

B. Brömmel

Das Personality Disorders Institute in New York/Cornell – ein Reisebericht

Zusammenfassung Es wird über das Personality Disorders Institute in New York berichtet. Die dort entwickelte manualisierte psychodynamische „Transference Focused Psychotherapy“ der Borderlinestörung wird skizziert, die ebenfalls störungsspezifische Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan wird ihr gegenübergestellt. Abschließend wird die heimische Behandlungssituation für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen problematisiert.

Schlüsselwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Persönlichkeitsstörung, Personality Disorders Institute, Transference Focused Psychotherapy, Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie, Psychiatrie.

The Personality Disorders Institute at New York/ Cornell and the treatment of severe personality disorders

Abstract This article deals with the Personality Disorders Institute in New York and describes its manualized Transference Focused Psychotherapy comparing it to Linehan's cognitive-behavioral Treatment of borderline personality disorder. Finally the situation for treating patients with severe personality disorders in Austria is discussed.

Keywords: Borderline personality disorder, borderline personality organisation, personality disorder, Personality Disorders Institute, Transference Focused Psychotherapy, cognitive behavioral treatment, psychiatry.

Une visite au Personality Disorders Institute (Cornell, New York)

Résumé L'article présente le Personality Disorders Institute (PDI) de l'Université de Cornell, à New York et son infrastructure pour le traitement de patients souffrant de graves troubles de la personnalité. Le manuel de traitement élaboré par Otto Kernberg et ses collaborateurs est brièvement décrit ; sa « transference focused psychotherapy » et son utilisation dans

les cas de trouble de type borderline sont esquissées et comparées à la thérapie dialectique du comportement de Marsha Linehan, destinée au même type de cas. Nous mettons ensuite en évidence les lacunes manifestées à ce niveau par l'offre existant en Autriche et tentons d'en cerner les causes.

Einleitung

Wenn einer eine Reise tut (warum eigentlich „tut“?), dann kann er was erzählen, heißt es. Nun sind zwei Wochen ja nicht wirklich viel. Wenn aber der Bildungsurlaub erschöpft, der Erholungsurlaub noch vorrätig ist (warum eigentlich?) dann kann man sich auch über zwei Wochen freuen. Im Übrigen hätte auch der Bildungsurlaub nicht für länger gereicht.

Die Erwartung, bei Otto Kernberg und seinem Team vorbeischaun zu können, beflügelt. Die psychiatrischen Abteilungen des New York Hospitals, denen das Personality Disorders Institute zugeordnet ist, liegen eine Schnellzugs-dreiviertel-Stunde außerhalb Manhattans. Das Gelände erinnert an Österreichische Nervenkliniken vor den (ehemaligen) Toren der Stadt. Das

Gebäude, ein kleiner Backsteinbau in einem weitläufigen, parkähnlichen Areal nimmt sich bescheiden aus. Auf die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen spezialisierte Bettenabteilungen gingen im Rahmen drastischer Einsparungen verloren. Übrig blieb das mittlerweile von John Clarkin geleitete Institut für Persönlichkeitsstörungen (Personality Disorders Institute, PDI) – Otto Kernberg ist bereits emeritiert, was man ihm nicht anmerkt – sowie teilstationäre wie ambulante Einrichtungen (s. u.). Für ambulante PatientInnen werden am PDI Einzel- und Gruppentherapien von Therapeuten¹ verschiedener Grundberufe (Psychia-

¹ Gemeint sind hier wie im Folgenden natürlich Therapeuten und Therapeutinnen gleichermaßen, die männliche Wortform steht stellvertretend für beide Geschlechter.

ter, Psychologen, Sozialarbeiter und Krankenschwestern) durchgeführt, es finden Supervisionsgruppen statt und last but not least werden die Behandlungen intensiv beforscht. Die Atmosphäre ist gastfreundlich und offen, junge Kollegen wie Gäste nehmen an den Teambesprechungen teil. Schließlich sollen sie lernen, wie Institutionen geführt werden (warum eigentlich nicht?).

Eine störungsspezifische Tagesklinik (day hospital) bietet ein „package“ verschiedener psychodynamischer und auch ressourcenorientierter Gruppen und Einzeltherapien an. Ein ambulantes „outpatient department“ rundet das therapeutische Angebot für berufstätige oder sonstwie sozial besser integrierte PatientInnen mit Persönlichkeitsstörung ab. Parallel zu o. g. psychodynamischen Behandlungseinrichtungen existieren übrigens ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes „day hospital“ und „outpatient program“.

Für historisch Interessierte: Noch vor wenigen Jahren existierten je eine Bettenstation, an der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen psychodynamisch respektive verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Die psychodynamische Abteilung wurde aufgrund der längeren durchschnittlichen Verweildauer der Patienten als erste geschlossen. Inzwischen mussten auch die Kollegen, die mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach M. Linehan arbeiten auf Betten verzichten. Beide Einrichtungen rekrutieren ihre Patienten von den allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der eigenen Klinik oder vom weiten Feld der institutionellen oder niedergelassenen Zuweiser. Eine Zusammenarbeit der beiden „Fraktionen“ findet kaum statt.

Die beiden unterschiedlichen Behandlungskonzepte

1. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie

Seitdem die Gruppe um Linehan die Effektivität ihrer Methode nachweisen konnte (Linehan et al. 1993, 1994) scheint sie an einem direkten outcome-Vergleich, den Kernberg und Mitarbeiter vom PDI vorgeschlagen haben, nicht interessiert. Dabei finden sich erstaunliche Parallelen in den Behandlungsstrategien. Swenson, ein ehemaliger Psychodynamiker und nunmehriger „DBT'ler“ veranschaulichte die Kompatibilität der beiden Konzepte und kam zu dem überzeugenden Schluss, dass Elemente der verhaltens- und zielorientierten DBT durchaus in ein psychodynamisches Behandlungsprogramm integrierbar sind (Swenson, unpubliziert). In der DBT werden Selbstverletzungen von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen beispielsweise als verzweifelte und mehr oder weniger erfolgreiche Versuche der Spannungsregulation verstanden. Die therapeutische Reaktion darauf besteht zunächst im Vermeiden positiver Verstärker, gefolgt von einer Verhaltensanalyse. Spezielle Spannungsregulationstechniken, sogenannte „skills“ sollen den PatientInnen helfen, selbstverletzendes Verhalten schrittweise zu überwinden (Linehan, 1996).

2. Die psychodynamische Therapie

Die psychodynamische Behandlung hingegen beinhaltet wesentlich die Arbeit an den verhaltens- und erle-

bensbestimmenden unbewussten Objektbeziehungen, an intra- und v. a. interpsychischen Abwehrmechanismen, die in der DBT nicht interessieren. Die schon früher publizierte Methode (Kernberg et al., 1989) wurde weiterentwickelt und erstmals manualisiert (Clarkin et al., 1999). Nach diesem Manual werden am PDI junge wie erfahrene, niedergelassene wie an der Klinik tätige Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter und Krankenschwestern trainiert. Supervision und Begleitforschung werden am PDI mit Hilfe von Videounterstützung durchgeführt. (Eine deutsche Übersetzung des Manuals ist in Vorbereitung und soll noch 2000 erscheinen.)

Wurde die dialektisch behaviorale Therapie speziell für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus nach ICD-10) entwickelt, kann die psychodynamische übertragungsfokussierte Therapie für alle Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation (siehe Kernberg, 1996), also für ein größeres Störungsspektrum mit Aussicht auf Erfolg angewandt werden. Das spezifische an der von Kernberg entwickelten störungsspezifischen Methode ist die Betonung von Übertragung und Gegenübertragung im Hier und Jetzt, psychogenetisch wird erst in einem späten Abschnitt der Therapie gedeutet. Damit wird den so belastenden und die therapeutische Beziehung sowie das Leben der Patienten bedrohenden primitiven Abwehrmechanismen (Spaltung, projektive Identifizierung, Entwertung u. a.) Rechnung getragen. Ihren neuen Namen: Transference Focussed Psychotherapy (TFP) verdankt die Methode diesem technischen Prinzip.

Gemeinsam ist beiden störungsspezifischen Konzepten starke Strukturiertheit und die Betonung der Eigenverantwortlichkeit der Behandelten, was z. B. durch einen Behandlungsvertrag betont wird. Dies macht eine exakte Differentialdiagnose und die Abgrenzung insbesondere zu psychotischen und depressiven Störungen (sogenannten Achse-I-Störungen des DSM-Manuals) notwendig (Saß et al., 1998). Hinzufügen möchte ich, dass der Behandlungsvertrag (und seine Verletzung) erst therapeutisches Arbeiten mit PatientInnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen ermöglicht. Dies liegt m. E. an den für diese PatientInnen charakteristischen Abwehrmechanismen, die in hohem Ausmaß interpsychisch wirksam werden. Die zugrundeliegenden Objektbeziehungen werden erst im strukturierenden Rahmen und anhand des Umgangs mit einem Vertrag sichtbar und bearbeitbar. Dort beginnt die eigentliche therapeutische Arbeit.

Und hierzulande?

15% bis 30% der stationären Psychiatriepatienten dürften eine Borderline-Störung aufweisen (American Psychiatric Association 1994). Einer deutschen Umfrage zufolge geben 30% der Kliniken die Häufigkeit von Borderline-Patienten mit mindestens 15% an. In $\frac{2}{3}$ der Kliniken, die auf die Befragung antworteten, meinte man, dass diese Störungen zunehmen werden (Dulz et al., 1998). Lassen Sie mich aus dem Alltag eines Psychiaters und Psychotherapeuten berichten, der an

und außerhalb einer Nervenambulanz stationär und nachsorgend ambulant betreut. Die klassischen Nervenambulanz wurden hauptsächlich für psychotische Patienten konzipiert. Die antipsychiatrische Bewegung der Sechziger und Siebziger verhalf der Erwachsenenpsychiatrie zu einer Reform, die an vielen (nicht allen) Orten eine Sektorsierung der Akutversorgung brachte (siehe z. B. Marksteiner und Danzinger, 1985). In letzter Zeit scheint der Trend, abgesehen von einer Dezentralisierung der Versorgung, wieder in Richtung Spezialisierung zu weisen. So werden in der Akutpsychiatrie zunehmend diagnosespezifische Programme für Patienten mit affektiven Störungen, Angststörungen, schizophrenen Erkrankungen u. a. angeboten. Die relativ große Zahl der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ging bislang (oft) leer aus.

Dabei benötigen sie spezielle Behandlungskonzepte, leiden sie doch an einer speziellen Störung, die eben nicht auf einem Kontinuum zwischen Neurose und Psychose angesiedelt ist – „verrückter als neurotisch, aber eben doch nicht psychotisch“. (Dass diese Anschauung früher tatsächlich existierte, zeigt die Zuordnung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu den schizophrenen Psychosen in der offiziell in Österreich noch immer gültigen ICD 9 als „Latente Schizophrenie“). Dieses Missverständnis bleibt nicht ohne Auswirkungen.

Ein Beispiel: Die für manche Patienten (s. o.) manchmal notwendigen und manchmal auch hilfreichen Zwangsmaßnahmen werden von Borderline-Patienten häufig im Sinne einer Reinszenierung realer traumatischer Erlebnisse „pervertiert“ (Sachsse, 1997). Wir Behandler werden zu „Tätern“ wider Willen. Bei entsprechenden Ressourcen und geeignetem Setting wäre diese Dynamik ja grundsätzlich aufzuarbeiten. Ist es aber de facto kaum, weil eben beides nicht vorhanden. Ergebnisse dieser Defizite sind nicht selten Hospitalisierungen und iatrogene Chronifizierungen. Entwicklungen also, gegen die die Psychiatrie die letzten Jahrzehnte teilweise erfolgreich angekämpft hat. Profitiert haben dabei allerdings andere Patienten (s. o.). Provokant formuliert: Im günstigsten Fall fällt der an seiner Persönlichkeit Leidende durch den psychiatrischen Rost. (Dulz et al. vermuten, dass Persönlichkeitsstörungen in knapp der Hälfte der psychiatrischen Kliniken nicht ausreichend diagnostiziert werden [Dulz et al., 1998].) Tatsächlich aber beanspruchen besonders manipulative Patienten die Aufmerksamkeit des therapeutischen Teams, das kein adäquates Behandlungsmodell anbieten kann, über die Maßen. Dies hat drei ungünstige Entwicklungen zur Folge: Dysfunktionales Verhalten wird durch vermehrte aber hilflose Zuwendung verstärkt. Andere, stillere – nicht unbedingt gesündere – Patienten geraten aus dem Zentrum der Aufmerksamkeit und laufen Gefahr, vernachlässigt zu werden. Und schließlich machen sich beim Team ob der augenfälligen Insuffizienz Erschöpfungsgefühle breit, deren Konsequenzen hier nicht weiterverfolgt werden sollen (siehe auch Kernberg, 1996).

Obwohl der Trend international (auch aus Kostengründen) in Richtung ambulanter Behandlung weist, ist es um die Versorgung dort nicht viel besser bestellt

(Clarke et al., 1995). Selbst in Ballungszentren sind kompetente Therapeuten nicht in notwendigem Ausmaß verfügbar. Dadurch kommen dann sinnvolle stationäre Aufnahmen seltener zustande. Ist eine stationäre Aufnahme solcher Patienten jedoch in ein effektives ambulantes Behandlungskonzept integriert oder integrierbar, dann kann die Hospitalisierung wertvolle diagnostische und therapeutische Dienste leisten. Entsprechend strukturierte und ausgestattete Abteilungen könnten kompetente Krisenintervention im Rahmen suizidalen Verhaltens anbieten und vorbereitend die für eine ambulante Therapie notwendige Frustrationstoleranz verbessern helfen (Marcus, 1981). Kliniken mit Spezialprogramm konnten knapp 40%, solche ohne Spezialprogramm nur 28% ihrer Patienten in ambulante Therapien vermitteln (Dulz et al., 1998).

Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen übertragen ihr Leid auf ihre Behandler – und das durchaus nicht nur im Sinne primitiver Projektionsmechanismen. Dazu gesellt sich auch ein nicht unbeträchtlicher gesundheitsökonomischer Schaden. Nicht oder nicht ausreichend behandelte Patienten leiden häufig an Alkohol- und Drogenabusus, Angststörungen und Depressionen mit entsprechenden Folgeerkrankungen und auch medizinischen Behandlungen. Bei 12% aller Patienten einer Notaufnahme wurde in einer amerikanischen Untersuchung die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt (Clarkin 1998). Gründe der Aufnahme waren meist ein Suizidversuch oder Selbstverletzung.

Schluss

Dass bei, verglichen mit der Schizophrenie, doppelt so hoher Prävalenz das Angebot für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen deutlich unter dem Bedarf liegt, scheint aufklärungsbedürftig (American Psychiatric Association 1994). Möglicherweise ist dies auch darin begründet, dass die Diagnose Persönlichkeitsstörung eine vergleichsweise junge ist. Möglicherweise überschneidet sich die Entwicklung unseres Bewusstseins für diese Störung auch mit der im Gesundheitswesen allgemein schärfer werdenden Kostendynamik. Es ist mittlerweile belegt, dass adäquate Behandlung die Gesamtkosten zu senken vermag (Chiles 1999). Dass die Gelder der öffentlichen Hand, die für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehen, aus ganz unterschiedlichen Einrichtungen mit unterschiedlichen Aufgaben kommen, dürfte die Umsetzung gesundheitsökonomischer Erkenntnisse aber verzögern. So ist für die Spitalsbehandlung ein anderes Ressort zuständig als für die Dotierung ambulanter psychiatrischer Dienste (z. B. die Sozialabteilung), von der Bezahlung oder Refundierung ambulanter Psychotherapien bei niedergelassenen Therapeuten durch die Krankenkassen ganz zu schweigen. Hier sei auf die aktuelle Diskussion um den Kassenvertrag verwiesen. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Refundierung von (zumeist) 300,- öS pro Stunde im Rahmen einer (notwendigen) höherfrequenten Therapie diese häufig sozial schwachen Patienten und ihre Behandler vor handfeste ökonomische Probleme stellen kann.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV), 4th edn. American Psychiatric Association, Washington DC
- Chiles JA, Lambert MJ, Hatch AL (1999) The impact of psychological interventions on medical cost offset: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6/2: 204–220
- Clarke M, Hafner RJ, Holme G (1995) Borderline personality disorder: a challenge for mental health services. *Aust NZ J Psychiat* 29/3: 409–414
- Clarkin JF (1998) Research findings on the personality disorders. In *Session: Psychotherapy in Practice* 4/4: 91–102
- Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (1999) *Psychotherapy for borderline personality*. Wiley, New York Chichester Weinheim Brisbane Singapore Toronto
- Dulz B, Gümmer S, Hofmann SO, Sachsse U (1998) Zum aktuellen Stand der Versorgung von Borderline-Patienten: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 201–208
- Kernberg OF (1996) *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH (1989) *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books, New York
- Linehan M (1996) *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien, München
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993) Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiat* 50/12: 971–974, zit. nach Dammann G, Clarkin JF, Kächele H (1999) *Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme*. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse R (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York
- Linehan MM, Tutek D, Heard HL, Armstrong HE (1994) Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiat* 151: 1771–1776, zit. nach Dammann G, Clarkin JF, Kächele H (1999) *Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme*. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse R (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart New York
- Marcus E (1981) Use of the acute hospital unit in the early phase of longterm treatment of the borderline psychotic patients. *Psychiat Clin North Am* 4/1: 133–144
- Marksteiner A, Danzinger R (1985) *Gugging. Versuch einer Reform*. AVM-Verlag, Salzburg
- Sachsse U (1997) *Selbstverletzendes Verhalten, Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I (1998) *Diagnostische Kriterien DSM IV*. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- Swenson C (unpubliziert) Kernberg and Linehan: Two approaches to the borderline patient
- Korrespondenz:** Dr. Bernhard Brömmel, Gentzgasse 40–42/23, A-1180 Wien, Österreich,
e-mail: bernhard.broemmel@univie.ac.at

Bernhard Brömmel, Dr. med., Psychotherapeut (KIP), Psychiater, Oberarzt an der LNK Gugging.