneide mich selbst, um mich besser zu spüren. Da kommt kein gutes Gefühl auf, mit meinen Partnerschaften habe ich auch kein Glück - wie früher mit den Männern. Ich habe Angst, keiner will mehr etwas von mir wissen.“

2.7.4 *Psychopathologie zu Behandlungsbeginn*

Frau E. war wach, ohne Beeinträchtigung von Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit oder Gedächtnis. Häufig aber nicht durchgängig musste sie Grübeln im Rahmen depressiver Verstimmungen. Gelegentlich spürte sie Zwangsimpulse, etwas in Brand zu stecken, jemanden zu quälen oder sich selbst bzw. andere umzubringen. Panikattacken, aber auch generalisierte Angst kamen in grösseren Abständen vor. Phobische Ängste vor engen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln und Menschenansammlungen waren ständig präsent. Es lag kein Wahn vor. Pseudohalluzinationen zeigten sich in Form beleidigender oder imperativer Stimmen, die befahlen, was sie auch als Zwangsimpuls kannte (s.o.), und optischer Erscheinungen von Werwölfen, Monstern oder Fratzen im Dunkeln oder an dunklen Fenstern. Rezidivierend litt sie unter Störungen der Vitalgefühle, Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit und Insuffizienzgefühlen kombiniert mit starker innerlicher Unruhe. Zwar hatte sie keine Bewegungsstörungen, der Antrieb war aber gemindert. Ihre Ängste nahmen abends und nachts stark zu, sonst lagen keine zirkadianen Besonderheiten vor. Sozial zog sie sich auf wenige Mitbewohner ihrer Wohneinrichtung zurück, gelegentlich hatte sie lesbische Beziehungen, die zwischen Idealisierung und Entwertung schwankten, und besuchte hin und wieder ihren Exmann und die gemeinsamen Kinder sowie ihren Vater, der ihr Geld für Spielautomaten gab. Fast täglich kam sie ihrer Automaten Spielsucht nach, hatte mehrfach pro Woche Alkoholexzesse aber keine Entzugserscheinungen.

2.7.5 *Anamnese*

Mit zwei Halbgeschwistern (+ 2J., - 5J.) aus der ersten Ehe der Mutter wuchs Frau E. nach der Scheidung der Eltern bei ihrer Mutter auf. Sie berichtet über extrem grausame körperliche Züchtigungen, Vernachlässigung und ein instabiles Klima, da die Mutter ständig wechselnde Partner zu Besuch hatte. Mit 11 Jahren, nachdem Frau E. die Mutter erstmalig zurückgeschlagen hatte, kam sie für 2

Jahre in ein Heim für schwererziehbare Kinder, dann zum durch seine Alkoholabhängigkeit schon deutlich hirnrorganisch veränderten Vater. Kontakt zu Mitschülern kam nicht zustande. Es sei zu Vergewaltigungen durch den Vater und längerem Missbrauch durch einen seiner Freunde gekommen. Neben der Pflege des Vaters habe sie sich viel im Rotlichtmilieu „herumgetrieben, viel getrunken und es darauf angelegt, von der Polizei aufgegriffen zu werden. Aber die haben mich immer wieder zu meinem Vater gebracht“

Trotz ungünstigster Ausgangsbedingungen beendete sie eine Ausbildung in einem technischen Beruf mit gutem Abschluss. Mit 18 Jahren heiratete sie, weil sie schwanger geworden war. Sexualität empfand sie aber nie als angenehm. Die Schwangerschaft endete mit Eklampsie und Frühgeburt der Tochter im 6. Monat. Diese Tochter war behindert und blieb ein Jahr im Krankenhaus. Ihre schwere postpartale Depression versuchte sich Frau E. mit Automatenspielen erträglich zu machen. Zwei Jahre später wurde ein gesunder Sohn geboren. Vier Jahre danach bekam sie zeitgleich mit heftigen Eheproblemen heftige Unterleibsbeschwerden und wurde hysterektomiert. Seitdem begannen ihre Panikattacken und somatoformen Beschwerden sowie zunehmende Suizid- und Selbstbeschädigungshandlungen. Das führte zu ständigen Klinikaufenthalten. In zwei psychiatrischen Wohneinrichtungen und in der Klinik kam es mindestens dreimal zu Brandstiftungen durch Frau E..

2.7.6 Soziale Situation zu Behandlungsbeginn

Frau E. lebte in einem psychiatrischen Übergangswohnheim, hatte sich gerade von einer Partnerin getrennt und besuchte alle paar Wochen ihren Exmann und die 2 Kinder. Sie war frühberentet und ging keiner ergänzenden Berufstätigkeit nach.

2.7.7 Diagnose

Als Merkmale einer BPS nach DSM IV waren erfüllt:

Frau E's Muster in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild, Affekten und Impulskontrolle zeigte eine tiefgreifende Instabilität seit ihrer Jugend. Starke Verlassenheitsangst, extreme Wechsel in der Bewertung ihrer Beziehungen, eine ausgeprägte Identitätsstörung, stark (selbst-)schädigende Impulsivität bei

Brandstiftung, Geldausgaben, übermäßigem Essen und Substanzmissbrauch, häufige suidale und selbstverletzende Handlungen, affektive Instabilität abhängig von der Umgebung, häufige und andauernde Wut und schwere dissoziative und paranoide Symptome entsprachen 8 von maximal 9 Unterkriterien einer BPS, die damit in schwerer bis schwerster Ausprägung vorlag. Ausserdem wurden eine Angst- und eine Zwangsstörung festgestellt.

Nach der ICD 10 sind die BPS-Merkmale ebenfalls erfüllt, wobei Pseudohalluzinationen sicher auf eine psychosenahe Ausprägung der Borderlineerkrankung hinweisen, die Kriterien einer schizoaffektiven Psychose aber nicht erfüllt sind. Es liegen ausserdem vor ein Alkoholmissbrauch, eine rezidivierende depressive Störung, eine gemischte Angststörung, eine Zwangsstörung, eine dissoziative Störung, ein Depersonalisations- und Derealisationssyndrom, eine Esssucht, eine Impulskontrollstörung mit pathologischem Glücksspiel und Brandstiftung und eine Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung.

2.7.8 Therapie

Frau E. kam ein Jahr wöchentlich für 30 Minuten zu Gespräch und Medikamentenbehandlung in die Ambulanz, die Gesprächstechnik war selbstpsychologisch ausgerichtet (Lichtenberg, 1996; 2000; Milch, 2001; Stevenson u. Meares, 1992; Stolorow et al., 1996). Gezielte Stabilisierungsübungen (Reddemann u. Sachsse, 1997) scheiterten am ständigen Auftauchen von „Monstern“ und „Werwölfen“ in der Vorstellungswelt der Patienten.

Die medikamentöse Therapie bestand aus 400 , bedarfsweise maximal 1000 mg Amisulprid und 8 mg Zolpidem täglich sowie bei Bedarf 50 bis 400 mg Levomepromazin zusätzlich. Die Patientin liess aber gelegentlich „auf Befehl der Stimmen“ ihre Medikamente ganz oder teilweise weg.

Nach einigen Monaten Therapie wurde Frau E. durch nächtliche Telefonanrufe eines Exfreundes sexuell belästigt. Ihre Alarmstimmung versetzte sie in einen dissoziativen Dauerzustand, der wochenlang anhielt, als der Anrufer längst aufgegeben hatte.

„Ich fühle mich gar nicht mehr, ich bin wie ein Roboter, nur noch eine ausführende Maschine für die lebensnotwendigen Erledigungen. Ich habe wieder angefangen, mich an den Armen zu ritzen und habe solch ein Druckgefühl, auch tiefer zuzuschneiden.“

In dieser Situation entschied sich Frau D. für einen Behandlungsversuch mit NTX. Die Dosis von initial 25 mg täglich wurde wegen ausbleibender Wirkung allmählich innerhalb von 3 Wochen auf 100 mg täglich gesteigert, doch jeglicher Effekt blieb aus.

Die NTX-Gabe wurde nach 4 Wochen beendet und die Therapie mit den bisherigen Strategien fortgesetzt. Antidepressive Behandlungsversuche mit Cipramil, Venlafaxin und Remergil mussten bereits bei niedrigen Dosierungen und nach wenigen Tagen abgebrochen werden, weil die Pseudohalluzinationen zunahmen. Ein allmählicher Ersatz eines Teils der Neuroleptika durch Carbamazepin ist geplant.

2.7.9 Behandlungsergebnis

NTX blieb trotz Dosiserhöhung auf 100 mg täglich wirkungslos. Aus Sicht der Patientin und ihres Therapeuten wurden im Laufe eines Jahres gute bis befriedigende Ergebnisse bei der Vermeidung von Stationsaufenthalten, Brandstiftungen, Alkoholexzessen und Automatenenspiel erreicht und etwas stabilere Beziehungsmuster erarbeitet. Die BPS war aber immer noch schwer ausgeprägt, die Sucht, Angst- und Zwangsstörung deutlich gelindert.

MONAT	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Schweregrad der BPS-Symptome	+	+	+	+	+								
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Psychosoziale Stressoren											+		
	+	+			+	+		+		+	+	+	+
Krankenhausbeh.	+										(+)		
Medikation:													
NTX					+								
Neuroleptika	+												
	+	+	+	(+)	+	+	+	+	(+)	+	+	(+)	+
	+	+	+	(+)	+	+	+	+	(+)	+	+	(+)	+
Antidepressiva						(+)		(+)					
Benzodiazepine	+												
	+												
Zolpidem	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Abbildung 5 : Behandlungsverlauf Patientin E.

2.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Alle Patientinnen wiesen in ihrer Anamnese in Kindheit und Jugend schwere und langjährige physische und sexuelle Misshandlungen und emotionale Vernachlässigung auf. Mit schweren Depressionen, selbstverletzendem Verhalten, Sucht und Suizidversuchen waren sie bereits lange stationär und ambulant vorbehandelt worden, als sie in einem Alter zwischen 29 und 35 J. die Institutsambulanz aufsuchten.

4 Patientinnen zeigten nach den umfassenden Kriterien des DSM IV zu Behandlungsbeginn in der Ambulanz schwere bis schwerste Verläufe von BPS, eine Patientin einen mittleren Schweregrad. Komorbidität lag in allen Fällen vor: 4 Patientinnen litten zusätzlich zur BPS an einer Angststörung, zwei an einer Zwangsstörung, zwei an substanzgebundenen Süchten, eine an einer Major Depression.

Als Auslöser für einen Teil der Ängste, Depressionen und Selbstverletzungen konnten bei allen 5 Patientinnen dissoziative Zustände identifiziert werden. Andere Auslöser für den genannten Symptomenkomplex waren aktuell traumatisierend verlaufende Beziehungen, Reaktualisierung früherer traumatischer Erinnerungen durch gegenwärtige Erlebnisse und anderweitig zustande gekommene hohe Spannungs- und Gefühlsintensitäten. Diese wiederum lösten ebenfalls die Kaskade dissoziativer Reaktionen und deren Folgeerscheinungen aus.

Dissoziationen erwiesen damit sich als zentrales Symptom und Hindernis für die 5 Behandlungen. Die tiefenpsychologische Behandlungstechnik, die traumazentrierten Behandlungsmethoden und die herkömmliche Pharmakotherapie kamen an ihre Grenzen oder waren in einigen Fällen kontraindiziert. Das war entscheidend für den Einsatz von NTX.

Keine der 5 Patientinnen zeigte unter dreiwöchiger bis zehnmonatiger Gabe von NTX ernsthafte körperliche Nebenwirkungen. Die Laborkontrollen zeigten keine Abweichungen von den Werten vor der Einnahme. Die Kombination mit Antidepressiva, Antipsychotika oder Anxiolytika war problemlos möglich.

3 von 5 Patientinnen (Frau A., B., C.) reagierten beim ersten Turnus deutlich auf den Opiatantagonisten. Bei einer Patientin (Frau D.) waren ihre Rückmeldungen ebenfalls positiv, erwiesen sich aber als schwer interpretierbar.

Diese Patientin bemerkte auch keinen deutlicheren Effekt bei Erhöhung der Dosis von 25 mg auf 50 mg NTX täglich. 25 mg NTX täglich waren also ausreichend für eine Wirkung. In einem Fall wurden die Veränderungen unter 50 mg sogar als unangenehm überfordernd empfunden und die Dosis deshalb wieder auf 25 mg täglich gesenkt.

Die nicht auf NTX reagierende Frau E. bemerkte keine Veränderungen unter Dosiserhöhung bis auf 100 mg täglich.

Alle drei Patientinnen, bei denen NTX eindeutig wirkte, bemerkten in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination die ersten Tage nach der Einnahme vorübergehende innere Unruhe, leichte Übelkeit, Schüttelfrost, Gliederschmerzen und Reizbarkeit. Diese Symptome entsprachen dem

klinischen Bild von Opiatentzugerscheinungen und gingen der Linderung dissoziativer Symptomatik voraus.

Das legt nahe, dass die antidissoziative Wirkung tatsächlich durch eine Hemmung des endorphinergen Systems vermittelt wird. Wenn diese Entzugssymptome innerhalb der ersten 2 bis 5 Tage auftraten, sagten sie also eine gute antidissoziative Wirkung von NTX vorher.

Die drei Patientinnen mit eindeutiger Reaktion äusserten sich überwiegend positiv über diejenigen Effekte, die nach wenigen Tagen bis einer Woche einsetzten. Alle erlebten wesentlich intensivere Sinneswahrnehmungen bezogen auf sich selbst und ihre Umgebung. Die eigenen Emotionen wurden verstärkt registriert oder sogar nach langer Pause erstmalig wieder wahrgenommen. Das bezog sich auf Freude, Ärger, Traurigkeit und bei allen auf ein verbessertes Selbstgefühl.

Sie waren aber auch besorgt, hatten „Angst, alles wird zuviel“, sie bräuchten jetzt „mehr Abschaltphasen“, und sie benötigten z.T. mehr sedierende Medikamente. Alle berichteten, jetzt besser zu merken, wenn ihnen etwas „zuviel“ würde und sie „nerve“.

Die neuen Chancen, die sich damit der Psychotherapie unter NTX boten, konnten von Frau A. u. B. gut genutzt werden. Die so erreichten Fortschritte in der Psychotherapie hielten dauerhaft über das Ende der NTX-Gabe an.

Die Schwere der BPS-Symptomatik liess unter NTX in allen drei Fällen anfänglich deutlich nach, wobei sich in einem Fall eine leicht rückläufige Tendenz zeigte (Fr.B.) und in einem Fall der Zustand vor Verabreichung wiedereinstellte (Fr.C.). Hier überwog nach kurzer Besserung das verstärkte Erleben der belastenden Realität. Im Kontakt mit einem traumatisch erlebten Lebensumfeld wurde die gesamte Missbrauchsproblematik reaktualisiert. Die Situation wurde so extrem schwierig wie die Jahre zuvor schon.

Die Patientin Frau D., die zu Behandlungsbeginn so viele Sedativa eingenommen hatte, dass die rückblickende Interpretation für sie selbst und Aussenstehende schwierig blieb, befand sich ebenfalls, wie Frau C., weiterhin in (psychisch) missbräuchlichen Kontakt zum früheren Täter.

Die Patientin, die nicht auf NTX reagierte, war extrem übergewichtig. Wegen

ihres hohen Verteilungsvolumens erfolgte eine Vervierfachung der Dosis, ohne dass allerdings ein Erfolg eingetreten wäre. Das könnte darauf hinweisen, dass die Dosierung immer noch zu niedrig war. Gegen eine Verursachung durch Enzyminduktion und erhöhte Abbaurate spricht aber die ähnlich hohe Begleitmedikation der anderen Patientinnen.

Auch diese Patientin hatte zum Einnahmezeitpunkt schwierige Beziehungskonstellationen und Begegnungen mit dem früheren Täter.

Die 3 eindeutig vom ersten NTX-Turnus profitierenden Patientinnen hatten über 6-monatige Einnahmepausen bis zum Wiederansetzen der Substanz. Überraschenderweise waren die Effekte beim zweiten Einsatz nicht mehr nachweisbar. Daran änderten auch höhere Dosierungen bis zu 100 mg täglich nichts. Anhaltende Rezeptorregulationsphänomene waren nach mindestens einem halben Jahr NTX-Pause unwahrscheinlich und konnten die fehlende Wirkung nicht hinreichend erklären.

Unterschiede erschlossen sich erst bei Untersuchung des psychosozialen Kontexts aller Einnahmeperioden: Bei allen eindeutigen Effekten war die psychosoziale Ausgangslage beim ersten Turnus stabil, während bei den folgenden NTX-Gaben alle 3 Patientinnen starken äusseren Stressoren ausgesetzt waren. Diese instabile Ausgangslage von Frau A., B. und C. entsprach den Bedingungen, unter denen auch Frau D. und E. keine Reaktion auf Erstverabreichung von NTX zeigten.

Der angemessene Umgang mit Stressoren ist eventuell zu bestimmten Zeitpunkten und in bestimmten Situationen entscheidender für Dissoziation und Dissoziationsstop als die endorphinerge Aktivität.

Zusammengefasst war der wichtigste korrelierende Faktor mit einem Wirkungseintritt von NTX der psychosoziale Kontext der Patientinnen: Eine positive Wirkung wurde von denjenigen berichtet, die zum Zeitpunkt der Einnahme in einem stabilen Umfeld lebten, das an traumatisierenden oder Stress auslösenden Reizen arm war. Dies war nicht abhängig von der Tatsache, ob die Patientinnen NTX in einer ersten Behandlungsperiode oder zum wiederholten Mal eingenommen hatten.

Ergänzend dazu stellte sich die psychosoziale Stabilität ebenfalls als zentraler, möglicherweise ursächlicher Faktor dafür heraus, wie die Patientinnen die

Antidissoziation unter NTX bewerteten. Unter stabilen Verhältnissen wurde der Effekt als ausgesprochen hilfreich von den Patientinnen und vom behandelnden Therapeuten erlebt. Wenn sich die psychosoziale Situation verschlechterte, wie bei Frau C., so hatte auch die anfängliche positive Bewertung des NTX-Effekt keinen Bestand.

Dies wird verständlich, wenn man annimmt, dass die Wirkung eines Opiatantagonisten in einer nicht selektiven Intensivierung des vorher betäubten Erlebens der Umwelt und der eigenen Person besteht. Weil dies unabhängig von der Qualität der Erlebnisse stattfindet, werden nicht nur positive Eindrücke sondern auch Traumata, Auslöser für traumatische Übertragungsphänomene und emotionale Katastrophen verstärkt wahrgenommen.

3 Diskussion

3.1 Vergleich der eigenen Untersuchung mit der Literatur

3.1.1 Studiendesign

Die methodischen Grenzen der Studie sind eng verbunden mit den primär an der Patientenversorgung orientierten Rahmenbedingungen:

1. Weil die Untersuchung unter naturalistischen Bedingungen stattfand, d.h. unter den Bedingungen eines Versorgungskrankenhauses und an den Patientinnen eines einzigen Behandlers, war weder eine randomisierte Patientenauswahl mit Kontrollgruppe noch ein Blind- oder Doppelblind-Design möglich.
2. Placeboeffekte können angesichts der hohen Suggestibilität von BPS-Patienten und des offenen Studiendesigns auch bei der vorgelegten Arbeit – wie bei allen bisher zitierten Veröffentlichungen - nicht ausgeschlossen werden. Die hierfür erforderlichen Doppelblindstudien sind im Kontext jahrelanger ambulanter Psychotherapien extrem aufwendig und sprengen den Rahmen einer einzigen Behandlungseinrichtung. Jedoch spricht in diesem Studiendesign gegen Placeboeffekte, dass die eigenen Ergebnisse gut mit der vorbestehenden Datenlage übereinstimmen, dass die Wirkung, zwar teilweise abgeschwächt, auch bei monatelanger Einnahme bestehenblieb und schliesslich, dass bei wiederholten Behandlungsversuchen NTX auch bei denjenigen Patientinnen keine Wirkung mehr zeigte, die zuvor davon profitiert hatten.

Im Vergleich mit den ebenfalls eingeschränkten Qualitätsstandards der bisherigen Untersuchungen, bei denen die Fallzahlen gering sind, von denen lediglich von Bohus et al. (1999) ein differenziertes Testinstrumentarium verwendet wird und unter denen keine einzige Doppelblinduntersuchung ist, weist das hier gewählte naturalistische Vorgehen trotz ähnlicher qualitativer Einschränkungen folgende Vorteile auf:

1. Es stehen lange Untersuchungs- und Nachbeobachtungszeiträume zur Verfügung,
2. Viele entscheidende Parameter sind definiert, darunter auch die psychosozialen Bedingungen.
3. Ersteinsatz und wiederholte Behandlungsversuche können miteinander verglichen werden.
4. Die Unterscheidung ist möglich zwischen primärer NTX-Wirkung, Bewertung durch den Patienten und Beeinflussung der Lebensqualität durch den Medikamenteneffekt.

3.1.2 *Ergebnisse*

Die eigenen Beobachtungen belegen, dass der Einsatz des Opiatantagonisten NTX im Rahmen eines therapeutischen Gesamtbehandlungskonzepts für BPS gegen dissoziative Störungen, Flash backs und Selbstverletzungen sehr hilfreich sein kann. Doch zeigt sich kein durchgängig positives Ansprechen, eine kleinere Untergruppe der Patientinnen reagierte nicht oder fraglich. Das entspricht den Daten anderer bereits erwähnter Arbeitsgruppen (Bohus et al., 1999; Bolm u. Piegler, 2001; Fine u. Thesen, 1993; Roth et al., 1996; Sonne et al., 1996).

Anders als in den Beobachtungen von Bohus et al. (1999) und Schmahl et al. (1999) traten bei allen eigenen Fällen die Effekte entweder schon bei 25 mg NTX täglich auf oder blieben aus. Die beträchtliche Schwere der Symptomatik aller 5 Patientinnen stützt allerdings die Vermutung von Bohus, dass Schwerkranke bereits auf geringe Dosierungen ansprechen. Die Überforderung einer Patientin durch den Effekt von 50 mg NTX spricht ausserdem für eine positive Dosis-Wirkungs-Korrelation im unteren Dosisbereich zwischen täglich 25 und 50 mg.

Die Effekte von NTX legen nahe, dass das endogene Opiatsystem bei BPS-Patienten mit Dissoziationen, Flash backs und selbstverletzendem Verhalten aktiviert ist. Es gibt Vermutungen, dass die Selbstverletzungen über Schmerzreize zur Aktivierung endorphinergere Systeme und zur Belohnung durch Euphorie führen (Favazza, 1987; 1989; Winchel u. Stanley, 1991). Das kann durch die vorgelegte Arbeit nicht gestützt werden. Die wenigen Tage vom Beginn mit NTX bis zum Dissoziations- und Selbstverletzungsstopp sind zu kurz, als dass eine ausbleibende Endorphin-Belohnung eine Verhaltensänderung über Lernprozesse hätte bewirken können.

Stattdessen liegt nahe, dass durch NTX primär ein Dissoziationsstopp stattfindet und sekundär eine Verringerung von Selbstverletzungen und Flash backs eintritt. Das stützt die Hypothese, dass es sich bei einem Teil der Selbstverletzungen um einen Copingversuch hinsichtlich dissoziativer Symptome handelt (Sachsse, 2000), wie es die Patienten im übrigen selbst häufig berichten.

Einige Patientinnen aus allen Untersuchungen verletzten sich unter NTX weiter selbst. Aus den eigenen Daten ergibt sich dafür eine Erklärung, die bisher in der NTX-Literatur mit Ausnahme von Sachsse (2000) und Bolm u. Piegler (2001) kaum berücksichtigt wird:

Es gibt verschiedenste Motive für Selbstverletzung, nicht nur Dissoziationsstopp. Gegen Schneidedruck z.B. aus Selbstbestrafungsmotiven heraus oder zur Spannungsreduktion kann ein Opiatantagonist dann nicht helfen, wenn Dissoziation nicht der Ausgangspunkt ist. Diese Hypothese hat sich im Laufe der hier vorgelegten Langzeitbeobachtungen bestätigt.

Daraus folgt: Bei Schneidedruck sollte NTX also nur eingesetzt werden, wenn dem Selbstverletzten überwiegend die Funktion zukommt, quälende Dissoziationen zu beenden.

Während der mehrjährigen Behandlungsabläufe derselben Patientinnen war das Ansprechen auf NTX ganz unterschiedlich. Das legt nahe, dass die durch NTX zu hemmende Aktivierung des endogenen Opiatsystems bei der BPS mehr ein State- als ein Traitmarker ist. Dafür sprechen auch die Beobachtungen von Schmahl u. Bohus (2000).

Wenn die State-Marker-Hypothese zutrifft, bekommen psychosoziale Einflüsse auf den seelischen Zustand des Patienten zum Einnahmezeitpunkt eine enorme

Wichtigkeit für die Beurteilbarkeit des NTX-Effekts. Dies bestätigt sich durch vorgelegten Daten: Eine grosse Bedeutung kommt in allen hier referierten Fällen der jeweils aktuellen Verarbeitungsfähigkeit der Wirkung im Zusammenspiel mit dem psychosozialen Kontext zu.

Die hier vorgelegte Untersuchung versucht, diese psychosozialen Einflussfaktoren genauer zu identifizieren. Die eigenen Daten belegen die Notwendigkeit eines stabilen psychosozialen Klimas, wenn Dissoziationsstopp durch NTX von Patienten positiv erlebt werden soll. Das knüpft an die frühesten Fallberichte von Fine u. Thesen (1993) an. Sie beobachteten an Kindern und Jugendlichen nach einer NTX-Behandlungsperiode nur dann eine positive Wirkung, wenn sie in einen stabilen psychosozialen Bezugsrahmen eingebunden waren.

In akuten Belastungssituationen half die Substanz den Patientinnen nicht. Sie führte in einem Fall sogar dazu, dass die traumatisierende Realität so ungemildert wahrgenommen wurde, dass die Patientin, die zuvor von NTX profitiert hatte, schwer suizidal wurde.

Stabilität betrifft also die Beschaffenheit des psychosozialen Umfeldes, das frei sein muss von aktuellen Traumatisierungen und überfordernden Reizen. Überfordernd können dabei auch ständige Trauma-Übertragungsauslöser sein. Die momentanen Lebensverhältnisse dürfen keine überfordernden Stressreaktionen auslösen, wenn NTX eingenommen wird.

In einem äusseren Schonklima, in dem die Patientinnen nur ihren inneren, verselbstständigten Schrecken bewältigen mussten, führte NTX zu sehr guten Resultaten. Das gilt wohl für alle Hilfsangebote für traumatisierte Menschen, wie sich an den Rezidiven der Patientinnen nach Entlassung aus dem Schonklima der Traumaklinik zeigte. Besonders wichtig wird der Umweltfaktor jedoch, wenn die Wahrnehmung durch Opiatantagonisten intensiviert ist.

Derart sichere und schonende Rahmenbedingungen sind nicht überall realisierbar. Deshalb ist von der Einnahme abzuraten, wenn die Lebensverhältnisse der Patienten nicht diese Voraussetzungen erfüllen – sei es zu Hause oder z.B. auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Station mit Enge und Gewalt.

Allein ein ruhiges Schonklima genügt nach den vorliegenden Daten jedoch nicht, damit Patienten von der Einnahme von NTX dauerhaft profitieren. Denn es zeigte sich in allen bisherigen Untersuchungen, dass der positive Effekt spätestens nach dem Absetzen wieder rückläufig war, bei plötzlichem Absetzen sogar mit Reboundeffekt. Die Behandlungsdauer mit NTX sollte folglich lang genug sein, damit Patienten andere Strategien erlernen können, um ihre (Über-) Lebensprobleme besser zu bewältigen als zuvor. Das funktioniert nur mit einer parallel durchgeführten, hochqualifizierten BPS-Psychotherapie und in einer stabilen Umgebung. Dann, so zeigt die hiesige Studie, kann die Besserung nach dem Absetzen von NTX anhalten.

Folglich stellt sich die Frage, welche Psychotherapiekonzepte die o.g. erforderlichen Rahmenbedingungen für die Gabe von Opiatantagonisten unterstützen.

Stabilisierung sollte therapieschulenübergreifend den Schwerpunkt zu Beginn einer BPS-Psychotherapie darstellen. Vor der Einnahme von Naltrexon sollten genügend Stabilisierungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, wie z.B. Rückzugsorte, „Sozialpausen“ und die Bereitschaft des Patienten, sich ggfs. arbeitsunfähig schreiben zu lassen. Dann kann der Wegfall des Wahrnehmungsfilters Dissoziation verkraftet werden.

Falls erforderlich, können spezielle Stabilisierungstechniken in einem gesonderten Setting erlernt werden, Stabilisierung kann aber auch in psychoanalytisch-orientierte Arbeit als Beitrag zur Förderung Ich-stärkender Abwehrleistungen eingebaut werden (Barwinski Fäh, 2001).

Eine positiv getönte Behandlungsbeziehung ermöglicht Patienten, sich auf die Einnahme eines Medikamentes einzulassen, eine hilfreiche Wirkung zu erwarten und sie zuzulassen. Aus einer therapeutischen Haltung gemeinsamen Explorierens und Entscheidens heraus sind auch die Medikamentenentscheidungen Ausdruck der gegenseitigen Achtung und Wertschätzung. Das ist eine schwierige Aufgabe angesichts der Dynamik, die sich beim Anblick frischer Unterarmschnitte entwickelt. Ohne sichere und stabile therapeutische Beziehung ist keine stabile Grundlage für eine NTX-Behandlung gegeben.

Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Auswahl des psychotherapeutischen Gesamtkonzepts für BPS:

Es gibt therapeutische Techniken, die eine objektivierende Außensicht einer grob verzerrten Patientenwahrnehmung gegenüberstellen, Patienten früh mit ihren destruktiven Seiten konfrontieren und schwerpunktmässig die negative Übertragung bearbeiten (Kernberg, 1994; 1999; 2000). Sie bergen, obwohl die Vertreter dieser Herangehensweise inzwischen ausdrücklich zum vorsichtigen Intervenieren mahnen, bei Traumatisierten die Gefahr von zu früh aggressiv getönten Behandlungsbeziehungen, die ihren früheren Ohnmachtserfahrungen zu sehr ähneln und ausgesprochen stressauslösend sind. Das geschieht z.B. dann, wenn ihr aktuelles und früheres Erleben einer traumatisierenden Realität und ihr Bedürfnis nicht anerkannt werden, zunächst nur als Opfer gesehen und nicht mit ihrer aggressiven Täterseite konfrontiert zu werden.

Auch verhaltenstherapeutische Angstexposition (Comtois et al., 2000; Waltz u. Trautmann-Sponzel, 1999) oder Traumaexpositionstechniken (Sachse u. Reddemann, 1998) können unkritisch aus einem Gegenübertragungsaieren heraus zu früh, d.h. vor ausreichender Stabilisierung, angewandt werden.

Retraumatisierung durch Therapie ist nicht allein eine Frage der Therapieschule, denn alle Formen von Behandlung lassen sich für beiderseitiges Ausagieren von Macht-Ohnmachts- oder narzisstischen Inszenierungen missbrauchen. Und keine BPS-Behandlung bleibt vom traumatischen Übertragungs-Gegenübertragungserleben verschont.

Keine Behandlungstechnik kann Gefühlsstürme verhindern, die so heftig ängstigen und polarisieren, dass Patienten und Therapeuten sie kaum noch bewältigen können. Es gibt aber Therapierichtungen, die zur Konfrontation ermutigen, sie vertragen sich nicht mit der starken Intensivierung der Gefühlsintensitäten durch NTX.

Vorzuziehen sind für die innerlich instabilen Zustände, wenn NTX helfen kann, solche Therapiekonzepte, die einerseits mit der nötigen Abgegrenztheit und Konsequenz den therapeutischen Rahmen sichern, die andererseits aber eine empathische Wahrnehmungseinstellung und interpersonelles Verhandeln von Realität in einem intersubjektiven Kontext damit verknüpfen. Diese Konzepte

fördern es, auch aus der Sicht des Patienten die Erfordernisse und Grenzen der Therapie zu sehen. Damit kommt dessen Belastbarkeit mehr in den Blick als durch einen Therapeuten mit objektivierendem Wahrheitsanspruch. Gute Therapeuten jeglicher Ausrichtung wissen das, doch nur wenige Konzepte (s.u.) weisen explizit darauf hin.

Ein gewisser Schutz vor den malignen Eskalationen ist eine Theorie, die das Verständnis schwieriger interaktioneller Situationen erleichtert. Das wird derzeit am ehesten durch diejenigen psychoanalytischen Ansätze geleistet, die Realtraumatisierungen der Patientinnen zentral berücksichtigen (Barwinski Fähr, 2001; Ehlert-Balzer, 1996; Hirsch, 1997; 1998; 2000; 2001; Küchenhoff, 1990; Lichtenberg et al., 2000; Stolorow et al. 1996).

Der intersubjektive Kontext ist am konsequentesten bei selbstpsychologisch-psychoanalytischer Ausrichtung (Lichtenberg, 1996; 2000; Milch, 2001; Stolorow et al., 1996) konzeptualisiert. BPS-Patienten zeigen mit einem selbstpsychologischen Therapieansatz bereits nach einjähriger Therapie ein dauerhaft gutes Resultat (Stevenson u. Meares, 1992). Moderne psychoanalytische Selbstpsychologie schließt dabei ausdrücklich die Bearbeitung konflikthafter Beziehungsdimensionen mit ein. Der selbstpsychologische psychoanalytische Ansatz bearbeitet u.a. schwerpunktmässig die beängstigenden Brüche und Polarisierungen im Selbst- und Umwelterleben von BPS-Patienten, so dass er mit NTX gut kombiniert werden kann.

Liegt die Gefahr bei NTX-Einnahme im Überhandnehmen unerträglichen Affekterlebens, so liegt die große Chance im Wahrnehmen positiver und ermutigender Gefühle.

Gemeinsames Aushandeln der Therapieschritte inkl. Medikation ermöglicht den Patienten, die eigene Selbstwirksamkeit und Kompetenz zu erfahren. Dieses fördern explizit die psychoanalytische Selbstpsychologie, die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan und die speziellen traumatherapeutischen Verfahren (Comtois et al., 2000; Lichtenberg 1996; 2000; Milch, 2001; Reddemann u. Sachsse, 1997; 2000; Sachsse u. Reddemann, 1998; Waltz u. Trautmann-Sponsel, 1999).

Wenn Patienten extrem instabil sind, kann nur noch ein ritualisiertes Vorgehen, bei dem Stabilisierung einerseits und Bearbeitung der schwierigen Beziehungsaspekte andererseits voneinander getrennt stattfinden, ihrem Sicherheitsbedürfnis gerecht werden. Hier bieten die dialektisch-behaviorale Therapie (Comtois et al., 2000; Waltz u. Trautmann-Sponsel, 1999) und die neueren traumazentrierten Behandlungstechniken (Reddemann u. Sachsse, 1997; 2000; Sachsse u. Reddemann, 1998) geeignete, überwiegend stationäre Angebote an, die bei guter Abstimmung mit den Entwicklungsprozessen der Patienten deren Angst- und Erregungsniveau erträglich halten. Das kann mit der vorübergehenden Gabe von Opiatantagonisten kombiniert werden.

3.2 Ausblick

Doppelblindstudien zur Ausschaltung suggestiver Faktoren sind bei BPS-Therapien besonders sinnvoll aber auch extrem aufwendig. Denn einerseits sind diese Patienten lebensgeschichtlich motiviert sehr misstrauisch, und andererseits ist die Zielgröße einer verbesserten Selbst- und Umweltwahrnehmung unter Naltrexon eine sehr unspezifische und situationsabhängige Variable. Dissoziationen treten bei BPS-Patienten stark abhängig von ihrem momentanen psychischen Zustand auf.

Doppelblindstudien sind deshalb mit NTX am ehesten möglich, wenn der psychosoziale Kontext der untersuchten Patienten möglichst standardisierte Bedingungen aufweist, z.B. in einem ruhigen stationären Behandlungskontext mit definiertem Therapiekonzept.

Ungeklärt ist, warum gelegentlich die Wirkung unter langfristiger NTX-Gabe nachlässt. Handelt es sich bei der vermuteten Aktivierung des Opiatsystems bei Dissoziationen nur um einen Teil eines komplizierten psychophysiologischen Regulations- und Gegenregulationssystems? Interessant wären hier PET-gestützte Untersuchungen, auch in bezug auf die unterschiedlichen Opiatrezeptorfraktionen. Diese Frage könnte auch mit spezifischen Rezeptorantagonisten erforscht werden. PET-Untersuchungen könnten auch die unterschiedlichen Reaktionen derselben Patienten auf NTX unter verschiedenen Belastungszuständen klären helfen.

NTX kann in Zukunft ein wichtiger Baustein in einer symptom- bzw. syndromorientierten Psychopharmakotherapie der BPS sein. Vorstellungen einer Monotherapie gegen das komplexe Bild der BPS erscheinen heutzutage

unrealistisch und überholt (Schmahl u. Bohus, 2001).

Ein weiteres mögliches Einsatzfeld für NTX könnte der Einsatz bei noch schwereren dissoziativen Störungen sein, bei Psychosen (Scharfetter, 1999). Aktuell brachten Read und Argyle die posttraumatische Symptomen-genese bei Psychosen vermehrt in die Diskussion (Read, 1997, Read u. Argyle, 1999), womit sich die Frage nach der Rolle des endogenen Opiatsystems bei Psychosen genauso stellt, wie bisher bei BPS und PTSD.

NTX hilft zwar gegen Dissoziationen, Flash backs und Selbstverletzungen, doch zwingen gerade diese Phänomene dazu, die intrapsychischen und interpersonellen Funktionen solcher Symptome und ihre Entstehungs- und Regulationsmechanismen zu beachten. Diese Komplexität wird weitgehende Kooperation zwischen Neurobiologen, Psychopharmakologen und Psychotherapeuten erfordern.

3.3 Zusammenfassung

Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) sind schwere Erkrankungen, deren Ursprung häufig in schweren Traumatisierungserfahrungen liegt. Deshalb gehören traumaassoziierte Symptome, wie z.B. Dissoziationen, Flash backs, selbstschädigendes und selbstverletzendes Verhalten zum Krankheitsbild. Davon ist der dissoziative Symptomenkomplex sowohl mit psychotherapeutischen wie auch mit psychopharmakologischen Mitteln ausserordentlich schwer zu beeinflussen.

Diese offene Langzeitstudie wurde an 5 ambulant behandelten BPS-Patientinnen durchgeführt. Sie wurden wegen der Schwere ihrer Symptomatik und ihres schlechten Ansprechens auf herkömmliche Therapiemethoden für einen Behandlungsversuch mit Naltrexon (NTX) ausgewählt.

Die 5 Behandlungen dauerten zwischen einem und vier Jahren. Während dieser Zeit wurde NTX zwischen drei Wochen und zwei Jahre lang verabreicht. Der Beobachtungszeitraum von ein bis zwei Jahren umfasste nicht nur den Ersteinsatz von NTX sondern auch ggfs. einen zweiten und dritten Behandlungsversuch.

Bei drei Patientinnen zeigte sich, dass bereits 25 mg des unspezifischen Opiatantagonisten NTX bei der ersten Einnahmepériode ausreichten, um spezifisch Dissoziationen und ihre Folgeerscheinungen zum Abklingen zu bringen. Opiatentzugerscheinungen leiteten die positive Wirkung ein. Nach

einigen Tagen klangen die Dissoziationen ab, um einige Wochen verzögert auch die Häufigkeit und Intensität von Flash backs und Selbstverletzungen. Das betraf aber nur diejenigen Selbstverletzungen, die antidissoziativ motiviert waren. Die positiven Effekte waren nach dem Absetzen nicht rückläufig, weil die mehrmonatige Einnahme von intensiver Psychotherapie begleitet wurde, mit der die Patienten ihre Stress- und Konfliktbewältigung verbessern konnten.

Voraussetzungen dafür, dass die Patientinnen NTX als hilfreich empfanden, waren spezielle qualitative Anforderungen an ihr psychosoziales Umfeld und die parallel durchgeführte Psychotherapie: Es musste ein Klima von Sicherheit, Stabilität und Kompetenz im psychosozialen Umfeld und in der therapeutischen Beziehung vorherrschen. Lag dies nicht vor, so verschlechterte sich der Zustand und NTX zeigte keine Wirkung mehr.

Daraus konnte gefolgert werden, dass stark konfrontativ oder überfordernd wirkende psychosoziale Begleitumstände (inkl. psychotherapeutischer Techniken) nicht geeignet für die Kombination mit NTX-Gabe sind. Denn die Möglichkeiten der BPS-Patienten im Umgang mit Stress sind meist noch gering, wenn ihr Zustand NTX erfordert.

Schulenübergreifend ist deshalb eine psychotherapeutische Haltung genauer Berücksichtigung stressregulatorischer Ressourcen zu fordern, wenn NTX eingesetzt wird. Dies wird begünstigt durch schulenspezifische Theoriebildung im Rahmen von psychoanalytischen, verhaltenstherapeutischen und traumazentrierten BPS-Psychotherapiekonzepten.

Doppelblindstudien zu NTX bei BPS liegen bisher nicht vor, sind aber angesichts des möglichen Stellenwerts dieser Substanz bei der Behandlung dissoziativer Symptome dringend erforderlich.

Ein künftiges Einsatzgebiet könnte möglicherweise auch bei der Behandlung psychotischer Erkrankungen liegen.

4 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Assoziation: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Dt. Bearbeitung u. Einführung: Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 1996
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie: Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 5. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 1995
- Barwinski Fäh R: Trauma, Symbolisierungsschwäche und Externalisierung im realen Feld. Forum Psychoanal 2001; 17: 20-37
- Berg BJ: A risk-benefit assessment of naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Drug Saf 1996; 15: 274-282
- Bills L u. Kreisler K: Treatment of flashbacks with naltrexone. Am J Psychiatry 1993; 150: 1430
- Bohus M, Landwehrmeyer B, Stiglmayr C, Limberger M; Böhme R; Schmahl C: Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. J Clin Psychiatry 1999; 60: 598-603
- Bolm T: Patientenspektrum in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Unveröff. Vortrag Ambulanzentreffen 1995 und Nacherhebung 2000.
- Bolm T u. Piegler T: Der Einsatz von Naltrexon bei dissoziativen Störungen. Überlegungen zu einem Gesamtkonzept von Borderlinebehandlungen. Psychiatr Prax 2001; 28: 214-218
- Coid J, Allolio B, Rees LH: Raised plasma enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. Lancet 1983; 2: 545-546
- Comtois KA, Cochran BN, Linehan MM: Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000

- Dulz B: Über die Aktualität der Verführungstheorie. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Dulz B u. Jensen M: Aspekte zu einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Ehlert-Balzer M: Das Trauma als Objektbeziehung. Forum Psychoanal 1996; 12: 291-314
- Ehlert U u. Hellhammer D: Zur Bedeutung der Psychoendokrinologie in der Psychosomatik. Psychotherapeut 2000; 45: 191-198
- Favazza AR: Bodies Under Siege. Self-Mutilation in Culture and Psychiatry. Baltimore: John Hopkins University Press, 1987
- Favazza AR: Why patients mutilate themselves. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 137-145
- Ferenczi S: Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Schriften zur Psychoanalyse, Bd.2. Frankfurt a.M.: Fischer, 1972: 311 ff.
- Fine PM u. Thesen KA: Child and adolescent case studies using naltrexone for PTSD. Biol Psychiatry 1993; 33: 115A
- Garland C: Understanding Trauma. Tavistock Clinic Series. London: Duckworth, 1998
- Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB: Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. Am J Psychiatry 2001; 158: 575-581

- Herman J u. van der Kolk B: Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: Van der Kolk B: Psychological Trauma. Washington DC: American Psychiatric Press, 1987: 111-126
- Hirsch M: Psychogener Schmerz. In: Hirsch M: Der eigene Körper als Objekt. Gießen: Psychosozial-Verlag, 1998
- Hirsch M: Schuld und Schuldgefühl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1997
- Hirsch M: Die Bearbeitung der Erfahrung von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Familie durch psychoanalytische Psychotherapie. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Hirsch M: Multiple Traumatisierung und sexualisierte Übertragung. Forum Psychoanal 2001; 17: 38-50
- Horevitz RP u. Braun BG: Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. Psychiatr Clin North Am 1984; 7: 69-87
- Hüther G: Biologie der Angst: Wie aus Stress Gefühle werden. 2.Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1998
- Hüther G: Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. In: Streeck U: Erinnern, Agieren und Inszenieren. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 2000
- Hughes CH: Borderland psychiatric records – pro-dromal symptoms of psychical impairment. Alienist and Neurologist 1884; 5: 85-91
- Kapfhammer HP: Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen 1999; 3: 16-24
- Kernberg OF: Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc 1967; 15: 641-685

- Kernberg OF: Aggression, Trauma und Hass in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 1994; 1: 15-23
- Kernberg OF: Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. *Persönlichkeitsstörungen* 1999; 3: 5-15
- Kernberg OF: Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Kind J: Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Kisiel CL u. Lyons JS: Dissoziation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1034-1039
- Koenigsberg HW u. Siever LJ: Die Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Küchenhoff J: Die Repräsentation früher Traumata in der Übertragung. *Forum Psychoanal* 1990; 6: 15-31
- Lee MC, Wagner HN, Tanada S, Frost JJ, Bice AN; Dannals RF: Duration of occupancy of opiate receptors by naltrexone. *J Nucl Med* 1988; 29(7): 1207-1211
- Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J: *The Clinical Exchange. Techniques derived from Self and Motivational Systems*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, Inc., 1996
- Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J: *Das Selbst und die motivationalen Systeme. Zu einer Theorie psychoanalytischer Technik*. Frankfurt a.M.: Brandes&Apsel, 2000

- McGee M: Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 32-33
- Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J: Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *J Personal Disord* 1992; 6: 187-196
- Mentzos S: Die psychotischen Symptome bei Borderline-Störungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Milch W: *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2001
- Moleman P, van Dam K, Dings V: Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung – aktueller Wissensstand und Behandlungskonzepte. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Paris J: Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Poser W u. Ehrenreich H : Naltrexon – Rückfallprophylaxe bei Opiatabhängigkeit und beim Alkoholismus. *Internist* 1996; 37: 1061-1067
- Rauch S, van der Kolk BA, Fislser R, Alpert N, Orr S, Savage C, Jenike M, Pitman R: A symptom provocation study using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53: 380-387
- Read J: Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 1997; 28: 448-456

- Read J u Argyle N: Hallucinations, delusions and thought disorder among adult psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 1999; 49: 355-359
- Reddemann L u. Sachsse U: Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 1997; 3: 113-147
- Reddemann L u. Sachsse U: Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Reich J, Yates W, Nduaguba M: Prevalence of DSM III personality disorders in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24: 12-16
- Roth A, Ostroff R, Hoffmann R: Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 233-237
- Sachsse U: Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut. *Forum Psychoanal* 1987; 3: 51-70
- Sachsse U: Selbstverletzendes Verhalten – somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 2000
- Sachsse U u. Reddemann L: Traumaexpositionstechniken. *Persönlichkeitsstörungen* 1998; 2: 77-87
- Scharfetter Chr: *Dissoziation - Split - Fragmentation: Nachdenken über ein Modell*. 1.Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1999
- Schmahl C u. Bohus M: Behandlung von dissoziativen Symptomen bei Borderlinepersönlichkeitsstörungen mit Naltrexon. *Ergänzende Bemerkungen zum Beitrag aus Nervenarzt* (1999). *Nervenarzt* 2000; 70: 262-264

- Schmahl C u. Bohus M: Symptomorientierte Pharmakotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69: 310-321
- Schmahl C, Stiglmayr C, Böhme R, Bohus M: Behandlung von dissoziativen Symptomen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit Naltrexon. *Nervenarzt* 1999; 70: 262-264
- Shufman E, Porat S, Witztum E: The efficacy of naltrexone in preventing reabuse of heroin after detoxification. *Biol Psychiatry* 1994; 35: 935-945
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M: The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1027-1033
- Sonne S, Rubey R, Brady K, Malcolm R, Morris T: Naltrexone treatment of self-injurious thoughts and behaviors. *J Nerv Ment Dis* 1996 ; 184 : 192-195
- Stevenson J u. Meares R: An outcome study for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 358-362
- Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G: Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt a.M.: Fischer, 1996
- Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990; 4: 257-272
- van der Kolk BA: *Psychological Trauma*. Washington DC: American Psychiatric, 1987.
- van der Kolk BA: Das Trauma in der Borderlinepersönlichkeit. *Persönlichkeitsstörungen* 1999; 3: 21-29
- van der Kolk BA, Burbridge JA, Suzuki J: Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. In: Streeck-Fischer (Hrg.): *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1998

- Waltz J u. Trautmann-Sponsel R: Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 1999; 3: 79-89
- Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). Dilling H, Mombour W, Schmidt H (Hrg.). Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber, 1991
- Widiger TA u. Trull T: Personality and psychopathology: an application of the five-factor-modell. *J Personal Disord* 1992; 60: 363-393
- Widiger TA u. Weissman MM: Epidemiology of Borderline pesonality disorder. *Hosp Commun Psychiatry* 1991; 42: 1015-1021
- Winchel RM u. Stanley M: Self-injurious behavior: a reviewof the behavior and biology of self mutilation. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 306-317
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR: Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 57-63
- Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J: The dissoziative exoieriences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 223-227

5 Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. D. Naber danke ich für seine Bereitschaft, meine wissenschaftliche Arbeit als Dissertation anzunehmen.

Herrn Dr. med. Th. Piegler verdanke ich eine langjährige ausgezeichnete Zusammenarbeit an der Institutsambulanz des Bethesda - Allgemeines Krankenhaus Bergedorf, gGmbH. Er liess mir grösstmögliche Freiheit, diese psychotherapeutische und psychopharmakologische Untersuchung durchzuführen.

All meine Freunde verdienen ebenfalls meinen herzlichen Dank für den Rückhalt in der veränderungsreichen Zeit, in der diese Arbeit entstanden ist.

6 Lebenslauf

Persönliche Angaben	<p>Familienstand:Ledig Staatsangehörigkeit:Deutsch Alter:38 J. Geboren am 20.10.1962 in Braunschweig Eltern: Bärbel u. Günther Bolm, Hausfrau u. Vermess.-Ing., beide berentet Schwester: Christina Bolm, geb. 1969, Gymn.- Lehrerin</p>
Schule/	<p>1969 – 1973 Grundschule in Salzgitter-Lebenstedt 1982 Abitur in Freiburg i.Brsq.</p>
Studium	<p>1982 – 1989 Studium der Humanmedizin a.d. Georg-August-Universität Göttingen</p> <p>1983 – 1989 Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes</p>
Berufserfahrung	<p>1989 – 1992 Arzt i. Praktikum u. Assistenzarzt der Psychiatrischen Uniklinik Göttingen (Prof.Rüther) 1992 – 1997 Assistenzarzt der Institutsambulanz der Abtlg. für Psychiatrie u. Psychotherapie des Allg.Krkh.s.Hamburg- Bergedorf (Dr.Piegler) 1997 – 1999 Assistenzarzt der neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Albertinenkrankenhauses Hamburg (Dr.Sick) seit 1999 Fortsetzung der Ambulanztätigkeit im AK Bergedorf (seit 2001: Bethesda-Allg.Krhs Bergedorf)</p>
Spezielle Qualifikationen	<p>08.09.1999 FA für Psychiatrie (Ärztchammer Hamburg) 04.04.2001 FA für Psychotherapeutische Medizin (Ärztchammer Hamburg) Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapieweiterbildung bei der APH (Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik Hamburg e.V.) (1992 –1996) 05.02.1997 Zusatztitel Psychotherapie (Ärztchammer Hamburg) seit Anfang 1999 psychoanalytisch orientierte Gruppentherapieweiterbildung in Göttingen/Tiefenbrunn</p>
Mitgliedschaften	<p>Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik Hamburg e.V. (APH)</p> <p>Gründungsmitglied der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychodynamische Psychiatrie e.V. (NAPP) und seines Fachausschusses für ambulante Psychosenpsychotherapie</p>

7 Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.