



### Zur Person

**Otto F. Kernberg, Prof., M.D., Jg. 1928,** langjähriger medizinischer Direktor des Personality Disorder Instituts, New York Hospital – Cornell University Medical Center, Lehranalytiker am Psychoanalytischen Forschungs- und Ausbildungszentrum der Columbia University und Professor für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Cornell University. Zu seinen früheren Aufgaben gehörte u. A. die Leitung des Psychotherapy Research Project der Menninger Foundation. Er war Herausgeber des Journal of the American Psychoanalytical Association und Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.

## „Wahrscheinlich werden in der nächsten Generation schwere Persönlichkeitsstörungen häufiger sein,“

▸ Otto F. Kernberg im Gespräch mit Ulrich Streeck

**UD** Herr Kernberg, Sie haben sich anfangs mit schweren Persönlichkeitsstörungen beschäftigt und sich dann zunehmend auf Borderline-Störungen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation konzentriert.

**O. F. Kernberg:** Ich habe mich zuerst für die schweren Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen interessiert, die ich im Forschungsprojekt der Menninger-Foundation antraf. Ich bin 1961 bei Menningers angekommen, um im Projekt zu arbeiten und habe mich dann langsam in die Arbeit vertieft und meine Aktivitäten verbreitert. Am Ende übernahm ich die Leitung des Projektes und führte es zu Ende, als Bob Wallerstein, der der Leiter des Projektes war, nach San Fransisco übersiedelte. Ich spreche von der Zeit zwischen 1961 und 1972. Von den 42 Fällen habe ich bei jedem Fall die maschinengeschriebene Zusammenfassung aller Stunden gelesen, also aller analytischen und aller psychotherapeutischen Behandlungsstunden, jeder Fall hatte sein eigenes dickes Buch. Was mich beeindruckt hat, waren nicht so sehr die Psychotherapiefälle. Aber bei den analytischen Fällen habe ich bei gewissen Patienten Eigentümlichkeiten gesehen, die mir vollkommen unterschiedlich von denen der gewöhnlichen Patienten erschienen: die Primitivität der Fantasien, das schnelle Wechseln von Stimmungen, Affekten und Inhalt und das schwere Agieren. Und was mir besonders auffiel, waren die Objektbeziehung in der Behandlung, die Melanie Klein für schwere Störungen beschrieben hatte, sowie die Ab-

wehrmechanismen und die primitiven Objektbeziehungen.

Das brachte mich dann langsam zum Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation als ein Sammelbegriff für alle schweren Persönlichkeitsstörungen, und ich habe mich mit diesem Konzept bis heute weiter beschäftigt.

In den letzten Jahren habe ich dann versucht, das ganze Gebiet der Persönlichkeitsstörungen zu beschreiben im Sinne einer Klassifikation, die klinisch wertvoll sein sollte, und aus einer Kritik gegenüber dem DSM-IV-Konzept und auch dem ICD-10-Konzept, die willkürlich und klinisch nicht richtig erscheinen. Ich bin fest davon überzeugt, das sage ich ganz offen, dass diese offiziellen Klassifikationen falsch sind. Sie gehen dem wirklichen Problem, das jedem Kliniker wie auch jedem Forscher sofort ins Auge springt, aus dem Weg: nämlich dass wir einerseits Dimensionen haben, die in der empirischen Forschung immer wieder auftauchen, und andererseits ganz klare Kategorien, die klinisch wichtig sind. Die wichtigste Kategorie ist natürlich die der Störung. Beide Klassifikationen lassen das beiseite. Das ist einfach lächerlich.

Weiterhin gibt es Dimensionen wie Introversion und Extraversion, den Grad der Aggression, den Grad, in dem es genetische konstitutionelle Dispositionen zu Gefühlsschwankungen gibt, den Grad, in dem Dispositionen zur Schizophrenie ein Faktor sind. Das ergibt alles eine Kombination von Dimensionen und Kategorien, die ich versucht habe, in einer Klassifikation zusammenzubringen. Ich habe gleichzeitig versucht, mich zu fragen, worin sich diese spezialisierte psychoanalytische Psychotherapie, die ich auch unter dem Einfluss des Menninger-Projektes entwickelt habe, von psychoanalytischer Psychotherapie im All-

gemeinen unterscheidet, wie weit leichtere Persönlichkeitsstörungen mit so einer Behandlung zu behandeln sind oder vielleicht auch nicht. Es hat mich dann interessiert, das klinisch zu den Grenzen hin auszubauen, und deshalb habe ich das ganze Gebiet der Persönlichkeitsstörungen untersucht, obwohl wir uns in unserem jetzigen Forschungsprojekt stärker eingeschränkt haben. Wir haben uns auf das Gebiet eingestellt, das sich auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung im engen Sinn beschränkt, wie sie die DSM-Klassifikation beschreibt. Deshalb haben wir die Patienten für unsere Forschung als Borderline-Patienten in diesem engen Sinne gewählt, um uns den anderen Forschungen anzupassen und in Vergleichsgebiete zu kommen.

**Im Menninger-Projekt** wurden Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen auch psychoanalytisch behandelt?

**O. F. Kernberg:** Ja, das war ja das Interessante, dass das Konzept der Borderline-Störungen damals noch so kontrovers war, obwohl es eigentlich bei der Menninger-Foundation entwickelt wurde. Im Menninger-Projekt wurde das Konzept von Robert Knight entwickelt, sodass man bei Menninger darin spezialisiert war. Aber da gab es auch eine spezielle Dynamik. Da waren einerseits Schüler von David Rappaport Erikson, diese Gruppe, die Menningers in den 50er Jahren verlassen hatte. Andererseits gab es eingefleischte altmodische Psychoanalytiker, die sagten, Psychoanalyse und sonst nichts. Und dazu kam noch Karl Menninger, der Leiter der Klinik, dessen Steckenpferd war die Einheit aller psychiatrischen Pathologie. Er sträubte sich so gegen das Konzept, dass ich am Anfang vorsichtig sein musste, das Borderline-Konzept zu erwähnen. Es gab diesen Gegensatz, und das bedeutete, dass viele Patienten in Analyse kamen, die die meisten, außer Kleinianern, nicht in Analyse nehmen würden. Wir hatten z.B. eine Patientin, die aus Protest gegen den Analytiker ganz einfach auf die Couch gepinkelt hat. Sie hat sich ganz nass gemacht. Der Analytiker war ein Ausbildungskandidat, und der sagte, das Beste, was er tun könne, sei sie mit einem Leinentuch zu bedecken, damit sie sich nicht erkälte. Also, das war ziemlich merkwürdig. Wir hatten einen anderen Patienten in Analyse – der Patient war ca. 40 Jahre alt, der Analytiker war ca. 50 Jahre, die Mutter des Patienten war

ungefähr 70 –, der entwickelte die Wahnidee, dass der Analytiker ein sexuelles Verhältnis mit seiner Mutter hatte, kam mit einer Pistole und drohte, den Analytiker zu erschießen, wenn er nicht gestehen würde. Also, wir hatten sehr schwere Fälle. Es gab auch ein paar Todesfälle.

**Durch Suizid?**

**O. F. Kernberg:** Durch Suizid und einen durch Alkoholismus und Drogen, sodass die Auswahl vollkommen chaotisch war. Wenn wir unabhängig von der Behandlungsindikation Ich-Stärke untersuchten (mit projektiven Tests, die sehr gut ausgeführt wurden – das war auch eine Spezialität von Menninger), wurde klar, dass 50% der Patienten, die in Psychotherapie waren, eigentlich über Ich-Stärke verfügten, die anderen 50% dagegen nicht; und ähnlich war es bei den Patienten, die in Psychoanalyse waren. Das gab uns ungewollt einen sehr guten Test, der mich aufgrund der statistischen und quantitativen Analysen – wir haben mehrere Methoden benutzt – zu dem Schluss brachte, dass sich mitunter die Ich-Stärke aller Patienten verbessert, obwohl sie mit Psychoanalyse am meisten vorankommen. Bei Ich-Schwäche ist weder Psychoanalyse, so wie sie praktiziert wurde, hilfreich noch stützende Therapie; am wirksamsten ist psychoanalytische Psychotherapie, die mit Übertragungsanalyse arbeitet, während der Patient gleichzeitig außerhalb der Stunden soviel Stütze erhält wie er braucht. Und diese Erfahrung hat mich stimuliert, die analytische Psychotherapie weiterzuentwickeln. Also, die Indikationen (im Menninger-Projekt) waren vom heutigen Standpunkt aus falsch. Ich muss übrigens gleich hinzufügen, dass meine Kritik der stützenden Psychotherapie, was ihre Anwendung an Patienten mit schwerer Ich-Störung betrifft, nicht von allen Forschern der Gruppe geteilt wurde. Meine Schlussfolgerung basiert auf der quantitativen und statistischen Analyse der Resultate. Dagegen ist Bob Wallerstein, den ich sehr schätze, auf der Basis seiner individualisierten Analyse jedes Falles zu einem Schluss gekommen, den er natürlich sehr verteidigt, dass stützende Elemente alle Behandlungen durchdringen und ein wichtiger Faktor der Besserung aller Patienten sind. Das ist eine Diskussion, die ich mit ihm seit Jahren habe, und ich kenne seine Argumente, er kennt meine Argumente, und das braucht noch mehr Forschung, um bewiesen zu wer-

den. Wir haben in der Forschung, die ich jetzt in meinem Institut begonnen habe, drei Gruppen von Borderline-Patienten im engen Sinne; eine wird mit TFP<sup>1</sup> behandelt, eine andere Gruppe mit DBT<sup>2</sup> von Linehan und die dritte Gruppe mit einer stützenden Psychotherapie auf psychoanalytischer Basis. Jede dieser Gruppen wird von einem überzeugten Anhänger der respektiven Einstellung geleitet, und zusätzlich bekommen alle Patienten Medikamente, die in einem gemeinsamen Schema über die drei Gruppen hinweg benutzt werden, sodass wir auch die Möglichkeit haben, den Effekt solcher Medikamente einzuschätzen. Das ist natürlich eine Komplikation des Forschungsprotokolls, aber ich glaube, es ist sinnvoll.

**Welche Psychopharmaka setzen Sie in der Studie ein?**

**O. F. Kernberg:** Im Allgemeinen benutzen wir Paul Soleffs Algorithmus und zwar für Angstzustände, Angstphänomene im Allgemeinen, kognitive Desorganisation, die sich zusammen mit Angstzuständen entwickelt, Neuroleptika mit niedriger Dosierung. Wir werden uns wahrscheinlich auf ein oder zwei Neuroleptika konzentrieren. Ich nehme an, wir werden eins von den neuen atypischen Neuroleptika benutzen. Das muss noch entschieden werden. Falls Patienten auf eines dieser Medikamente nicht reagieren, bekommen sie ein zweites, eines derselben Serie. Wenn sie auf das zweite Medikament nicht reagieren, dann machen wir medikamentös überhaupt nichts mehr. Den Patienten mit depressiven Symptomen und atypischer Depression geben wir einen SSRI<sup>3</sup>, und wenn das nicht geht, einen zweiten SSRI. Wir sind noch in der Diskussion, ob wir auch MAO-Hemmer einsetzen sollten oder ob wir nur zwei SSRI nehmen und weiter nichts. Es gibt da eine Diskussion unter den Psychopharmakologen. Die meisten glauben, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die nicht auf einen SSRI reagieren, auf einen anderen reagieren, während andere Psychopharmakologen glauben, dass ein Patient mit einer Persönlichkeitsstörung, der nicht auf *einen* SSRI reagiert, dann auf keinen

<sup>1</sup> TFP=Transference Focussed Psychotherapy

<sup>2</sup> DBT=Dialektisch-behaviorale Therapie

<sup>3</sup> SSRI bezeichnet die Substanzgruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer.

reagiert. Das können wir noch nicht entscheiden. Im Falle einer wirklichen bipolaren Krankheit würden wir einen Stimmungsstabilisator benutzen – aber nur bei solchen Fällen, denn die Forscher sind sich im Allgemeinen einig, dass diese stimmungsstabilisierenden Medikamente eigentlich überhaupt keinen Effekt bei Persönlichkeitsstörungen haben im Gegensatz zu wirklichen Major Affective Disorders.

**ID** Werden die Patienten im Rahmen ihres Forschungsprojektes auch in irgendeiner Weise sozialtherapeutisch unterstützt?

**O. F. Kernberg:** Nein, d.h. nicht in der TFP-Behandlung. In der TFP-Behandlung bekommen sie nur zwei 45-Minuten-Sitzungen pro Woche. Die Patienten in der DBT bekommen die Unterstützung, die die DBT den Patienten vorschreibt, d.h. Telefongespräche, Gruppensitzungen. TFP ist ökonomischer als DBT, und wir untersuchen auch die Kosten der Behandlungen. Wenn zwei Behandlungen denselben Erfolg haben, aber eine ist kostenniedriger als die andere, dann halten wir das für wichtig. Soziale Unterstützung ist bei stützender Psychotherapie vorgesehen, obwohl die mit einer niedrigeren Frequenz gemacht wird, eine Stunde pro Woche, aber nicht bei TFP.

**ID** Die dialektisch-behaviorale Therapie ist in Deutschland noch recht unbekannt. Könnten Sie etwas zu den groben Unterschieden sagen?

**O. F. Kernberg:** DBT ist eine kognitive Verhaltenstherapie, die auf zwei hauptsächlich Prinzipien aufgebaut ist: Das eine ist die Validation des Patienten, d.h. sein Selbstgefühl, die Selbstsicherheit, die Erlebnisse des Patienten zu bestätigen und seine eigene Sicherheit zu stärken. Dem Patienten, der aus Sicht der DBT-Theorie als traumatisiert betrachtet wird, wird dabei geholfen, seine eigene Einstellung gegenüber dem Trauma zu festigen. Das andere Prinzip ist ein Training von Fertigkeiten aller Art. Das bedeutet beispielsweise, mit den Umständen umzugehen, die starke Affektausbrüche auslösen, besonderes Augenmerk wird auf suizidales und parasuizidales Verhalten gelegt. Es ist wichtig, dass ich hier unterstreiche, dass DBT zuerst für suizidale und parasuizidale Patienten entwickelt wurde; dass das Borderline-Patienten waren, hat Marsha Linehan erst nach Jahren entdeckt. Wenn DBT

jetzt als Behandlung von Borderline-Patienten beschrieben wird, muss man im Auge behalten, dass die eine Untersuchung, die empirisch bewiesen hat, dass die Behandlung besser als „treatment as usual“ ist, sich nur auf suizidales und parasuizidales Verhalten beschränkt hat. Wir dagegen versuchen jetzt, den Effekt unserer Behandlung auf die ganze Persönlichkeit des Patienten empirisch zu untersuchen. Wir haben natürlich schon eine offene Studie mit diesen Patienten gemacht, die sehr positiv verlaufen ist; aber jetzt geht es darum, Behandlungen zu vergleichen. Wir nehmen an, dass das nicht einfach ein Pferderennen ist, sondern dass unterschiedliche Behandlungen unterschiedliche Symptome bei unterschiedlichen Patienten durch unterschiedliche Mechanismen verändern. In dieser Beziehung ist es interessant, Behandlungen zu vergleichen, von denen vielleicht jede ihre spezielle Indikation hat.

**ID** Übende Elemente spielen in der übertragungsfokussierten Psychotherapie ja keine Rolle.

**O. F. Kernberg:** Nein, absolut nicht. Ganz im Gegenteil – in der psychodynamischen Psychotherapie, die wir entwickelt haben, versuchen wir dem Patienten zu helfen, die Fähigkeit zu entwickeln, zu seinen eigenen Schlüssen zu kommen und seine eigenen Entscheidungen zu treffen, ihn nicht per Unterweisung und Geschicklichkeitstraining zu verändern, sondern mit Hilfe von Deutungen von primitiven Spaltungen und der Integration von extremen Affekten. Damit sind idealisierende, paranoide und verfolgende Affekte gemeint, die durch die Spaltung primitiv und dysfunktional sind, und die sich bei einer Integration gegenseitig modulieren, sodass der Patient größere Kontrolle über sie ausüben kann.

**ID** Haben Sie in dem Projekt auch Patienten, die zu schwerem Agieren und antisozialem Verhalten neigen?

**O. F. Kernberg:** Ja, absolut. Wir haben bereits Erfahrungen, dass das die Patienten mit der schlechtesten Prognose sind. In unserer Randomisierung sind Aggressivität, antisoziales Verhalten und allgemeines soziales Versagen die drei Elemente, nach denen wir Untergruppen randomisieren.

**ID** Mich würde interessieren, wie Sie heute die Bedeutung des Traumas in der



Ätiologie der Borderline-Störung einschätzen?

**O. F. Kernberg:** Ja, das ist ein wichtiges Element. Ich glaube, es gibt da überzeugende Forschungen, besonders die von Joel Paris in Toronto. Das sind Untersuchungen, die sehr geschickt und mit einer sehr reinen Methodologie entwickelt wurden, ohne ideologischen Unterbau. Die ganze Traumaforschung ist leider ideologisch durchsetzt, und man kann manche dieser Befunde überhaupt nicht mehr glauben. Da gibt es fundamentale politische Überzeugungen, sodass man hier bedauerlicherweise vieles in Frage stellen muss. Aber das trifft nicht auf die Arbeiten und die klinischen Beobachtungen von Michael Stone und die empirische Untersuchung von Joel Paris zu, die beweisen, dass bei Borderline-Patienten eine höhere Prävalenz des Erleidens von physischer und sexueller Misshandlung bzw. der Umstand, dass jemand Zeuge von physischer und sexueller Misshandlung gewesen ist, als ein wichtiger ätiologischer Faktor eine Rolle spielen, nicht der einzige, aber ein wichtiger!

**ID** Man trifft hier gelegentlich auf die Behauptung, dass chronische Traumatisierungen in der Entwicklung von Borderline-Störungen immer nachzuweisen seien. Gehen Sie so weit?

**O. F. Kernberg:** Ich glaube, das ist eine Übertreibung. Das ganze Konzept der PTSD, der posttraumatischen Stressstörung, ist weit übertrieben, und das Konzept selbst hat sich dabei verwischt. Die posttraumatische Stressstörung ist im engen Sinne eine akute Störung, die sechs Monate bis ein Jahr dauert und spezifische Symptome hat. Wenn eine

traumatische Situation über viele Jahre hindurch Effekte hat, so ist das aus verschiedenen Gründen eine Persönlichkeitsstörung, die sich entwickelt hat. Die Symptomatik ist dann die Symptomatik der Persönlichkeitsstörung, und die Behandlung ist die Behandlung der Persönlichkeitsstörung, nicht der traumatischen Situation. In dieser Hinsicht, glaube ich, wird Traumabehandlung übertrieben, besonders in Deutschland. Deutschland spezialisiert sich in der Übertreibung von Traumabehandlung und in einer kontroversen Behandlung, die Augenbewegungen benützt (gemeint: EMDR).

**PD** Trifft es eigentlich zu, dass Frau Linehan auch eine Zeit lang bei Ihnen an der Cornell-University war?

**O. F. Kernberg:** Nein, aber ich wollte sie zu uns bringen. Als ich Spitaldirektor war, haben George Clarkin und ich uns sehr dafür eingesetzt, aber unser Ordinarius war damit nicht einverstanden. Wir hatten dann gehofft, dass wir eine vergleichende Studie durchführen könnten. Aber Marsha Linehan hat sich geweigert, mit uns so eine vergleichende Studie zu machen.

**PD** Sie sind 1973 nach New York gegangen, jetzt sind Sie nicht mehr in der Klinik, sondern leiten ein Forschungszentrum?

**O. F. Kernberg:** Ja, ich war von 1973 an bei der Columbia University und habe die stationäre Abteilung für Persönlichkeitsstörungen geleitet. 1976 wurde ich Leiter des Spitals und war da bis 1995. Von da an habe ich dann die Leitung des Instituts für Persönlichkeitsstörungen angenommen, das im selben Spital seine Basis hatte, obwohl es mit der ganzen Psychiatrieabteilung von Cornell kooperiert.

**PD** Das Forschungsprojekt bezieht sich, glaube ich, ausschließlich auf ambulante Behandlungen?

**O. F. Kernberg:** Ja, unser Projekt ist prinzipiell auf ambulante Behandlung eingestellt, obwohl Patienten auch für kurze Zeit stationär behandelt werden könnten. Das Problem ist, dass aus finanziellen Gründen und aufgrund ideologisch begründeter Rationalisierungsmaßnahmen langwierige stationäre Behandlungen in den Vereinigten Staaten praktisch nicht mehr möglich sind.

**PD** Viele Elemente der TFP haben sich aber aus Ihren Erfahrungen mit der stationären Behandlung dieser Patienten entwickelt?

**O. F. Kernberg:** Ja, richtig. Und wir haben auch viel Erfahrung, was stationäre Behandlungen anbetrifft. Aber dadurch, dass sie jetzt fast verschwunden ist, muss sich die Forschung auf ambulante Patienten beschränken. Wir haben natürlich auch ein Tagesspital; aber ich glaube, wir werden für TFP nur ambulante Patienten nehmen. Wenn sie stationäre Behandlung brauchen, wird sich das auf ein paar Tage bis auf ein paar Wochen reduzieren, weil bei uns eigentlich keine spezifische stationäre Behandlung mehr durchgeführt werden kann.

**PD** Nach meinem Eindruck werden Phänomene, die als Spaltungsphänomene verstanden werden können, zum ausschließlichen diagnostischen Kriterium der Borderline-Diagnose erhoben, und ebenso schnell, wie man mit dem Spaltungsbegriff bei der Hand ist, hat man dann auch eine Borderline-Diagnose verteilt.

**O. F. Kernberg:** Spaltung steht nicht im Zentrum unserer Diagnose. Es ist einer der primitiven Abwehrmechanismen, der natürlich bei schweren Persönlichkeitsstörungen sehr prominent ist. Wir stellen die strukturelle Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsorganisation auf der Basis des Syndroms der Identitätsdiffusion und des allgemeinen Vorherrschens von primitiven Abwehrmechanismen.

**PD** Haben Sie den Eindruck, dass Borderline-Störungen zunehmen?

**O. F. Kernberg:** Das ist schwer zu sagen. Ich glaube, dass das unter sozialen Umständen möglich ist, in denen eine chronische Zerstörung der Familieneinheit besteht, so wie im Zentrum der großen Städte der Vereinigten Staaten. Die Kombination aus Verlust einer akzeptierten kulturellen Tradition, Zerstörung der Familie, Armut, rassistischen Vorurteilen, hoher Konzentration der Bevölkerung, Fehlen von Arbeitsmöglichkeiten, Drogenhandel und AIDS tragen dazu bei, dass eine Generation auf der Straße aufwächst. Frauen haben Kinder, die sie an ihre eigenen Mütter abschieben, Kinder, die auf der Straße aufwachsen, Väter, die sich für sie überhaupt nicht interessieren, und das wirkt sicher im Sinne von

traumatischen Umständen, sodass man voraussagen kann, dass wahrscheinlich in der nächsten Generation schwere Persönlichkeitsstörungen häufiger sein werden. Das ist aber eine theoretische Hypothese. Wir haben keine guten epidemiologischen Untersuchungen. Wir haben klinische Untersuchungen, die zeigen, dass in den Vereinigten Staaten die Schwere der Pathologie von Kindern in der Schule, die Erscheinungen von Aggressionen heutzutage viel schwerer, viel dramatischer und gefährlicher sind, als sie es vor 20 Jahren waren. Aber das sind relativ weiche oder schwache Indizien. Hinzu kommt, dass in Zeiten von raschem sozialem Umschwung, wenn traditionelle Strukturen außer Funktion sind, Persönlichkeitsstörungen scheinbar zunehmen. Denn die strukturierenden Traditionen und Aspekte einer stabilen Gesellschaft kontrollieren die Symptome der Persönlichkeitsstörungen. Wenn solche Strukturen wegfallen, sieht man viel leichter die Regression der Persönlichkeitsstörungen. Deshalb sieht es in Krisenzeiten so aus, als ob mehr Persönlichkeitsstörungen da seien als früher; das kann aber eine Illusion sein. Im Grunde genommen haben wir noch keine verlässlichen Informationen, können aber, ich glaube mit Recht, vermuten, dass gewisse chronische soziale Umstände dazu beitragen würden.

**PD** Sodass man umgekehrt annehmen kann, dass in relativ stabilen sozialen Verhältnissen schwere Persönlichkeitsstörungen gleichsam kompensiert werden und nicht in Erscheinung treten? Kann man davon ausgehen, dass dort, wo es relativ festgefügte institutionelle und organisatorische Strukturen gibt, Persönlichkeitsstörungen nicht in Erscheinung treten, weil sie gleichsam von außen gestützt werden?

**O. F. Kernberg:** Ja, und umgekehrt, wenn eine Organisation in einer Krise ist, regredieren alle Mitglieder.

**PD** Wenn Ihre Prognose zuträfe, hieße das, dass die Borderline-Störung engen Bezug zu sozialen Desintegrationsercheinungen hat. Ist sie eine Störung von Angehörigen marginaler sozialer Gruppen, auch der Armutspopulation?

**O. F. Kernberg:** Ja, aber nicht nur! Das ist *ein* Faktor. Man findet Borderline-Störungen in den besten Häusern und organisiertesten Familien ohne jedes Trauma. Es gibt da sehr subtile Beziehungen zwi-



schen Eltern und Kindern, die im Allgemeinen sehr schwer gesehen werden können. Dann, so glaube ich, gibt es auch genetische, angeborene Dispositionen zu exzessiver Aggression, sodass relativ normale Stressoren primitive Affektdispositionen auslösen können oder – wie Freud es meinte – dass Krankheit eine Kombination von genetisch determinierten, angeborenen Dispositionen und von der Umwelt geförderten Auslösefaktoren ist.

**IBD** Was halten Sie von der Vorstellung, die man gelegentlich lesen kann, es gäbe eine Borderlinisierung unserer Gesellschaft?

**O. F. Kernberg:** Das ist oberflächliche metaphorische Soziologie.

**IBD** Gibt es in den USA Selbsthilfegruppen von Borderline-Patienten? Ich habe von Borderline-Communities gehört.

**O. F. Kernberg:** Ja, es gibt Selbsthilfegruppen, was Borderline-Störungen anbetrifft. Wir haben eine in New York. Es gibt eine nationale, die sich um Patienten bemüht. Ich habe wenig Informationen darüber, und das Wenige, was ich gehört habe, hat mich nicht sehr beeindruckt.

**IBD** Können Sie etwas zu Paarbeziehungen und nahen zwischenmenschlichen Beziehungen von Menschen mit einer Borderline-Störung sagen?

**O. F. Kernberg:** Paarbeziehungen haben wenig Beziehung zur Pathologie der Partner. Sehr oft können Partner komplementäre Pathologien haben, sich sehr gut verstehen oder auch nicht. Es ist schwer, aus der Pathologie des Individuums zu schließen, wie er oder sie sich in einer Partnerschaft entwickeln wird. Ich gebe Ihnen ein einfaches Beispiel: Ein Patient, ein Bankdirektor, kam, weil er Konflikte mit seiner Frau hatte. Was waren die Konflikte? Die Frau hatte das Gefühl, dass er insgeheim immer die Aschenbecher wechselt und die Anzüge irgendwo anders hängen, und dauernd schaute sie, ob irgendwas irgendwie anders ist. Kurz gesagt, die Frau hatte eine paranoide Schizophrenie und das war störend, weil sie ihn dauernd belästigte damit, aber sonst war er sehr glücklich mit ihr. Er war ein Zwangsneurotiker, der alles in perfekter Ordnung hatte. Dass sie ihn verdächtigte, Sachen heimlich zu machen, das hat ihn weniger gestört als dass sie an seinem Ordnungssinn zwei-

felte. Als ich ihn fragte, ob er nicht an die Möglichkeit dachte, dass seine Frau schwer krank sei und vielleicht Behandlung brauchte, hat ihn das erschreckt, und beide waren der Meinung, dass sie sich schon viel besser verstehen und haben die Behandlung bei mir unterbrochen. Und dann gibt es die typischen Beispiele eines schizoiden oder schizotypischen Mannes, der eine hysterische Frau heiratet und sich freut, wie frei sie mit ihren Gefühlsausdrücken ist, die ihm vollkommen versagt sind, und sie das glückliche Gefühl hat, einen Mann zu haben, der kühl und überlegen und objektiv ist und sie irgendwie in den Schranken hält usw. Im typischen Fall, wenn Sie zwei schwere Borderline-Patienten haben oder einen Partner mit einer narzisstischen Persönlichkeit, dann kann es schwere Konflikte geben. Aber mehr als von der Diagnose hängt es von dem Grad der dissoziierten Aggression ab, ob in der Beziehung agiert werden muss und es zu sadomasochistischen Interaktionen kommt, sehr oft dissoziiert von dem anderen Verhalten, und Chaos in dieser Beziehung herrscht. Manchmal haben sie Borderline-Patienten in einer Beziehung, und beide sind chronisch chaotisch und es scheint ihnen so normal zu sein, dass es keine weiteren Schwierigkeiten verursacht.

**IBD** Was geschieht, wenn solche Menschen in Organisationen oder Institutionen eine leitende Position innehaben?

**O. F. Kernberg:** Es ist für Borderline-Patienten schwer, die Leitung von sozialen Organisationen zu übernehmen. Sie sind viel zu ungeduldig und zu impulsiv. Man sieht solche Borderline-Patienten in gewissen Organisationen in Leitungspositionen, aber dann zeigen sich spezifische Probleme, z.B. Affektentladungen des Leiters/der Leiterin, die dann geduldet werden, so wie das schlechte Wetter, man wartet, bis es sich bessert. Es gibt auch eine exzessive Abhängigkeit von Untergeordneten, die dann die Funktion haben, den Chef normal zu halten. Das ist aber relativ selten.

**IBD** Und im politischen System?

**O. F. Kernberg:** Auch im politischen System. Man sieht einige narzisstische Persönlichkeiten in Leitungspositionen, paranoide Persönlichkeitsstrukturen und die Kombination von narzisstischen und paranoiden Persönlichkeiten, die mehr in das Syndrom des bösartigen Narzissmus

hineingehen, also eine Kombination einer schweren narzisstischen Persönlichkeit, ich-syntoner Aggressivität, paranoiden Einstellungen und antisozialem Verhalten darstellen. Also die typische Persönlichkeit von Stalin und Hitler – ohne Zweifel. Und das ist natürlich sehr gefährlich im politischen Sinne. Das sind diese narzisstischen Tyrannen, die mörderisch werden. Post, der Psychiater und Psychoanalytiker in Washington, der mit dem State Department arbeitet und alle Materialien hat, glaubt, das auch bei Saddam Hussein eine solche Persönlichkeitsstörung vorliegen könnte. Das sind für die Untertanen gefährliche Führer.

**IBD** Ist Drogenabusus und anderes süchtig-abhängiges Verhalten eigentlich bei Menschen mit einer Borderline-Störung häufig?

**O. F. Kernberg:** Ja, das ist eine der wichtigen Komplikationen. Die wichtigsten Komplikationen sind suizidales und parasuizidales Verhalten, Drogen und Alkoholismus, Essstörungen und antisoziales Verhalten.

**IBD** Können Sie noch etwas zu dem Forschungsprojekt sagen, an dem Sie gerade arbeiten?

**O. F. Kernberg:** Wir haben von der Schweizer Stiftung für Persönlichkeitsstörungen eine Unterstützung für ein großes Projekt bekommen, das uns wahrscheinlich ungefähr zehn Jahre beschäftigen wird. In diesem Rahmen werden wir Untersuchungen von TFP machen im Vergleich mit DBT und stützender Psychotherapie. Es werden drei Gruppen zu je 40 Patienten untersucht. Ungefähr 15% dieser Patienten werden wir randomisiert auf neurobiologische Faktoren untersuchen, und zwar werden wir biologische Dispositionen und ihre Veränderung im Laufe der Behandlung untersuchen.


**IBD** Sind auch genetische Untersuchungen vorgesehen?

**O. F. Kernberg:** Ja, aber die genetische Studie ist bis jetzt der schwächste Punkt. Wir haben da noch gar nicht angefangen. Die biologischen Faktoren sind:


- 1. die Abnormalität der HPA-Achse<sup>4</sup>

<sup>4</sup> HPA-Achse=Hypothalamo-hypophysen-adrenokortikale Achse


- ▶ 2. Abnormalität der Neurotransmittersysteme, besonders Serotonin und Dopamin
- ▶ 3. Abnormalität der Aktivierung von Gehirnzentren. Wir werden die amygdaloide Zone und affektive Dyskontrolle untersuchen und das präfrontale und mediotemporale System, um Defekte in der Fähigkeit kognitiver Kontrollen zu untersuchen und die Beziehung zwischen Gehirnzonen, die mit kognitiver Kontrolle im Gegensatz zu affektiver Dyskontrolle zu tun haben. Diese drei Untersuchungen – Imaging, HPA und Neurotransmitter – werden wir in Zusammenarbeit mit der Rockefeller-Universität machen, die auch von der Schweizer Stiftung unterstützt wird und die sich hauptsächlich auf Experimente in diesen drei Aspekten konzentrieren wird, während wir uns mehr auf die Untersuchungen von menschlichen Subjekten konzentrieren. McEwen wird diese Untersuchung bei der Rockefeller-Universität und Silverzweig bei uns entwickeln. McEwen wird die HPA-Studien leiten.

 Der die Verringerung des Volumens des Hippocampus bei der PTSD gefunden hat? Ja, das ist eine hervorragende Untersuchung.

**O. F. Kernberg:** Ja, das ist eine tolle Untersuchung. Wir werden auch versuchen, kognitive Untersuchungen zu machen und neuropsychologische Untersuchungen der kognitiven Funktionen der Patienten. Das sind die Hauptuntersuchungen. Dann gibt es noch mehrere Nebenszenen. Wir werden z.B. untersuchen, ob wir das Adult-Attachment-Interview als einen Marker für strukturellen Wandel benutzen können.

 Wissen Sie schon, wie Sie Therapieerfolge bestimmen werden?

**O. F. Kernberg:** Das ist alles schon festgesetzt. Wir haben bereits mit den ersten Randomisierungen begonnen. Wir arbeiten schon lange daran. George Clarkin leitet das ganze Design der Forschung.

 Dann bleibt mir nur, Ihnen für das Projekt alles Gute zu wünschen und mich für das Gespräch herzlich zu bedanken.