

1. Einleitung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) galt lange als typisch weibliche psychiatrische Erkrankung. Neuere epidemiologische Studien konnten hingegen zeigen, dass BPS in der Allgemeinbevölkerung bei Männern und Frauen in etwa gleich häufig vorkommt (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007).

Metaanalysen klinischer Studien (z.B. Akhtar et al., 1986) konnten übereinstimmend nachweisen, dass bis zu 76% der Borderline-Patienten im klinischen Bereich weiblich sind (Paris, 2003). Offensichtlich suchen Frauen mit einer BPS häufiger Hilfe, indem sie psychiatrische Einrichtungen konsultieren. Männer mit BPS hingegen sind häufiger in forensischen Kliniken oder Gefängnissen anzutreffen als Frauen; in diesen Einrichtungen stellt die BPS die zweithäufigste Persönlichkeitsstörungsdiagnose nach der antisozialen Persönlichkeitsstörung dar (Coid, 1992; Marneros et al., 2002; Watzke et al., 2006). Die lange Zeit weit verbreitete Annahme, dass die BPS eine „Frauenerkrankung“ bezeichnet, spiegelt einen Stichprobenbias wider. Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass Männer mit einer BPS in der Allgemeinbevölkerung eine wichtigere Rolle spielen als bisher angenommen. Eine Vielzahl von Studien über die BPS ist seit 1980, dem Jahr der Aufnahme dieser Diagnose in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-III) (APA, 1980), durchgeführt worden, doch beziehen sich fast alle Studienergebnisse auf ausschließlich weibliche Stichprobensamples. Die Anzahl der Untersuchungen, die Antworten auf die Frage nach den Geschlechterunterschieden bei der BPS geben können, ist bislang rar. Die vorliegenden Studien liefern erste Hinweise auf eine unterschiedliche Ausgestaltung der BPS bei Männern und Frauen (McCormick et al., 2007; Grant et al., 2008; Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998 a, b; Tadic et al., 2009; Zlotnick et al., 2002). Bis auf eine einzige deutsche Studie (Tadic et al., 2009) basieren alle vorhandenen empirischen Kenntnisse über Geschlechterunterschiede bei Personen mit BPS auf Daten, die in den USA erhoben wurden.

Um die Frage nach der Vergleichbarkeit der Charakteristika von Männern und Frauen mit BPS zuverlässig beantworten zu können, sind weitere Studien notwendig, die sowohl Frauen als auch Männer mit BPS einschließen und beide Gruppen einem Vergleich unterziehen. Genau dieses Ziel verfolgt die vorliegende Untersuchung: Es soll empirisch überprüft werden, ob sich Männer und Frauen mit BPS hinsichtlich komorbider psychiatrischer Achse-I- und Achse-II-Diagnosen nach DSM-IV (APA, 1994) unterscheiden bzw. in Bezug auf welche psychiatrischen Diagnosen

Ähnlichkeiten zu verzeichnen sind. Darüber hinaus soll überprüft werden, ob sich geschlechterspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten der BPS auf der Basis von dimensionalen Persönlichkeitsprofilen oder spezifischen Symptombereichen nachweisen lassen.

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund dieser Arbeit lässt sich in vier Hauptteile gliedern. Der erste Abschnitt ist der ausführlichen Darstellung des Störungsbildes der BPS gewidmet. Der zweite Abschnitt befasst sich mit der Gegenüberstellung von kategorialer und dimensionaler Persönlichkeitsdiagnostik. Im dritten Teil wird auf Geschlechterunterschiede im Bereich psychiatrischer Störungen sowie dimensionaler Persönlichkeitsmerkmale eingegangen. Der vierte Teil stellt Geschlechterunterschiede bei der BPS dar, sowohl vor dem Hintergrund theoretischer Modelle wie auch auf der Basis empirischer Befunde.

2.1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel wird auf die historische Entwicklung der BPS, diagnostische Grundlagen, psychiatrische Komorbiditäten, epidemiologische Daten, Ätiologie und Therapie der BPS Bezug genommen.

2.1.1 Überblick über die historische Entwicklung des Konzeptes der BPS

Der Ende der 30er Jahre geprägte Begriff Borderline („Grenzlinie“) geht auf den amerikanischen Psychoanalytiker Adolph Stern (1938) zurück. Er basiert auf einem psychoanalytischen Modell, das von einem Kontinuum zwischen neurotischen und psychotischen Störungen ausgeht. Der Begriff Borderline charakterisiert psychische Beeinträchtigungen, die sich auf der Grenzlinie zwischen neurotischen und psychotischen Störungen befinden und keiner der beiden Kategorien eindeutig zugeordnet werden können. Zwischen 1920 und 1965 war unter Wissenschaftlern der Trend zu verzeichnen, die Borderline-Störung dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen (Kind, 2000). Erst durch die Arbeiten von Otto Kernberg (1975) fand die Vielfalt der Konzepte um den Begriff Borderline eine Eingrenzung. Im Rahmen seines Versuchs der Vereinheitlichung zur Beschreibung des Borderline-Störungsbildes entsprechend der psychoanalytischen Tradition sprach Kernberg von der „Borderline-Persönlichkeits-Organisation“. Hierbei handelt es sich um eine spezielle Persönlichkeitsstruktur, die durch drei intrapsychische Charakteristika gekennzeichnet ist:

„Identitätsstörungen“, „primitive Abwehrprozesse“ sowie eine „intakte Realitätsprüfung“ (Bohus, 2002).

Kernberg geht davon aus, dass Personen mit einer Borderline-Störung unter extremen Belastungen oder regressionsfördernden Bedingungen psychotische Episoden entwickeln können, aber über stabile Persönlichkeitsmerkmale verfügen. Er platziert die Borderline-Störung zwischen der neurotischen und psychotischen Persönlichkeitsorganisation. Ein Jahr nach Kernbergs Konzeption der BPS erlangte die Publikation ‚The Borderline Syndrome‘ von Grinker et al. (1968) besondere Aufmerksamkeit. In dieser Arbeit wurden Schwierigkeiten von Borderline-Patienten deskriptiv dargestellt. Darauf aufbauend wurden von Gunderson und Kolb (1978) sieben Kriterien ermittelt, die Patienten mit BPS mit 81%iger Wahrscheinlichkeit von anderen klinischen Gruppen unterscheiden konnten. Spitzer und Kollegen (1979) fügten zu diesen sieben Kriterien zusätzlich das von Kernberg beschriebene Kriterium der „instabilen Identität“ hinzu. Diese acht Kriterien bildeten den Kriterienkatalog des DSM-III. Im DSM-IV wurde darüber hinaus das Kriterium des *stressabhängigen paranoiden Erlebens und dissoziativer Zustände* mit aufgenommen. Das Klassifikationssystem ICD-10 (WHO, 1992) übernahm weitgehend die phänomenologische Beschreibung der BPS aus dem DSM-III, ordnete aber die BPS zusammen mit dem „impulsiven Typus“ dem übergeordneten Begriff der „emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung“ unter.

Für die Diagnostik der BPS wird sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV eine kategoriale Herangehensweise verwendet, bei der beurteilt wird, ob Personen fünf der insgesamt neun Kriterien erfüllen und damit den Schwellenwert („Cut-off-point“) erreichen, um bei ihnen eine BPS zu diagnostizieren. Aufgrund der großen Überlappungen von Achse-II-Störungen und den nahezu willkürlichen „Cut-off-points“ (Clark et al., 1995; Widiger & Sanderson, 1987) für die Definition von Persönlichkeitsstörungen sind dimensionale Modelle von Persönlichkeitsstörungen entwickelt worden. Die dimensional Modelle von Persönlichkeitsstörungen werden eher der Vorstellung von einem Kontinuum zwischen „gesund“ und „krank“ gerecht, indem angenommen wird, dass die Persönlichkeitsstörungen eine verstärkte Ausprägung von normalen Persönlichkeitsmerkmalen oder Charaktereigenschaften darstellen (Widiger, 1993). Forschungsergebnisse zeigen, dass dimensionale Modelle eine adäquatere Repräsentation des Persönlichkeitsstörungsbereichs darstellen. Die empirischen Befunde unterstützen die theoretische Annahme der kontinuierlichen Verteilung von Persönlichkeitszügen und zeigen, dass Dysfunktionen vermehrt in Abhängigkeit von der Schwere der Symptome auftreten (Livesley, 2003; Trull and Durrett, 2005; Widiger, 1993; Widiger &

Mullins-Sweatt, 2005). Die aktuelle Ko-Existenz unterschiedlicher miteinander konkurrierender dimensionaler Persönlichkeitsmodelle ist der vorläufige Endpunkt langjähriger Versuche empirisch arbeitender Wissenschaftler. Es ist davon auszugehen, dass dimensionale Modelle von Persönlichkeitsstörungen in das DSM-V eingehen werden und sich damit auch die Diagnose der BPS verändern wird (siehe dazu auch Kapitel 2.2).

2.1.2 Beschreibung des Störungsbildes

Die BPS gilt als schwere psychiatrische Erkrankung, die durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild, in den Affekten sowie durch Impulsivität gekennzeichnet ist. Der Beginn der Störung liegt im frühen Erwachsenenalter. Die Symptomatik zeigt sich in verschiedenen Lebensbereichen und führt zu psychosozialen Beeinträchtigungen (APA, 1994). Neun diagnostische Kriterien sind im DSM-IV aufgelistet:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden,
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 Bereichen (Geld ausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“),
5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten,
6. affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern),
7. chronische Gefühle von Leere,
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. heftige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen),
9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Im Sinne der den Klassifikationssystemen zugrunde liegenden kategorialen Diagnostik wird eine BPS diagnostiziert, wenn die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sind und der „Cut-off-Wert“ für das Vorliegen einer BPS erreicht ist, d.h. mindestens fünf der aufgelisteten neun Kriterien müssen vollständig erfüllt sein.

Zanarini et al. (1990) weisen darauf hin, dass in einer Vielzahl von Studien vier verschiedene Symptombereiche als charakteristische Psychopathologie der BPS hervorgehoben werden: affektive Instabilität, gestörte Kognitionen, Impulsivität sowie instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen.

Störungen im affektiven Bereich sehen die Autoren darin, dass Patienten mit BPS eine Reihe von intensiven, dysphorischen Affekten erleben, die von einem chronischen Gefühl innerer Leere überlagert werden können. Das Erleben geht häufig einher mit ausgeprägten aversiven Spannungszuständen und einem starken emotionalen Schmerzempfinden (Stiglmayr et al. 2001). Ein anderer Aspekt der affektiven Störung ist in ausgeprägten Stimmungsschwankungen von Personen mit BPS zu sehen: häufig „switchen“ Personen mit BPS innerhalb eines Tages zwischen mehreren dysphorischen und euthymen Stimmungslagen hin und her (Koenigsberg et al., 2002).

Der Bereich der **kognitiven Störung** zeigt sich bei Personen mit BPS in drei Bereichen (Zanarini et al., 1990): In der überwertigen Idee, schlecht und minderwertig zu sein, in dissoziativem Erleben unter hoher Belastung und in ausgeprägtem paranoiden Erleben den Mitmenschen gegenüber. Die kognitive Störung manifestiert sich gleichermaßen in quasi-psychotischem Erleben oder psychosenahen Symptomen wie vorübergehende, umschriebene Realitätsverkennungen oder Halluzinationen sowie in dem Bereich der Instabilität der Identität.

Impulsivität ist ein weiteres Charakteristikum der BPS. Diese kann zu selbstschädigendem Verhalten führen wie etwa zu Selbstverletzungen, Suizidandrohungen und Suizidversuchen. Impulsivität kann sich aber auch in Substanzmissbrauch, rücksichtslosem Fahren, in verbalen Ausbrüchen und Essstörungen äußern.

Der vierte charakteristische Bereich der BPS ist durch **instabile Beziehungen** gekennzeichnet. Die bei Borderline-Patienten häufig stark ausgeprägte Angst vor Verlassenwerden sowie verzweifelte Bemühungen, Verlassenwerden zu verhindern, sind Ausdruck dieser Instabilität im Beziehungsbereich. Auch gehören intensive Beziehungen, die sich durch häufige Konflikte, Trennungen und Wiederannäherungen auszeichnen, in diesen Psychopathologie-Bereich (Zanarini et al., 1990).

Zanarini und Kollegen (1990) konnten empirisch belegen, dass Patienten, die in allen vier genannten Bereichen Kriterien erfüllen, erfolgreich von anderen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen unterschieden werden können.

Eine von Sanislow und Kollegen (Sanislow et al., 2000) durchgeführte Faktorenanalyse der BPS-Symptome in einer großen Stichprobe (n = 141) ergab jedoch nur drei Faktoren: **gestörte Bezogenheit** (instabile Beziehungen, Identitätsinstabilität und ein chronisches Gefühl von Leere), **behaviorale Dysregulation** (Impulsivität und Suizidalität sowie Selbstverletzung) und **affektive Instabilität** (Stimmungsschwankungen, unangemessener Ärger und Versuche, Verlassenwerden zu verhindern). In der ‚Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study‘ (n = 668) konnten genau diese Faktoren repliziert werden (Sanislow et al., 2002).

Doch legte die hohe Interkorrelation der drei Faktoren ($r = .90, .94$ und $.99$) die Überlegung nahe, dass die BPS eher ein einheitliches Syndrom darstellt als dass sie durch gemeinsam auftretende Syndrome angemessen charakterisiert werden kann (Johansen et al., 2004). Auf der Basis einer konfirmatorischen Faktorenanalyse konnten Clifton und Pilkonis (2007) zeigen, dass die BPS durch eine 1-Faktorenstruktur am besten repräsentiert wird. Das Kriterium *verzweifeltes Bemühen, Verlassenwerden zu verhindern*, erwies sich in dieser Studie als stärkster Prädiktor.

2.1.3 BPS – eine Diagnose auf der Grenze zwischen Achse-I und Achse-II?

Das multiaxiale System des DSM-IV enthält fünf Achsen, die sich auf unterschiedliche Bereiche von Informationen beziehen. Achse-I beinhaltet klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme. Auf Achse-II werden Persönlichkeitsstörungen kodiert, auf Achse-III medizinische Krankheitsfaktoren, auf Achse-IV psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme. Achse-V beschreibt die globale Beurteilung des Funktionsniveaus (APA, 1994). Die Einordnung der BPS als Achse-II-Störung (nach DSM-IV) ist unter Wissenschaftlern mittlerweile sehr umstritten (New, Triebwasser & Charney, 2008). In diesem Kapitel soll auf kritische Einwände hinsichtlich der diagnostischen Einordnung der BPS Bezug genommen werden.

Im Gegensatz zu narzisstischer Persönlichkeitsstörung, zwanghafter Persönlichkeitsstörung und antisozialer Persönlichkeitsstörung ist das Kriterium der Ich-Synthone bei Personen mit einer Borderline-Störung nicht zutreffend (Paris, 2007). Borderlinetypische Symptome sind meist ich-dyston, implizieren psychisches Leid und führen zum Aufsuchen professioneller Hilfe (Zanarini, Frankenburg, Khera et al. 2001).

Nach DSM-IV und ICD-10 kann eine Persönlichkeitsstörung nur dann diagnostiziert werden, wenn ein überdauerndes Muster inneren Erlebens und Verhaltens vorliegt, das von den Erwartungen der Umwelt abweicht, anhaltend und unflexibel ist, im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter beginnt, stabil über die Zeit ist und zu Leid und psychosozialer Beeinträchtigung führt. Die borderlinetypischen Kognitionen, Affekte und Verhaltensweisen treten bei den Betroffenen meist im Kindes- und Jugendalter zum ersten Mal auf und sind unflexibel, da sie sich in unterschiedlichen Kontexten manifestieren (APA, 1994). Doch besteht damit noch keine trennscharfe Unterscheidung zu Achse-I-Störungen, denn auch diese können bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten und in ganz verschiedenen Situationen zum Tragen kommen (Skodol et al., 2005). Das von DSM-IV geforderte Kriterium der Stabilität von Persönlichkeitsstörungen über die Zeit hinweg trifft bei der BPS nicht zu. So konnten Zanarini et al. (2006) nachweisen, dass nach zehn Jahren 88% der Betroffenen die Diagnose nicht mehr erfüllen. Nach Paris sind solch hohe Remissionsraten darauf zurückzuführen, dass die akuten Kriterien der BPS wie Selbstverletzungen und Suizidandrohungen mit der Zeit nachlassen (Paris, 2007).

Nach Foulds (1967) repräsentieren Persönlichkeitsstörungen phänomenologisch eher Eigenschaften und Einstellungen, wohingegen psychiatrische Störungen der Achse-I vorübergehende Symptome beinhalten. Bezug nehmend auf diese Unterscheidung von Foulds weist Ruocco (2005) darauf hin, dass die Pathologie der BPS mehr durch einzelne Symptome charakterisiert ist (wie z.B. stressabhängiges paranoides Erleben) als durch Eigenschaften. Paris (2007) unterteilt das klinische Bild der BPS in zwei Komponenten: zum einen in Symptome, die denen von Achse-I-Störungen ähneln, zum anderen in ein Profil von Eigenschaften, die Ähnlichkeiten zu anderen Achse-II-Störungen aufweisen.

Der hohe Anteil komorbider affektiver Störungen bei der BPS ließ einige Forscher schon in den 80er Jahren zu der Ansicht gelangen, dass es sich bei der BPS um eine Störung aus dem bipolaren Krankheitsspektrum handelt. Gestützt wurde diese These durch eine Studie, die zeigte, dass 15% der Borderline-Patienten im Verlauf von drei Jahren eine Bipolar I- oder Bipolar II-Störung entwickelten – im Vergleich zu keinem einzigen Fall in der Gruppe der anderen Persönlichkeitsstörungen (Akiskal et al., 1985). Doch konnten andere Studien bei Borderline-Patienten keine erhöhten Prävalenzraten für bipolare Störungen nachweisen (Fyer et al., 1988; McGlashan et al., 2000; Links et al., 1995; Zanarini et al., 2004).

Antonia New plädiert für eine Rekonzeptualisierung der BPS auf Achse-I und argumentiert, die BPS wegen des Kernmerkmals der affektiven Dysregulation den affektiven Störungen zuzuordnen (New et al., 2008). Die Forscherin begründet ihren Vorschlag auch damit, dass die BPS eine hohe Komorbidität mit unipolaren depressiven Störungen aufweist und dass depressive Störungen in Familien von Borderline-Patienten gehäuft vorkommen (Riso et al., 2000; Silverman et al., 1991).

Doch liegen auch Studien vor, die Unterschiede zwischen den beiden Störungsgruppen „BPS“ und „affektive Störungen“ herausgearbeitet haben (Akiskal, 2000; Gunderson et al., 1991). Einer der Unterschiede, auf den von mehreren Autoren hingewiesen wird, ist die unterschiedliche Qualität des depressiven Erlebens bei Borderline-Patienten im Vergleich zu depressiven Patienten. Demnach scheint die „Borderline-Depression“ anders als die „reine Depression“ vor allem durch interpersonelle Schwierigkeiten bedingt zu sein, welche Leere, Einsamkeit und Verzweiflung über fehlende Bindungen auslösen (Bellodi et al., 1992; Gunderson & Phillips, 1991).

Schließlich gibt es eine weitere Gruppe von Wissenschaftlern, die die BPS als komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ansieht (Driessen et al., 2002). Grundlage dieses Ansatzes sind die hohen Prävalenzraten einer PTBS bei Patienten mit BPS. Doch ist dieser Sichtweise entgegenzuhalten, dass bei mindestens der Hälfte der Borderline-Patienten keine PTBS vorliegt. Bohus und Schmahl (2007) weisen darauf hin, dass die Annahme, dass es sich bei der BPS um ein chronisches posttraumatisches Behandlungssyndrom handelt, wissenschaftlich nicht belegt ist.

Zusammenfassend scheint eine klare Zuordnung der BPS zu den Achse-II-Störungen nicht gerechtfertigt zu sein. Die Kriterien, welche die Grundlage darstellen für eine Zuordnung zur Achse-II, sind bei der BPS nicht in vollem Umfang erfüllt. Mehrere Untersuchungen konnten keine abgrenzbaren qualitativen Unterschiede zwischen der BPS und Störungen der Achse-I feststellen.

2.1.4 Epidemiologische Daten

In der Allgemeinbevölkerung wurde lange Zeit von Prävalenzraten von 1-2% der Bevölkerung ausgegangen (Maier et al., 1992; Samuels et al., 1994; Swartz et al., 1990; Torgersen et al., 2001). In der in Deutschland durchgeführten Studie von Maier et al. (1992), die 447 Personen einschloss, ermittelten die Autoren eine Punktprävalenz von 1,1% der Bevölkerung. In der US-bevölkerungsrepräsentativen Studie ‚National Comorbidity Survey Replication‘ (Lenzenweger et al., 2007) wurde eine Prävalenzrate von 1,4 % ermittelt. In einer weiteren epidemiologischen Studie,

die mehr als 30000 Personen aus der Allgemeinbevölkerung der USA einschloss (,Wave 2 National Epidemiologic Survey'), fanden Grant et al. (2008) eine Lebenszeitprävalenz von 5,8% für die BPS. Die Autoren sahen in diesem Ergebnis einen Hinweis darauf, dass die Prävalenzraten für die BPS in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher liegen als bisher auf der Basis epidemiologischer Studien angenommen wurde. Im Bereich klinischer / psychiatrischer Stichproben liegen die Prävalenzraten für die BPS bei 10-25% (APA 1994; Gunderson & Zanarini, 1987). Widiger und Weissmann (1991; vgl. Widiger & Trull, 1993) konnten nachweisen, dass 8% der ambulanten und 15% der stationären psychiatrischen Patienten in den USA Borderline-Patienten sind. Damit ist die BPS die am häufigsten vorkommende Persönlichkeitsstörung in klinischen Settings. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass der Leidensdruck bei Personen mit einer BPS - auch im Vergleich mit anderen psychischen Störungen - sehr hoch ist. Die BPS ist gekennzeichnet durch signifikante psychiatrische Komorbiditäten (Fyer et al., 1988; Zanarini et al., 1998a; Zanarini et al., 1998b), erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen, eine häufige Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungseinrichtungen sowie eine hohe Mortalitätsrate (New et al., 2008). Die hohe Mortalitätsrate resultiert aus suizidalem und impulsivem Verhalten. Ungefähr 10% der Patienten begehen Suizid, was einer im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung um 50% erhöhten Suizidrate entspricht (Black et al., 2006). Als Risikofaktoren für vollendete Suizidversuche gelten impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung, Selbstverletzungen und frühkindlicher Missbrauch (Soloff et al., 1994; Brodsky et al., 1997).

Die BPS kommt in allen sozialen Schichten vor (Weiss et al., 1996). Eine repräsentative Untersuchung von Bohus und Kollegen (2001) an 300 Borderline-Patientinnen (Durchschnittsalter 30 Jahre) ergab, dass lediglich 20% mit einem Partner zusammenleben und 13% verheiratet sind. Obwohl der Schulabschluss in dieser Stichprobe im Normbereich liegt (5% haben keinen Schulabschluss), sind nur 28% berufstätig. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die BPS mit deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich einhergeht.

2.1.5 Verlauf und Prognose

Umstritten ist das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation. Untersuchungen von Jerschke et al. (1998) fanden eine bimodale Verteilung: Eine große Gruppe zeigte bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten (Suizidversuche, Selbstschädigung, Essstörung, Auffälligkeiten des

Sozialverhaltens, affektive Störungen), die einer stationären Behandlung bedurften. Eine zweite Gruppe wurde mit durchschnittlich 24 Jahren erstmalig behandelt.

In retrospektiven Analysen der Mannheimer Arbeitsgruppe (Bohus & Schmahl, 2007) gaben ca. 30% der untersuchten erwachsenen Borderline-Patientinnen an, sich bereits im Grundschulalter absichtlich selbst verletzt zu haben. Die Heidelberger Schulstudie ist im Einklang mit diesen Zahlen: Die Ergebnisse zeigten, dass ca. 8% der 15-jährigen Mädchen bereits einen Suizidversuch unternommen haben und dass mindestens 6% sich regelhaft Selbstverletzungen zufügen (Brunner et al., 2007). Im klinischen Setting tritt die BPS bei Kindern und Jugendlichen mit einer Prävalenz von 20% auf. In der Normalpopulation hingegen liegen die Prävalenzschätzungen für Jugendliche bei 5-11% (Brunner et al., 2007).

Die BPS galt bis in die 90er Jahre hinein als langwierige und chronische Erkrankung. Die Psychotherapie der BPS galt als wenig erfolgversprechend (Bohus, 2002). Neuere Studien zeigten überraschend hohe Remissionsraten, basierend auf den DSM-IV-Kriterien. So kamen Grilo et al. in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass nach 2 Jahren nur noch bei 60% der Betroffenen die Diagnose BPS gestellt werden kann (Grilo et al., 2004). Zanarini et al. bewiesen auch hinsichtlich längerer Katamnese-Intervalle hohe Remissionsraten: Nach insgesamt zehn Jahren erfüllten nur noch 88% der 290 teilnehmenden Patienten die Kriterien für eine BPS. Innerhalb der remittierten Gruppe war die BPS bei 39,3% der Betroffenen nach zwei Jahren nicht mehr diagnostizierbar, bei 61,6% konnte nach vier Jahren, bei 83,5% nach sechs Jahren und bei 96,3% nach zehn Jahren keine BPS mehr diagnostiziert werden (Zanarini et al., 2006).

Bateman und Fonagy (2008) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass hohe Remissionsraten (87%) nach einem Katamnese-Zeitraum von 5 Jahren nur von Patienten erreicht wurden, die nach dem borderlinespezifischen Therapieansatz „Mentalization Based Treatment“ (Bateman & Fonagy, 2008) behandelt wurden. Von den Patienten der Kontrollgruppe, die „Treatment as usual“ erhielt, erfüllten 87% immer noch die Kriterien für eine BPS. Diese Untersuchung von Bateman und Fonagy (2008) liefert Hinweise darauf, dass Remissionsraten der BPS in Abhängigkeit von der Art der Therapie sehr stark variieren können.

In der Katamnese-Untersuchung von Zanarini et al. (2006) wurden folgende Variablen als Prädiktoren hinsichtlich einer früheren Remission identifiziert: junges Alter der Betroffenen, kein sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte, eine Familiengeschichte frei von Abhängigkeitserkrankungen, gute schulische und berufliche Beurteilungen, keine komorbide

Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster C, ein geringes Ausmaß an Neurotizismus und ein hohes Maß an Aggressivität. Die Schwere der Borderline-Symptomatik erwies sich in dieser Studie als nicht bedeutsam hinsichtlich der Prognose einer Remission der BPS. Gunderson et al. (2006) hingegen hatten in der „Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study“ nachgewiesen, dass die Schwere der Borderline-Symptomatik im Hinblick auf ein Zwei-Jahres-Intervall einen signifikanten Prädiktor für einen ungünstigeren Verlauf darstellte. Dasselbe galt für traumatische Kindheitserlebnisse sowie eine geringe Qualität gegenwärtiger Beziehungen von Borderline-Patienten (Gunderson et al., 2006).

Zanarini et al. (2004) konnten zeigen, dass eine komorbide Substanzstörung einen Prädiktor für einen ungünstigeren Verlauf der BPS darstellt und häufig zu einer Nicht-Remission der BPS führt. Kam es jedoch zur Remission der BPS, so sank im Verlauf auch der Anteil der Patienten, die verschiedene komorbide Achse-I-Diagnosen (Angststörungen, Essstörungen, affektive Störungen und Substanzmissbrauch) erfüllten.

Die empirischen Befunde über Remissionsraten der BPS liefern deutliche Hinweise darauf, dass der Verlauf der BPS von einer Vielzahl von Variablen beeinflusst wird, wodurch Prognosen zur Remission der BPS erschwert sind. Über geschlechterspezifische Unterschiede bezüglich des Verlaufs der BPS sowie komorbider Achse-I- und Achse-II-Störungen liegen keine empirischen Befunde vor.

2.1.6 Komorbidität und Differentialdiagnostik

Im Folgenden wird es um die Thematik der psychiatrischen Komorbiditäten von Personen mit einer BPS gehen. Besonders häufig haben Personen mit einer BPS zusätzlich eine affektive Störung. Die Komorbidität mit Major Depression wird in verschiedenen Studien zwischen 30 und 87% geschätzt (Oldham et al., 1995; McGlashan et al., 2000; Zanarini et al., 1998a; Zimmerman & Mattia, 1999). Zanarini et al. (1998a) fanden sogar bei 98% der Borderline-Patienten eine affektive Störung in der Vorgeschichte. Nicht immer sind die Kriterien für eine Major Depression oder eine rezidivierende depressive Störung erfüllt. Bei 12-39% der Betroffenen liegt zusätzlich eine Dysthymie vor, bei 10-20% eine Bipolare Störung. Doch treten neben den affektiven Störungen auch andere Achse-I-Störungen bei Personen mit BPS häufig auf. Aus Studienergebnissen geht hervor, dass 64-66% der Betroffenen irgendwann im Verlauf ihres Lebens die diagnostischen Kriterien für Substanzmissbrauch erfüllen, 46-56% eine Posttraumatische Belastungsstörung haben, 23-47% eine

soziale Phobie, 16-25% eine Zwangsstörung, 31-48% eine Panikstörung, 29-35% eine Essstörung (Oldham et al., 1995; McGlashan et al., 2000; Zanarini et al., 1998a). Diese Prävalenzangaben basieren auf Stichproben, in denen ausschließlich Frauen enthalten sind bzw. Frauen deutlich überwiegen. Auch liegen hohe Komorbiditätsraten von bis zu 60% für die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vor. Dies ist insofern nahe liegend, da sich besonders viele Gemeinsamkeiten zwischen BPS und ADHS finden lassen. Affektregulation, Impulskontrolle, Substanzmissbrauch, gestörte zwischenmenschliche Beziehungen sowie ein gestörtes Selbstbild stellen bei beiden Störungen Kernsymptome dar. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass eine ADHS in der Kindheit ein besonderes Risiko für die Entwicklung einer BPS darstellt (Davids & Gastpar, 2005; Philipson et al., 2008). Aus einer Studie von Bohus und Schmahl (2007) geht hervor, dass etwa die Hälfte der (ausschließlich weiblichen) Patienten mit BPS in ihrer Jugend unter gravierenden Störungen der Aufmerksamkeit gelitten hat.

Im Bereich der Achse-II-Störungen wurden bei Personen mit BPS am häufigsten zusätzlich eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (PS) (43-47%), dependente Persönlichkeitsstörung (16-51%) und paranoide Persönlichkeitsstörung (14-30%) diagnostiziert (McGlashan et al., 2000; Zanarini et al., 1998b). Doch auch die anderen PS treten bei Personen mit BPS häufig auf: In einer Studie von Zanarini (1998b) wiesen 30% der Betroffenen zusätzlich eine paranoide Persönlichkeitsstörung auf, 25% eine passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, 23% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, 16% eine narzisstische Persönlichkeitsstörung und 15% eine histrionische Persönlichkeitsstörung.

Diese hohen Prävalenzangaben für komorbide psychiatrische Achse-I und Achse-II-Störungen bei Personen mit BPS basieren auf klinischen Studien mit Personen, die meist eine stärkere Symptomatik im Vergleich zu ambulanten Patienten aufweisen. In einer ambulanten Studie von Zimmermann & Mattia (1999) wurden bei einer Stichprobe von 500 (nach DSM-IV diagnostizierten) Borderline-Patienten niedrigere Prävalenzraten bzgl. psychiatrischer Komorbiditäten gefunden: 43% der BPS-Patienten litten zusätzlich an einer sozialen Phobie, 35% an einer PTBS, 29% an einer Panikstörung, 17% an einer Essstörung und 13% an Substanzmissbrauch. Abschließend ist wichtig darauf hinzuweisen, dass das Erfassen von psychiatrischen Komorbiditäten bei der Behandlung von Borderline-Patienten essentiell ist. Wie Fiedler in seinem Buch darlegt, hat das Wissen um die vorliegenden komorbiden Diagnosen bei Patienten in psychotherapeutischer Behandlung eine Auswirkung sowohl auf die Therapieplanung als auch auf den Verlauf der Störung

(Fiedler, 2007). Andere Diagnosen erfordern störungsspezifisches Behandlungswissen und können einer Remission der BPS erheblich im Wege stehen, wenn sie nicht berücksichtigt und behandelt werden (Zanarini et al., 1998a). Ein Anliegen dieser Arbeit wird sein, zu untersuchen, inwiefern sich Männer und Frauen mit einer BPS hinsichtlich komorbider psychiatrischer Diagnosen unterscheiden (s. Kapitel 2.4.2.2.2 und 2.4.2.2.3).

2.1.7 Ätiologie

Wie auch bei allen anderen psychiatrischen Störungen kann die Frage nach der Entstehung der BPS nicht monokausal begründet werden. Stattdessen sind im Sinne eines multifaktoriellen Ansatzes mehrere ätiologische Faktoren in Betracht zu ziehen. Die Grundlagenforschung zur BPS erforscht deren ätiologische Faktoren. Je nach theoretischem Modell wird den einzelnen Risikofaktoren eine unterschiedliche Bedeutung zugemessen. Unterschiedliche theoretische Ansätze heben unterschiedliche Pathologie-Bereiche der BPS hervor, woraus sich die Unterschiede in den Therapieverfahren ableiten.

So betont die psychoanalytische Sichtweise in den „Objektbeziehungstheorien“ die intrapsychische Dynamik und die Abwehrmechanismen der Personen mit BPS (Mahler et al., 1975; Kernberg, 1975). Kognitive Ansätze sehen in dysfunktionalen Grundannahmen die hauptsächliche Ursache der Symptome (Beck et al., 1995). Biologische Modelle nehmen an, dass die BPS genetisch determiniert ist.

Als Beleg für einen hohen genetischen Anteil an der BPS gilt die Zwillingsstudie von Torgersen et al. (2000), bei der genetische Faktoren ca. 69% der Varianz erklären. In dieser Studie wurden die Konkordanzraten von 92 monozygoten und 129 dizygoten Zwillingen, von denen ein Zwilling die Kriterien für eine PS aufweist, verglichen. Eine chinesische Zwillingsstudie lieferte vergleichbare Ergebnisse: Die Erblichkeitsrate lag für Cluster B PS bei 65%, BPS wurde jedoch nicht separat erfasst (Ji et al., 2006). In einer neueren norwegischen Zwillingsstudie kamen Kendler et al. (Kendler 2009) zu dem Ergebnis, dass PS zu 20-41% erblich bedingt sind. In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die Persönlichkeitscluster A, B und C weniger stark genetisch prädisponiert sind und stattdessen dem Einfluss spezifischer Umweltfaktoren unterliegen. Drei im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen relevante genetische Faktoren wurden in dieser Studie identifiziert: Der erste Faktor ist unspezifisch und markiert eine Vulnerabilität für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung, der zweite Faktor hat Einfluss auf die Entstehung einer BPS und

antisozialen Persönlichkeitsstörung, der dritte Faktor ist bedeutsam hinsichtlich schizoider und vermeidender Persönlichkeitsstörung.

Es gibt bislang nur wenige Zwillingsstudien, die die Heritabilität der BPS untersuchen. Die Befunde weichen zwar voneinander ab, doch weisen sie in dieselbe Richtung und lassen keinen Zweifel daran, dass die BPS zu einem bedeutsamen Anteil genetisch determiniert ist. Auch konnte nachgewiesen werden, dass die der BPS zugrunde liegenden Persönlichkeitsmerkmale vererbbar sind (Livesley et al., 1998; Livesley & Jang, 2008).

Als psychosoziale Belastungsfaktoren lassen sich bei Borderline-Patienten folgende Risikofaktoren identifizieren: 65% der Betroffenen berichten über sexuelle Gewalterfahrung, ca. 60% über körperliche Gewalterfahrung und ca. 40% über Vernachlässigung (Bohus & Schmahl, 2007). Damit ist offensichtlich, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Ätiologie der BPS eine zentrale Rolle spielen. Es ist empirisch belegt, dass die Schwere der BPS-Symptomatik mit der Schwere der sexuellen Traumatisierung korreliert (Zanarini et al., 2002; Silk et al., 1995). Dies impliziert jedoch nicht, dass sexueller Missbrauch oder das Vorhandensein einer PTBS eine notwendige oder hinreichende Bedingung für die Entwicklung einer BPS darstellt oder dass die BPS eine chronische Form der PTBS darstellt, wie es von manchen Klinikern (z.B. Driessen et al., 2002) postuliert wurde.

Die meisten Forschergruppen gehen derzeit von einem Entstehungsmodell aus, das genetische Komponenten, traumatische Erfahrungen und dysfunktionale Verhaltensmuster integriert (Bohus & Schmahl, 2007). Dieses neurobehaviorale Entstehungsmodell der BPS nimmt an, dass genetische Faktoren und belastende Kindheitserlebnisse eine Störung der Emotionsregulation und Impulsivität begünstigen können. Eine gestörte Affektregulation und Impulskontrolle erhöht die Wahrscheinlichkeit dysfunktionaler Verhaltensweisen und psychosozialer Konflikte, wodurch wiederum emotionale Dysregulation und Impulsivität verstärkt werden können (Lieb et al., 2004).

2.1.8 Neurobiologische Korrelate

In den 80er Jahren begannen Forscher, auf der Basis von Computer-Tomographien (CT) das Zentrale Nervensystem von Patienten mit BPS zu untersuchen. Die Befunde ergaben keine Auffälligkeiten der Ventrikelgröße (Schulz et al., 1983; Snyder et al., 1983) oder des Ventrikel-Gehirn-Verhältnisses (Lucas et al., 1989). Mit Hilfe der Magnetresonanztomographie (MRT) konnte 1998 erstmals eine signifikante Verkleinerung des Frontallappens erkannt werden (Lyyo, 1998).

Driessen et al. (2000) konnten zeigen, dass Patienten mit BPS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ein 16% kleineres Hippocampus- und ein 8% kleineres Amygdalavolumen haben. In einer weiteren Untersuchung konnte ein um 20,5% verkleinerter Hippocampus und ein um 24% verkleinertes Amygdalavolumen auf beiden Seiten nachgewiesen werden (Terbartz van Elst et al., 2003). Die Wissenschaftler entdeckten darüber hinaus eine Verkleinerung des linken orbitofrontalen und des rechten anterioren cingulären Kortex. In der Studie von Schmahl et al. (2000) wurde die Volumenverkleinerung von Amygdala und Hippocampus erneut nachgewiesen. Berlin et al. (2005) verglichen Patienten mit BPS mit Patienten, die Schäden im orbitofrontalen Kortex aufwiesen und gelangten zu dem Ergebnis, dass beide Gruppen eine vergleichbare Ausprägung von Impulsivität und gestörter Affektregulation zeigten. Die Werte unterschieden sich signifikant von einer gesunden Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Regulation von Emotionen unterschieden sich die Patientengruppen jedoch, woraus die Wissenschaftler ableiteten, dass die Ausprägung von Impulsivität bei Patienten mit BPS hauptsächlich mit pathologischen Abweichungen im orbitofrontalen Kortex in Zusammenhang steht, wohingegen die Störung der Emotionsregulation weitere neuroanatomische Korrelate hat wie etwa die Amygdala (Berlin et al., 2005). Die genannten Studienbefunde lassen sich aufgrund der Funktionalität dieser Gehirnstrukturen mit der theoretischen Annahme des Vorhandenseins einer Störung der Emotionsregulation bei Borderline-Patienten gut vereinbaren. Denn ausgehend von Erkenntnissen aus tierexperimentellen Untersuchungen und funktioneller Bildgebung gelten heute vor allem der präfrontale Kortex, die Amygdala und der Hippocampus mit den dazugehörigen Verbindungen als zentrale neuroanatomische Strukturen der Emotionsregulation (Davidson et al., 2000). Dass ein verringertes Amygdalavolumen zu unregulierten Emotionen führen kann, steht damit in Zusammenhang, dass durch funktionelle Instabilität emotionale Überreaktionen ausgelöst werden können (ebd.). So konnten Herpertz et al. (2001) bei BPS-Patienten im Rahmen einer funktionellen MRT-Studie eine Hyperaktivität der Amygdala als Reaktion auf dargebotene emotionale Stimuli im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen. Auch Donegan et al. (2003) berichteten in einer fMRT-Untersuchung über eine verstärkte Aktivierung der linken Amygdala bei BPS-Patienten, die auf Gesichtsausdrücke mit negativen Emotionen reagierten.

Auch wenn die neurobiologischen Korrelate der BPS nur unvollständig verstanden sind, so führen die Ergebnisse der im letzten Abschnitt zitierten Studien zu der Annahme eines gestörten fronto- limbischen Regelkreises bei der BPS (Lieb et al., 2004). Damit ist vorstellbar, dass eine

Beeinträchtigung des orbitofrontalen Kortex eine Störung inhibitorischer Funktionen auf die Amygdala nach sich ziehen könnte, was sowohl die starken Angstreaktionen von BPS-Patienten als auch deren häufig vorkommendes aggressiv-impulsives Verhalten erklären könnte (ebd.). Auch ist davon auszugehen, dass die beschriebenen Gehirnregionen in Zusammenhang stehen mit der bei BPS-Patienten nachgewiesenen Störung des serotonergen Systems, die impulsiv-aggressives Verhalten wahrscheinlicher macht (Soloff et al., 2000).

Zusammengefasst geht man von einer dualen Hirnpathologie aus, in der die emotionale Instabilität bzw. Impulsivität als ein im Bereich der Amygdala bzw. präfrontaler Kortex verankertes Hyperarousal-Dyskontrollsyndrom angesehen wird. Es ist unklar, ob die neurobiologischen Auffälligkeiten genetisch bedingt sind, eine Folge von Traumatisierung darstellen oder ein Korrelat der Erkrankung selbst sind.

2.1.9 Therapie

In den beiden nächsten Kapiteln soll es um die Möglichkeiten und die zu erwartenden Erfolge bei der psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung der BPS gehen.

2.1.9.1 Psychotherapie der BPS

Die BPS galt lange Zeit als nicht oder nur schwer behandelbar (Fiedler, 2007). In der Zwischenzeit liegen für vier manualisierte Psychotherapieformen der BPS Wirksamkeitsnachweise vor (Zanarini, 2009). Zwei davon sind psychodynamisch ausgerichtet: das Mentalization-Based Treatment (MBT; Bateman & Fonagy 2004) und die Transference-Focused Psychotherapie von Kernberg (Kernberg et al., 1989). Die anderen beiden Therapieformen, die sich in der Behandlung der BPS als wirksam erwiesen haben, sind aus der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieschule hervorgegangen: die Schema-Therapie (Young, 2003) und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) (Linehan, 1993).

Trotz der ermutigenden Befunde hinsichtlich der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsformen der BPS zeigt sich bei allen Studien, dass 50% der behandelten Borderline-Patienten nicht auf die angebotenen Psychotherapieverfahren ansprechen. Dabei ist unklar, ob diese Patienten generell nicht auf Psychotherapie ansprechen oder ob sie nur auf bestimmte Verfahren ansprechen (Bohus & Schmahl, 2007).

Skodol, Buckley & Charles (1983) konnten nachweisen, dass ambulante Patienten mit einer höheren Psychopathologie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Therapie abbrechen. In einer Studie von Gunderson et al. (1989) war der Abbruch einer stationären Behandlung durch Borderline-Patienten mit einer geringeren Psychopathologie, einer geringeren Anzahl von früheren psychiatrischen Behandlungen und weniger Suizidgedanken assoziiert. Heinssen und McGlashan (1988) berichten, dass ein höheres Ausmaß an Ärger und Impulsivität mit einem Abbruch der DBT in Zusammenhang standen. Rüscher et al. (2008) untersuchten Prädiktoren im Hinblick auf einen Therapieabbruch eines stationären DBT-Behandlungsprogramms. Dabei zeigte sich, dass „Therapie-Abbrecher“ ein höheres Ausmaß an „Vermeidung von Erfahrungen“ und „Trait-Ängstlichkeit“ zeigten, jedoch anamnestisch weniger Suizidversuche unternommen hatten als die die Therapie abschließenden Patienten. Auch zeigten die „Therapie-Abbrecher“ ein höheres Ausmaß an „Ärger und Feindlichkeit“ und „erlebter Stigmatisierung“.

Abschließend ist festzuhalten, dass mittlerweile vier wirksame manualisierte Therapieformen für BPS vorliegen. Für die DBT, die am häufigsten Gegenstand von Therapiestudien war, liegen die meisten empirischen Wirksamkeitsbelege in Form von randomisiert-kontrollierten Studien vor (Linehan et al., 1991; Linehan et al., 1993; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Koons et al., 2001; Turner, 2000; Verheul et al., 2003). Die vorliegenden Befunde über Prädiktoren für einen Therapieabbruch sind derzeit noch sehr divergent und bedürfen weiterer empirischer Überprüfung, um möglichst viele Patienten mit BPS erreichen zu können.

2.1.9.2 Psychopharmakotherapie der BPS

Aktuelle Richtlinien empfehlen die Kombination von psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Interventionen zur Behandlung der BPS (Lieb et al. 2010). Die psychopharmakologische Behandlung sollte symptomorientiert sein. In diesem Kapitel wird auf Ergebnisse von Metaanalysen zur psychopharmakologischen Behandlung der BPS eingegangen.

Bislang gibt es weltweit kein zugelassenes Medikament zur spezifischen Behandlung der BPS. Die bei der BPS zum Einsatz kommenden Medikamente sind durch eine charakteristische Wirksamkeit auf bestimmte Bereiche der Psychopathologie gekennzeichnet (Lieb et al. 2010).

Der Großteil der wenigen randomisiert-kontrollierten Studien zur Pharmakotherapie der BPS kann nur kleine Fallzahlen und kurze Beobachtungszeiträume vorweisen. Bislang wurden insgesamt drei Metaanalysen zur Pharmakotherapie bei der BPS veröffentlicht (Binks et al., 2006; Lieb et al., 2010;

Nose et al., 2006). Die von der Cochrane Collaboration (Binks et al., 2006) durchgeführte Metaanalyse, die nur wenige randomisierte Studien zur Behandlung einschloss und ausschließlich die Wirkung von Antipsychotika, Trizyklika und Monoaminoxidase-Hemmern untersuchte, konnte keine überzeugenden Belege für die Wirksamkeit pharmakotherapeutischer Behandlung bei der BPS nachweisen. Die zweite Metaanalyse von Nose et al. (2006), basierend auf randomisiert-kontrollierten Studien, lieferte Belege dafür, dass Antidepressiva und Stimmungsstabilisierer wirksam sind gegen Stimmungsschwankungen und Ärger, nicht jedoch im Hinblick auf Impulsivität und Aggression, instabile Beziehungen, Suizidalität und das allgemeine Funktionsniveau. Für Antipsychotika hingegen konnten Nose et al. (2006) einen positiven Effekt in Bezug auf Impulsivität, Aggression und instabile Beziehungen nachweisen. Ingenhoven et al. (2009) konnten in ihrer Metaanalyse zeigen, dass klassische und atypische Neuroleptika moderate Effekte zeigen bezüglich kognitiver Symptome wie paranoidem und schizotypem Erleben. Hinsichtlich der Behandlung von Ärger konnte ein moderater bis großer Effekt durch die Behandlung mit typischen und atypischen Neuroleptika nachgewiesen werden. Für die Gruppe der Antidepressiva (Trizyklika, MAO-Hemmer und SSRIs) ergab sich in der Metaanalyse weder ein Effekt auf Impulsivität noch auf depressive Stimmung, die nicht durch eine affektive Störung kategorisierbar ist (Ingenhoven et al., 2009). Im Hinblick auf die Symptombereiche Angst und Ärger konnte für alle Antidepressiva-Gruppen ein kleiner Effekt gezeigt werden. Es ergab sich diesbezüglich keine Überlegenheit der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) im Vergleich zu den Trizyklika oder MAO-Hemmern – abgesehen von der Studie von Markovitz et al. (1991), in der sich hohe Dosen von Fluoxetin (80mg) bei der Behandlung von Angst und Ärger als wirksam erwiesen. Für die Medikamentengruppe der Stimmungsstabilisatoren konnten Ingenhoven et al. (2009) einen sehr starken Effekt auf Impulsivität und Ärger, einen starken Effekt auf Angst und einen moderaten Effekt hinsichtlich depressiver Stimmung nachweisen. Bezüglich des allgemeinen Funktionsniveaus konnten Wirksamkeitsbelege nur für Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer, nicht jedoch für Antidepressiva nachgewiesen werden. Die systematische Übersichtsarbeit der Cochrane-Collaboration von Lieb et al. (2010) über Pharmakotherapie bei der BPS konnte gute Effekte für Aripiprazol, Lamotrigin und Topiramaten belegen.

Aripiprazol zeigte gute Effekte in Bezug auf Impulsivität, Ärger, Depressivität, Angst, interpersonelle Probleme und psychotische Symptome. Lamotrigin erwies sich als wirksam im

Hinblick auf Impulsivität und Ärger. Topiramate lieferte gute Effekte hinsichtlich interpersoneller Probleme, Impulsivität und Ärger.

Moderate Effekte konnten von der Mainzer Arbeitsgruppe nachgewiesen werden für Olanzapin in Bezug auf Ärger, Angst, affektive Instabilität und psychotische Symptome sowie Valproinsäure in Bezug auf Ärger, interpersonelle Probleme und Depression.

Lieb et al. (2010) weisen in ihrer Übersichtsarbeit darauf hin, dass für mehrere Borderline-Symptome – Verlassenwerden vermeiden, chronische Gefühle von innerer Leere, Instabilität der Identität und Dissoziation - kein Wirksamkeitsnachweis durch Pharmakotherapie erbracht werden konnte.

Zu beachten ist bei der Pharmakotherapie der BPS, dass diese durch eine erhebliche psychiatrische Komorbidität gekennzeichnet ist. Als Leitlinie bei der Behandlung von Achse-I-Störungen bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gilt, dass Achse-I-Störungen mit Persönlichkeitsstörungen pharmakologisch wie Achse-I-Störungen ohne Persönlichkeitsstörung behandelt werden sollen, wobei ein schlechteres Ansprechen auf die Behandlung möglich sein kann (Ingenhoven et al., 2009). Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass eine psychopharmakologische Behandlung der einzelnen Symptombereiche der BPS erfolversprechend sein kann und zu einer deutlichen Symptomreduktion führen kann.

2.2 Kategoriale versus dimensionale Persönlichkeitsdiagnostik

Im folgenden Kapitel werden zunächst Kritikpunkte an der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen genannt. Im Anschluss daran werden verschiedene dimensionale Persönlichkeitsmodelle vorgestellt und es folgt eine Darstellung empirischer Befunde zur Abbildung der BPS auf der Basis dimensionaler Persönlichkeitsmodelle.

2.2.1 Kritik an der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Die aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV basieren auf einem kategorialen Ansatz, der angelehnt an die psychiatrische Krankheitslehre ein typologisches Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen beschreibt. Die einzelnen Individuen werden vorgegebenen Kategorien zugeordnet. Dabei dient ein konstruierter Prototyp der jeweiligen Persönlichkeitsstörung als Orientierung. Erreicht eine Person eine definierte Mindestanzahl an Kriterien (Cut-off-Wert), die den Prototypen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung beschreiben, wird die entsprechende Diagnose gestellt.

Fraglich ist, ob eine kategoriale Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen gerechtfertigt ist und die pathologische Persönlichkeitsstruktur in hinreichendem Ausmaß abbildet.

In der internationalen Fachliteratur wird die kategoriale Herangehensweise der Klassifikationssysteme für Persönlichkeitsstörungen zunehmend kritisch gesehen. Die Kritiker weisen vor allem auf folgende Argumente hin (vgl. Steinbring, 2007):

1. Die **aktuelle Auswahl der Persönlichkeitsstörungen ist weder theoretisch noch empirisch ausreichend begründet** (Austin & Deary, 2000; Livesley, Jackson & Schroeder, 1992). Stattdessen handelt es sich um eine mehr oder weniger willkürliche Sammlung von Verhaltensweisen, die verschiedenen theoretischen Modellen wie z.B. der klassischen Psychoanalyse oder der sozialen Lerntheorie entstammen und auf klinischer Erfahrung basieren. Die Kategorien der Persönlichkeitsstörungen gehen zwar auf einen Konsens von Experten zurück, doch mangelt es an definitiven Rationalen. In mehreren Studien konnten die Kategorien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen nicht repliziert werden (z.B. Austin & Deary, 2000; Livesley et al., 1992). Auch die Organisation der Persönlichkeitsstörungen in zehn Kategorien oder drei Cluster im DSM-IV ließ sich empirisch nicht bestätigen. Nach Morey (1997) liegt in jedem Cluster eine Persönlichkeitsstörung vor, die phänomenologisch nicht zu den anderen Persönlichkeitsstörungen des jeweiligen Clusters passt. Bei Cluster A handelt es sich um die schizoide Persönlichkeitsstörung,

bei Cluster B um die antisoziale Persönlichkeitsstörung und bei Cluster C um die negativistische Persönlichkeitsstörung. Als weiterer Schwachpunkt der aktuellen kategorialen Klassifikationssysteme wird die häufige Vergabe der Diagnose „nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ genannt, da diese Diagnose impliziert, dass die in den Klassifikationssystemen vorgegebenen Störungsklassen für Persönlichkeitsstörungen nicht erschöpfend sind (Skodol & Bender, 2009).

2. Die **diskriminante Validität der Persönlichkeitsstörungs-Kategorien** ist aufgrund der Überlappungen zu anderen Achse-II-Störungen sowie zu Achse-I-Störungen **unbefriedigend** (Clark et al., 1995; Widiger & Sanderson, 1987). Da unterschiedliche Störungsbilder durch ähnliche Kriterien definiert worden sind, sind Überlappungen zu anderen Diagnosen eine zwangsläufige Konsequenz. Der Mangel an diskriminanter Validität wird bei der BPS besonders augenscheinlich: So konnten Gunderson und Philips (1991) in ihrer Untersuchung 90-97% Überlappungen der BPS mit anderen PS nachweisen. Unter klinischen Gesichtspunkten erschwert das Vorhandensein mehrerer Persönlichkeitsstörungsdiagnosen die differentielle Therapieplanung.

3. Die **beliebige und nicht empirisch fundierte Festlegung der Schwellenwerte** (Cut-off-Werte), die vorgeben, ab welcher Mindestanzahl von diagnostischen Kriterien die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben werden darf, wird von vielen Wissenschaftlern kritisch gesehen (Barnow et al., 2006; O'Connor, 2002). Barnow et al. (2006) verdeutlichen ihre Kritik diesbezüglich am Beispiel der BPS. Sie weisen darauf hin, dass zur Diagnosestellung einer BPS mindestens fünf von neun Kriterien erfüllt sein müssen. Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Barnow belegen jedoch, dass bereits vier erfüllte Kriterien der BPS zu klinisch relevanten Problemen in verschiedenen Lebensbereichen führen (Barnow et al., 2005, 2006). Auch Widiger (1998) hält es für unwahrscheinlich, dass die Cut-Off-Werte den eigentlichen Krankheitswert zu erfassen vermögen und implizieren zu können, ab wann eine Behandlungsbedürftigkeit besteht. Werden klinische Entscheidungen nach willkürlich festgelegten Cut-off-Werten getroffen, so besteht die Gefahr, infolge eines hohen Informationsverlusts zentrale Problembereiche von Patienten zu übersehen bzw. als nicht behandlungsbedürftig einzustufen (ebd.).

4. **Persönlichkeitszüge sind kontinuierlich und nicht dichotom verteilt.** Es liegen keine empirischen Befunde vor, die qualitative Grenzen zwischen dem Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung und dem Nicht-Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung bestätigen (Clark & Watson, 1999; O'Connor, 2002; Westen, Shedler & Bradley, 2006). Stattdessen belegen mehrere Studien die kontinuierliche Verteilung von Persönlichkeitsmerkmalen (Livesley, 2003; Oldham & Skodol, 2000; Pukrop et al., 1998; Westen & Shedler, 2000).

5. Auf die **erhebliche Heterogenität innerhalb der diagnostischen Kategorien** weisen Skodol et al. (2002) hin. So sind die Achse-II-Störungen neben dem Problem der Komorbidität auch durch eine erhebliche Heterogenität gekennzeichnet. Im DSM-IV führen 151 mögliche Kriterienkombinationen zu der Diagnose einer BPS. Damit können sich hinter der Diagnose einer BPS ganz unterschiedliche psychopathologische Bereiche verbergen, die unterschiedlicher therapeutischer Herangehensweisen bedürfen. Insbesondere die Wahl einer Medikation hängt – abgesehen von weiteren psychiatrischen Komorbiditäten - in hohem Maß von der Ausprägung einzelner Kriterien und nicht per se von der Diagnose einer BPS ab.

6. **Die konvergente Validität** zwischen verschiedenen diagnostischen Instrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen **ist unbefriedigend** und entspricht nicht den testtheoretischen Standards (Livesley, 1998; Steinmeyer et al., 2002). Wissenschaftliche Studien, die unterschiedliche Diagnoseinstrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen anwenden, sind folglich nicht vergleichbar. Unterschiedliche Studienergebnisse können somit alleiniger Ausdruck unterschiedlicher Diagnoseinstrumente sein und zu Inkonsistenzen in der Forschung über Persönlichkeitsstörungen führen.

7. **Die Reliabilität** der kategorialen Diagnosen **ist unzureichend** (Livesley, 1998; Steinmeyer et al., 2002; Widiger, 1993). Für dimensionale Einschätzungen fallen sowohl Test-Retest-Reliabilität als auch Interrater-Reliabilität höher aus als für kategoriale Urteile (ebd.)

8. Die **prädiktive Validität** von kategorialen diagnostischen Beurteilungen **ist begrenzt**. Wie bereits in Kapitel 2.1.5 beschrieben, konnten für die BPS hohe Remissionsraten nachgewiesen werden (Zanarini et al., 2006). Die zeitliche Instabilität konnte von Bronisch (1999) auch für weitere

Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen werden. Angesichts der Definition von Persönlichkeitsstörungen als zeitlich überdauernde Diagnosekategorie kann in dieser Diskrepanz ein weiterer Schwachpunkt des kategorialen Diagnosesystems gesehen werden.

Zusammenfassend ist die aktuelle Verwendung kategorialer Systeme für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen äußerst fraglich. Die dringende Notwendigkeit der Überarbeitung des kategorialen Diagnosesystems wird bei der BPS besonders augenscheinlich.

Zur Verbesserung der kategorialen Diagnosesysteme müssen theoretisch fundierte und empirisch belegte Konzeptionen von Persönlichkeitsstörungen integriert werden. Auch ist es dringend erforderlich, dass die kontinuierliche Verteilung von Persönlichkeitsmerkmalen in den Klassifikationssystemen Berücksichtigung findet. In der Fachliteratur über Persönlichkeitsstörungen werden verstärkt dimensionale Modelle diskutiert, die die kategorialen Diagnosesysteme in ICD-10 und DSM-IV ablösen oder zumindest ergänzen sollen. Auf diese wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen.

2.2.2 Dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Aufgrund der vielfältigen Kritik an der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen sind dimensionale Modelle von Persönlichkeitsstörungen entwickelt worden, die Persönlichkeitsfaktoren höherer Ordnung als grundlegend sowohl für die Struktur gesunder als auch psychisch erkrankter Personen betrachten (Universalitätshypothese). Die den dimensional Modellen zugrunde liegende Kontinuitätsannahme besagt, dass anders als bei dem kategorialen Ansatz nicht von einer prinzipiellen Grenze zwischen gesund und krank, sondern von einem graduellen Übergang zwischen Normalität und den nach DSM-IV auf Achse-II angesiedelten Persönlichkeitsstörungen ausgegangen wird (z.B. Livesley, 2003; Oldham & Skodol, 2000; Steinmeyer et al., 2002; Westen & Shedler, 2000)

Mit der dimensional Erfassung lässt sich das Kontinuum zwischen normalen und pathologischen Persönlichkeitszügen besser beschreiben, und Persönlichkeitszüge von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen können in Form eines Persönlichkeitsprofils dargestellt werden (Widiger, 1993).

Forschungsergebnisse favorisieren ein dimensionales Modell gegenüber einem kategorialen Modell (Livesley, 2003; Livesley et al., 1994; Trull & Durrett, 2005; Widiger, 1993, Widiger & Mullins-

Sweatt, 2005). Es besteht somit Einigkeit darüber, dass dimensionale Modelle eine adäquatere Repräsentation des Persönlichkeitsstörungsbereichs darstellen. Studienbefunde unterstützen die theoretische Annahme der kontinuierlichen Verteilung von Persönlichkeitszügen. Auch weisen Studienergebnisse darauf hin, dass klinische und nicht-klinische Stichproben eine ähnliche faktorielle Struktur von Persönlichkeitsmerkmalen aufweisen. Pukrop et al. (1998) beispielsweise verglichen die Persönlichkeitsstrukturen einer klinischen und gesunden Stichprobe und kamen zu dem Ergebnis, dass die beiden Stichproben in ihren Persönlichkeitsstrukturen Ähnlichkeiten aufwiesen. Darin sahen die Autoren einen Beleg für die Gültigkeit eines universalen Persönlichkeitsmodells, bei dem Persönlichkeitsfaktoren höherer Ordnung sowohl der Persönlichkeitsstruktur gesunder als auch psychisch kranker Personen zugrunde liegen. Auch sahen sie in diesem Ergebnis eine Bestätigung der Annahme, dass eine graduelle, aber keine prinzipielle Grenze zwischen „normalen Persönlichkeitsausprägungen“ und „Persönlichkeitsstörungen“ angenommen werden kann.

Widiger (1992) kam bei einer Literaturrecherche von 16 Studien, in denen Persönlichkeitsstörungen sowohl kategorial als auch dimensional untersucht wurden, zu dem Ergebnis, dass Validitäts- und Reliabilitätskoeffizienten bei den dimensional Analysen deutlich höher ausfielen. Daraus schloss er, dass Studien über Persönlichkeitsstörungen eine höhere Aussagekraft haben, wenn die Daten einer dimensional Analyse unterzogen werden.

2.2.2.1 Dimensionale Persönlichkeitsmodelle

Auf der phänotypischen Ebene liegen eine Reihe zunächst recht unterschiedlich erscheinender dimensionaler Modelle zur Beschreibung der normalen Persönlichkeit vor. Widiger und Simonsen (2005) sprechen von insgesamt mindestens acht verschiedenen dimensional Modellen, die zur Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörungen vorgeschlagen wurden.

Im Folgenden werden verschiedene Persönlichkeitsmodelle mit unterschiedlichem Entstehungshintergrund aufgezeigt, die in der Fachliteratur zur dimensional Erfassung von Persönlichkeitsstörungen diskutiert werden.

2.2.2.1.1 Das Fünf-Faktorenmodell (Costa & McCrae, 1992)

Bei dem Fünf-Faktoren-Modell (FFM) handelt es sich um ein Persönlichkeitsmodell, das fünf Hauptdimensionen der Persönlichkeit postuliert. Die Entwicklung des FFM begann bereits in den

30er Jahren des 20. Jahrhunderts (durch Allport & Odbert) mit dem lexikalischen Ansatz. Dieser basiert auf der Annahme, dass sich Persönlichkeitsmerkmale in der Sprache niederschlagen und dass es eine umso größere Vielfalt an Worten zur Beschreibung von Eigenschaften gibt, je bedeutender diese Eigenschaften sind (Amelang & Zielinski, 1994). Auf der Basis von Listen mit über 10000 Adjektiven wurden durch faktorenanalytische Berechnungen fünf sehr stabile, unabhängige und weitgehend kulturstabile Faktoren gefunden.

Dieses Ergebnis stellte eine große Überraschung dar, da die bisherige Persönlichkeitsforschung über 60 Jahre hinweg vor allem durch inkonsistente Befunde geprägt war. Der Begriff „Big Five“ wurde erst 1981 von Goldberg eingeführt und impliziert, dass die fünf Faktoren breite Aspekte der Persönlichkeit auf einem hohen Abstraktionsniveau repräsentieren. Gemäß diesem Modell wird die Persönlichkeit eines Menschen von den individuellen Ausprägungen auf fünf verschiedenen Persönlichkeitsfaktoren determiniert. Das Fünf-Faktoren-Modell beinhaltet folgende Faktoren: 1) Neurotizismus oder emotionale Labilität versus emotionale Stabilität, 2) Verträglichkeit versus Aggressivität, 3) Extraversion versus Introversion, 4) Gewissenhaftigkeit versus Unordentlichkeit, 5) Offenheit für neue Erfahrung versus Rigidität (McCrae & Costa, 1999).

Neurotizismus bezeichnet das Ausmaß an emotionaler Reagibilität. Personen mit einem hohen Wert auf dieser Persönlichkeitsdimension sind insgesamt eher ängstlich, nervös, stressintolerant und neigen zu wechselhaften Reaktionen. Personen mit einem niedrigen Neurotizismusscore sind emotional stabil und ausgeglichen. *Verträglichkeit* bezieht sich auf prosoziale Einstellungen und Verhaltensmerkmale. Ein hoher Verträglichkeitsscore impliziert, dass eine Person mitfühlend, hilfsbereit, kooperativ und in Konfliktsituationen kompromissbereit ist. Umgekehrt bedeutet ein niedriger Score, dass die betreffende Person eher damit rechnet, ausgenutzt zu werden, anderen gegenüber unfreundlich auftritt und häufiger in Streit gerät. *Extraversion* erfasst Reiz- und Stimulationsbedürfnisse von Menschen. Personen mit einer stark ausgeprägten Extraversion suchen die Gesellschaft anderer Menschen, sind gesprächig, offen und haben ein hohes Bedürfnis nach Aktivitäten, die Spaß und Aufregung versprechen. Introvertierte Personen dagegen sind zurückhaltend und still und meiden Situationen, die viele Reize beinhalten. *Gewissenhaftigkeit* beschreibt das Ausmaß an Pflichtbewusstsein, Selbstdisziplin und Leistungsstreben. Ein niedriger Gewissenhaftigkeitsscore beschreibt Personen, die eher spontan handeln, unzuverlässig sind und in den Tag hinein leben. *Offenheit für Erfahrung* impliziert das Bedürfnis nach Erfahrungen, die den

eigenen Horizont erweitern. Personen mit einem hohen Wert in dieser Dimension sind kreativ, interessiert und wissbegierig.

Das Fünf-Faktoren-Modell ist hierarchisch organisiert. Den übergeordneten Traits (Big Five) sind Traits niedrigerer Ordnung (Facetten) zugeordnet, denen wiederum konkrete Erlebnis- und Verhaltensweisen zuordenbar sind. In Untersuchungen ließ sich eine kulturübergreifende Konsistenz des Fünf-Faktoren-Modells nachweisen, denn bei Personen aus verschiedensten Ländern, unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher politischer und sozialer Hintergründe kann die Fünf-Faktoren-Struktur belegt werden (McCrae & Costa, 1997). Die empirischen Nachweise der Universalität der Faktoren haben die Akzeptanz und Bedeutung des Modells deutlich erhöht. Costa und McCrae entwickelten auf der Grundlage des Fünf-Faktoren-Modells das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI), einen heute international gebräuchlichen Persönlichkeitstest für Jugendliche und Erwachsene, durch den die Big-Five-Faktoren valide, reliabel und objektiv erfasst werden können. Das NEO-FFI wurde von Borkenau und Ostendorf 1993 ins Deutsche übertragen (Borkenau & Ostendorf, 1993). Eine erweiterte Fassung des NEO-FFI ist das revidierte NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R von Costa & McCrae, 1992; deutsche Übersetzung von Ostendorf & Angleitner, 2004).

Wissenschaftler sahen in dem Fünf-Faktoren-Modell eine geeignete Alternative zu den kategorialen Diagnosesystemen. Daher kam es als eines der ersten dimensional Modelle nicht nur zur Beschreibung der nicht-pathologischen Persönlichkeit, sondern auch zur Abbildung von Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz. Die „Big-Five-Struktur“ normaler Persönlichkeiten erschien stabil genug, um auch für die klinische Population Gültigkeit in Anspruch nehmen zu können und somit der Universalitätsforderung gerecht zu werden (Steinmeyer et al., 1994). Darin werden Persönlichkeitsstörungen als extreme Varianten normaler Persönlichkeitsstrukturen aufgefasst. Unterschiede zwischen Normalität und Abnormität sind mehr quantitativer als qualitativer Art (z.B. Trull & Durrett, 2005).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass das Fünf-Faktoren-Modell nicht nur das älteste, sondern auch das gegenwärtig am weitesten verbreitete, am häufigsten untersuchte und am besten bestätigte Modell der Persönlichkeit darstellt.

Neuste Befunde stützen die Annahme, dass die Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV durch das Fünf-Faktoren-Modell dargestellt werden können (Livesley, 2001). Jedoch eignet sich das zur Erfassung von „normalen“ Persönlichkeitseigenschaften entwickelte Fünf-Faktoren-Modell im

Vergleich zu anderen dimensional Modellen (z.B. DAPP-Modell) weniger gut zur differenzierten Erfassung von dimensional Persönlichkeitsmerkmalen bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Doch kann es sehr gut als „Screening“-Instrument für die Erfassung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale in nicht-klinischen Stichproben eingesetzt werden. Darüber hinaus bietet es den Vorteil, neben pathologischen Persönlichkeitseigenschaften auch „funktionierende“ Eigenschaften von Personen mit Persönlichkeitsstörungen zu erfassen, wodurch es dazu beitragen kann, einer Stigmatisierung von Personen mit Persönlichkeitsstörungen entgegen zu wirken (Widiger et al., 2009).

2.2.2.1.2 Das dimensionale Persönlichkeitsmodell nach Eysenck (1952, 1970)

Eysenck versuchte, Persönlichkeitsmuster faktorenanalytisch durch zwei oder drei eher breite Hauptfaktoren zu begründen. Eine Grundannahme in seinem Modell ist die biologische Verankerung von Persönlichkeitsmerkmalen. Er geht davon aus, dass die „Diathese“ einen wesentlichen ätiologischen Faktor darstellt, während die Variation des Verhaltens in konkreten Situationen zu großen Teilen durch psychosoziale Faktoren mitbedingt wird.

Eysenck entwickelte ein Persönlichkeitsmodell, bei dem sich die Persönlichkeit jedes Individuums als Resultat der Ausprägung der Dimensionen *Extraversion* (Gegenpol: *Introversion*) und *Neurotizismus* (Gegenpol: *Labilität*) beschreiben lässt (Eysenck, 1970). Ein von emotionaler Stabilität abweichender Neurotizismus wird von Eysenck auf eine weitgehend vererbte Labilität des autonomen Nervensystems zurückgeführt. Die Extreme zwischen Extraversion und Introversion werden von ihm durch zerebrale Funktionsunterschiede in der *formatio reticularis* erklärt, als sogenannte Verschiebung im Erregungs-Hemmungs-Gleichgewicht (ebd.). Diese soll zu einer leichteren Konditionierbarkeit der Introvertierten gegenüber den Extravertierten führen und damit schnellere und stärkere Hemmungsprozesse ausbilden.

Mit der Dimension *Psychotizismus* (Gegenpol: *Impulskontrolle*) führte Eysenck 1980 eine weitere Persönlichkeitsdimension in seinem Modell ein. Er postulierte, dass diese Dimension vor allem bei zu Psychose neigenden Menschen, aber auch bei Personen mit dissozialer Persönlichkeit stark ausgeprägt sein soll und wesentlich durch Vererbung bestimmt wird. Eysenck vertrat die Auffassung, dass die Faktoren Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit des Fünf-Faktorenmodells (umgekehrt gepolte) Unterfaktoren des Faktors Psychotizismus seien. Lediglich der Faktor Offenheit fand im Eysenckschen Modell keine Entsprechung.

Für die Diagnostik von Persönlichkeitsabweichungen entwickelten Eysenck und seine Mitarbeiter verschiedene Fragebögen: darunter das Maudsley Medical Questionnaire (MPQ) zur Erfassung aller drei Hauptdimensionen des Eysenck'schen Persönlichkeitsmodells sowie der Eysenck Personality Inventory (EPI), der darüber hinaus eine zusätzliche Lügenskala zur Erfassung der Dissimulationsneigung der Betroffenen enthält.

Schließlich muss darauf hingewiesen werden, dass die vielfältigen Versuche, die Persönlichkeitsdimensionen Eysencks mit der psychiatrischen Klassifikation zu verbinden, nicht von Erfolg gekrönt waren. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen bestand der wichtigste Beitrag darin, einen Zusammenhang zwischen Psychotizismus und gewohnheitsmäßiger Kriminalität nachzuweisen. Doch finden sich zwischen persönlichkeitsgestörten Personen und psychiatrisch unauffälligen Kontrollprobanden eher selten Unterschiede in den Neurotizismuswerten. Entsprechendes gilt für psychotisch-schizophrene Personen und gesunde Personen hinsichtlich der Befunde zum Psychotizismus (Fiedler, 2007). Damit gilt das Eysenck'sche Persönlichkeitsmodell nicht als Favorit unter den dimensional Modellen, die in Zukunft Eingang finden sollen in die psychiatrischen Klassifikationssysteme.

2.2.2.1.3 Das psychobiologische Persönlichkeitsmodell (Cloninger, 1986)

Anders als das Fünf-Faktoren-Modell basiert Cloningers biosoziales Modell nicht auf persönlichkeitspsychologischen Forschungstraditionen. Cloninger suchte ursprünglich nach einem für klinische Zwecke geeigneten Modell, das für normale und pathologische Persönlichkeiten anwendbar sein sollte (Cloninger, 1986). Die Arbeitsgruppe um Cloninger begegnete den faktorenanalytischen Modellen einschließlich des FFM mit Kritik, weil sie durch die unterschiedlichen Varianten von Faktorenrotationen eine einheitliche Interpretation als erschwert ansah. Auch wurde von den Forschern darauf hingewiesen, dass die bloße Verhaltensbeschreibung ohne Bezug zu externen, insbesondere ätiologischen Kriterien zu klinisch heterogenen Persönlichkeitsdimensionen führe. Cloninger et al. (1993) erachteten es als erforderlich, statt der phänotypischen Persönlichkeitsstruktur die zugrunde liegende biogenetische Struktur zu erforschen, da die beobachtbaren Verhaltensunterschiede durch die Interaktion von genetischen und Umwelteinflüssen bedingt seien.

Gemäß dieser Argumentation entwickelte Cloninger ein hypothetisches psychobiologisches Modell der Persönlichkeit, dem er Informationen aus genetischen Studien, Studien zur psychischen

Entwicklung, lernpsychologischen und neuropharmakologischen Studien zugrunde legte. Ursprünglich postulierte er drei genetisch determinierte Temperamentsfaktoren, die er als Schadensvermeidung (harm avoidance), Neugierverhalten (novelty seeking) und Belohnungsabhängigkeit (reward dependence) beschrieb. Ein vierter unabhängiger Faktor, der von ihm als Beharrungsvermögen (persistence) bezeichnet wurde, wurde auf der Basis von Normierungsstichproben identifiziert. Ausgehend von Zwillingsstudien gelangten die Autoren zu der Annahme, dass jeder der vier Faktoren zu 50-65% erblich bedingt ist und dass die Faktoren unabhängig voneinander sind. Es liegen eine Reihe empirischer Befunde vor, die die Konsistenz und externe Validität des Persönlichkeitsmodells bestätigen. Die Temperamentsskalen waren in Untersuchungen mit neurobiologischen Merkmalen assoziiert (z.B. Cloninger et al., 1999; Wiesbeck et al., 2004).

1991 erschien der erste Persönlichkeitsfragebogen zu diesem Modell, der Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ; Cloninger et al., 1991). Mit dem TPQ ließen sich Persönlichkeitsstörungen zwar untereinander unterscheiden, aber nicht von Varianten *normaler Persönlichkeit* abgrenzen. Daher erweiterte Cloninger das Modell um weitere 3 Faktoren, sogenannte *Charakterdimensionen*, die er im Gegensatz zu den zuerst bestimmten Temperamentsfaktoren nicht als genetisch, sondern als umweltbedingt einordnete. Diese Dimensionen beinhalten *Selbstlenkungsfähigkeit* (self-directedness), *Kooperativität* (cooperativeness) und *Selbsttranszendenz* (self-transcendence). Der auf 240 Items erweiterte Fragebogen unter der Bezeichnung Temperament and Character Inventory (TCI) setzt sich aus sieben Skalen zusammen, denen jeweils 3-5 Skalen untergeordnet sind.

Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen werden im TCI (Cloninger, 1991) Profiltypen abgebildet, die die einzelnen Persönlichkeitsstörungen repräsentieren sollen. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass geringe Scores auf den Charakterdimensionen Kooperativität und Selbstlenkungsfähigkeit das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gut vorhersagen, wohingegen die Temperamentsdimensionen zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zu differenzieren vermögen (Svrakic et al., 1993).

Abschließend ist festzuhalten, dass das biosoziale Persönlichkeitsmodell bezüglich der Erforschung psychischer Störungsbilder internationale Anerkennung gewonnen hat. Falls die biologischen und psychologischen Grundlagen der postulierten Persönlichkeitsdimensionen genauer spezifiziert

würden, könnte das Modell einen eigenen Beitrag zur besseren Aufklärung von Ätiologie, Verlauf und Prognose klinischer Störungsbilder leisten.

2.2.2.1.4 Das DAPP-Modell (Livesley, 1986, 1987)

Ein anderes, sich hervorhebendes dimensionales Klassifikationssystem ist das Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP)-Modell der Persönlichkeitspathologie von Livesley. Der von Livesley entwickelte DAPP-Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley & Jackson, 2001; deutsche Übersetzung von Pukrop, 2003) zur dimensionalen Erfassung von Persönlichkeit besteht aus 290 Items, 18 Persönlichkeitsdimensionen und vier Faktoren höherer Ordnung. Der DAPP-BQ basiert auf einer Faktorenanalyse von 100 Dimensionen zur Beschreibung psychopathologisch relevanter Persönlichkeitseigenschaften mit über 1943 Items. Die große Anzahl von Persönlichkeitsdimensionen und –eigenschaften wurde auf der Basis epidemiologischer Studien und einem Überblick über die klinische Literatur zu Persönlichkeitsstörungen gewonnen (Livesley et al., 1989; Livesley et al., 1998). In Studien erwies sich die Struktur des DAPP-BQ als sensitiv und stabil über klinische und nicht-klinische Stichproben hinweg (Jang et al., 1998; Livesley et al., 2003).

Im Folgenden werden die vier übergeordneten Faktoren des dimensionalen Modells von Livesley dargestellt, deren Werte sich durch Addition der jeweils am höchsten auf sie ladenden Persönlichkeitsmerkmale niedriger Ordnung ergeben.

Der erste übergeordnete Faktor höherer Ordnung, *Emotionale Dysregulation* (ähnlich dem FFM Faktor *Neurotizismus*), repräsentiert instabile und reaktive Tendenzen, Unzufriedenheit mit Lebenserfahrungen und dem Selbst sowie interpersonelle Probleme. Die folgenden Traits zeigen ihre stärkste Ausprägung in dieser Dimension: *Ängstlichkeit, Identitätsprobleme, Kontaktvermeidung, affektive Labilität, kognitive Verzerrung, Oppositionshaltung, Unterwürfigkeit, unsichere Bindung* und *Selbstschädigung*.

Die zweite Dimension höherer Ordnung, bezeichnet als *Dissoziales Verhalten* (ähnlich wie der Negativpol des FFM-Faktors *Verträglichkeit*), ist durch einen Mangel an Rücksicht auf andere gekennzeichnet. Diese Dimension wird durch folgende Traits repräsentiert: *Reizsuche* (Empfindungssuche, Impulsivität und Rücksichtslosigkeit), *Verhaltensprobleme, Ablehnung* (interpersonelle Feindseligkeit und Voreingenommenheit) sowie *Herzlosigkeit*.

Der dritte Faktor höherer Ordnung, *Gehemtheit* (entspricht dem Negativpol von *Extraversion* im FFM), beschreibt eine geringe Erfüllung durch intime Verhältnisse und wird durch die Traits *Intimitätsprobleme* und *Ausdrucksarmut* (verminderter Ausdruck von Gefühlen und Schwierigkeit im Mitteilen von Informationen) definiert.

Der vierte übergeordnete Faktor, *Zwanghaftigkeit* (ähnlich dem FFM-Faktor *Gewissenhaftigkeit*), wird ausschließlich durch die Eigenschaft *Zwanghaftigkeit* repräsentiert.

Bei der Entwicklung des DAPP-BQ erwies sich kein Persönlichkeitstrait als relevant, der dem FFM-Faktor *Offenheit für Erfahrungen* entsprach. Es wurde eine Vielzahl von Studien durchgeführt, die die Replizierbarkeit der faktoriellen Struktur des DAPP-Modells sowie die Beziehung der DAPP-BQ-Skalen zu den Skalen anderer dimensionaler und auch kategorialer Persönlichkeitsmodelle überprüft haben (z.B. Bagge & Trull, 2003; Pukrop et al., 2001).

In mehreren Untersuchungen konnte für das DAPP-Modell im Vergleich zu dem Big-Five-Konzept eine höhere Sensivität zur differentiellen Erfassung von Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen werden (z.B. Steinmeyer et al., 2002).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die verschiedenen dimensional Modelle zwar auf den ersten Blick deutlich voneinander unterscheiden. Doch basieren die meisten der vorliegenden dimensional Modelle auf der Annahme von übergeordneten Dimensionen der Persönlichkeit, die sich aus mehreren Dimensionen zweiter Ordnung zusammensetzen. Als mehrfach repliziert und wissenschaftlich anerkannt gilt mittlerweile, dass den Konstrukten von Persönlichkeitsstörungen insgesamt vier verschiedene Faktoren zugrunde liegen (Mulder & Joyce, 1997; Trull & Durrett, 2005). Diese Faktoren wurden unterschiedlich benannt: a) anxious / dependency / asthenia / emotional dysregulation; b) psychopathy / antisocial / dissocial; c) social withdrawal / asocial / inhibitedness; d) anankastic / compulsivity. Die Robustheit der Vier-Faktoren-Struktur in klinischen und nicht-klinischen Stichproben sowie über verschiedene Kulturen und Messinstrumente hinweg führt Livesley et al. zu der Annahme, dass diese vier Faktoren eine genetische Grundlage haben müssen (Livesley, 2005).

Zudem ist anzumerken, dass Diagnostiker vertrauter sind mit der Anwendung kategorialer Modelle und dimensionale Ansätze neuartige diagnostische Herangehensweisen darstellen, mit denen sich Kliniker lange Zeit nur zögerlich befassen wollten (Frances, 1993). Benjamin (1993) liefert

Erklärungen, warum dimensionale Modelle noch nicht in das DSM-IV übernommen worden sind. So weist er auf die Ungewohnheit, die Komplexität und mangelnde Klarheit in der Anwendung bei der Diagnosestellung hin. Darüber hinaus verfügen die intensiv erforschten kategorialen Modelle über eine hohe Anschaulichkeit und lassen sich leicht kommunizieren.

Nicht zuletzt konnte im Hinblick auf dimensionale Betrachtungsweisen von Persönlichkeitsstörungen bislang keine Einigung erzielt werden. Entsprechend sind Versuche, dimensionale Ansätze in das DSM-IV aufzunehmen, gescheitert.

In dieser Arbeit sollen zwei Erhebungsinstrumente, basierend auf den etablierten dimensional Persönlichkeitsmodellen des Fünf-Faktoren-Modell und des DAPP-Modells, zum Einsatz kommen: das NEO-PI-R (deutsche Version von Borkenau & Ostendorf, 1986) und der DAPP-BQ (deutsche Version von Pukrop et al., 2001). Die Wahl fiel auf diese beiden Instrumente, da die sich die beiden zugrunde liegenden dimensional Persönlichkeitsmodelle zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen empirisch gut bewährt haben. Widiger et al. (2009) weisen darauf hin, dass das DAPP-Modell und das Fünf-Faktoren-Modell sich sehr gut dafür eignen, in das DSM-V integriert zu werden und damit die bislang ausschließlich kategorial erfassten Persönlichkeitsstörungen zusätzlich um eine Berücksichtigung dimensionaler Persönlichkeitseigenschaften zu erweitern (Widiger et al., 2009).

2.2.2.2 Empirische Befunde zur Abbildung der BPS durch dimensionale Persönlichkeitsmodelle

In diesem Abschnitt wird auf bislang vorliegende empirische Befunde zu dimensional Persönlichkeitsprofilen der BPS auf der Basis des DAPP-BQ und des NEO-PI-R eingegangen.

2.2.2.2.1 Repräsentation der BPS durch das Fünf-Faktoren-Modell

Wie die nachfolgende Übersicht über die durchgeführten Untersuchungen in diesem Bereich zeigt, konnten hohe Neurotizismuswerte und niedrige Verträglichkeitswerte im Fünf-Faktoren-Modell bei Personen mit BPS sowohl im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen als auch im Vergleich zu Personen mit anderen Störungen der Achse-I und Achse-II nachgewiesen werden.

In der Studie von Perry und Cooper (1985) zeigten Patienten mit einer BPS einen höheren Neurotizismusscore verglichen mit Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung oder einer Bipolar II-Störung.

Auch Costa und McCrae (1990) untersuchten die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstörungen und dem Fünf-Faktoren-Modell und konnten in allen drei Teilstudien der Gesamtuntersuchung positive Korrelationen zwischen der BPS und der Neurotizismus- sowie Extraversionsdimension finden. Negative Korrelationen hingegen wiesen die Personen mit BPS in den Dimensionen *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* auf.

Trull (1992) untersuchte eine Gruppe von 57 ambulanten psychiatrischen Patienten mit dem Fünf-Faktoren-Modell, und auch in seiner Untersuchung zeigten sich für die BPS-Patienten positive Korrelationen mit der Neurotizismusdimension und negative Korrelationen mit der Verträglichkeitsdimension. Auf der Basis von Fremdeinschätzungen wurde zusätzlich eine negative Korrelation mit *Gewissenhaftigkeit* nachgewiesen (vgl. Soldz et al., 1993).

Clarkin und Kollegen (1993) untersuchten das Fünf-Faktoren-Modell bei einer Gruppe von 62 stationären Patientinnen mit BPS. Auch in dieser Studie hatte die BPS-Gruppe im Vergleich zur Normstichprobe hohe Neurotizismusscores und niedrige Werte in den Dimensionen *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit*. Innerhalb der Neurotizismusdimension wiesen die BPS-Patienten vor allem hohe Depressivitätswerte sowie hohe Ausprägungen in den Facetten Selbstunsicherheit und Verletzlichkeit auf.

Zweig-Frank und Paris (1995) untersuchten Patientinnen mit einer BPS und verglichen das dimensionale Profil auf der Basis des NEO Personality Inventory Revised (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) mit dem einer Normstichprobe und einer klinischen Kontrollgruppe, die sich aus Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen zusammensetzte. Interessanterweise zeigten sich zwar die bereits ausführlich dargestellten üblichen Unterschiede zur Normstichprobe (höhere Neurotizismus-Werte und niedrigere Verträglichkeitsscores), jedoch konnten keine signifikanten Unterschiede im Fünf-Faktoren-Profil zu der Patientengruppe mit anderen PS nachgewiesen werden. Die fehlende Spezifität des dimensional Modells könnte jedoch auf eine methodische Einschränkung der Studie zurückzuführen sein, da zwischen der Diagnostik der Patientengruppe und der Erhebung des dimensional Profils zwei Jahre vergangen waren und eine unzureichende Test-Retest-Reliabilität das Ergebnis modifiziert haben könnte.

So konnte Pukrop (2002) in einer Untersuchung mit 31 BPS-Patienten, 31 Patienten mit anderen PS und sowie 31 gesunden Kontrollprobanden feststellen, dass sich die BPS-Patienten von der gesunden Gruppe durch signifikant höhere Werte in der Neurotizismusdimension unterschieden. Von den Patienten mit anderen PS hingegen unterschieden sie sich durch signifikant niedrigere Werte in der Dimension Verträglichkeit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Fünf-Faktoren-Modell bei Patienten mit BPS über mehrere Untersuchungen hinweg - trotz unterschiedlicher verwendeter Diagnoseinstrumente, Stichproben, statistischer Analysen - konsistent erhöhte Scores bei dem Faktor *Neurotizismus* und niedrige Scores bei dem Faktor *Verträglichkeit* zeigte (z.B. Perry & Cooper, 1985, Pukrop, 2002; Trull, 1992). In einigen Studien wiesen die BPS-Patienten auch eine geringere *Gewissenhaftigkeit* auf. Die Befunde sind mit dem im klinischen Setting zu beobachtenden Erscheinungsbild der BPS übereinstimmend. Die genannten Befunde weisen darauf hin, dass das Fünf-Faktoren-Modell auch im klinischen Bereich dazu geeignet ist, ein umfassendes und differenziertes Bild der Persönlichkeit abzubilden und insbesondere bei der BPS einen hilfreichen Bezugsrahmen für dimensionale Beurteilungen darstellt.

2.2.2.2 Repräsentation der BPS durch das DAPP-Modell

Pukrop et al. (2001) untersuchten in einer Studie die kulturübergreifende Stabilität des DAPP-BQ. Nachdem sie die faktorielle Struktur der deutschen Version des DAPP-BQ an einer gesunden Kontrollgruppe und einer Gruppe von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen replizieren konnten, untersuchten sie darüber hinaus den Zusammenhang zwischen den vier übergeordneten DAPP-BQ-Faktoren und den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (diagnostiziert nach DSM-IV). Dabei konnten die Autoren für die BPS positive Korrelationen mit den Dimensionen *Emotionale Dysregulation*, *Dissoziales Verhalten* und *Zwanghaftigkeit* nachweisen. Dieses Korrelationsprofil wurde bei keiner der anderen Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen.

In einer zweiten Studie verglich Pukrop (2002) die DAPP-BQ-Persönlichkeitsprofile von Patienten mit BPS (n = 31), Patienten mit anderen PS (n = 31) und einer gesunden Kontrollgruppe (n = 31). Für Patienten mit BPS waren höhere Werte auf den Dimensionen *Emotionale Dysregulation*, *Gehemmtheit* und *Dissoziales Verhalten* im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe charakteristisch. Auch im Vergleich zur Patientengruppe zeigten die Patienten mit BPS signifikant höhere Werte in

den Dimensionen *Emotionale Dysregulation* und *Dissoziales Verhalten* und tendenziell höhere Scores in der Dimension *Gehemmtheit*.

Bagge und Trull (2003) untersuchten ebenfalls die faktorielle Struktur des DAPP-BQ und konnten diese in ihrer Studie faktorenanalytisch replizieren. Ferner untersuchten sie, durch welches DAPP-BQ-Profil die einzelnen Persönlichkeitsstörungskategorien am besten abgebildet werden können. Dabei berücksichtigten sie neben den übergeordneten Persönlichkeitsdimensionen auch die untergeordneten Traits. Wie auch bei Pukrop et al. (2001) ergaben sich bei der BPS hohe Korrelationen mit *Emotionaler Dysregulation* und *Dissozialem Verhalten*. Die Autoren konnten ferner nachweisen, dass die Probanden mit einer BPS durch die der Dimension *Emotionale Dysregulation* untergeordneten Faktoren *Kognitive Verzerrung*, *Identitätsprobleme*, *Affektive Labilität*, *Ängstlichkeit*, *Argwohn*, *unsichere Bindung* und *Selbstschädigung* charakterisiert werden konnten. Auch waren für die BPS-Gruppe die der Dimension *Dissoziales Verhalten* zugehörigen Faktoren *Reizsuche*, *Ablehnung* und *Verhaltensprobleme* charakteristisch. Damit bestätigte sich in dieser Untersuchung die von den Autoren a priori formulierte Hypothese über das DAPP-BQ-Persönlichkeitsprofil der BPS. Eine hierarchische Regressionsanalyse zeigte, dass die untergeordneten DAPP-BQ-Traits *Affektive Instabilität*, *Verhaltensprobleme* und *Selbstschädigung* am besten zwischen Personen mit und ohne BPS differenzieren können.

Abschließend ist festzuhalten, dass die BPS durch das DAPP-Modell angemessen abgebildet werden kann. Personen mit BPS sind vor allem durch hohe Werte auf den Dimensionen *Emotionale Dysregulation*, *Dissoziales Verhalten* und *Gehemmtheit* gekennzeichnet. Dieses DAPP-Profil zeigt große Ähnlichkeit zu dem Profil der BPS im Fünf-Faktoren-Modell, das durch hohe Neurotizismuswerte und niedrige Verträglichkeitswerte charakterisiert wird.

2.3 Geschlechterunterschiede bei psychiatrischen Störungen

Dass die Psyche des Menschen durch das Geschlecht verschiedenartig geprägt ist, wird niemand wirklich in Frage stellen. Unterschiede im Erleben, im Verhalten und in der Interaktion sind im Alltag unübersehbar. Doch auch im klinischen Bereich liegen evidente Geschlechterunterschiede vor, die sich in unterschiedlichen Prävalenzraten, unterschiedlichen Erscheinungsformen und Verläufen von psychiatrischen Erkrankungen manifestieren. Von einer Geschlechtsspezifität psychischer Störungen gingen die Gründer der Medizin und Psychiatrie bereits vor Jahrtausenden aus. So beschrieb bereits Hippokrates die Hysterie als frauenspezifische psychische Erkrankung, deren Ursache er in einer Fehlfunktion der Gebärmutter sah (Rohde & Marneros, 2007).

Bevor im übernächsten Kapitel Geschlechterunterschiede bei der BPS thematisiert werden, soll es in diesem Kapitel zunächst um Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf psychiatrische Störungen im Allgemeinen gehen. Auch wird dieses Kapitel der Frage nachgehen, inwieweit sich Männer und Frauen in Normstichproben und klinischen Stichproben hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale voneinander unterscheiden.

2.3.1 Geschlechterunterschiede in Bezug auf dimensionale Persönlichkeitsmerkmale

Dass Frauen und Männer sich im Hinblick auf Persönlichkeitsmerkmale voneinander unterscheiden, konnte in zahlreichen empirischen Studien nachgewiesen werden. Im Folgenden sollen die am zuverlässigsten empirisch nachgewiesenen geschlechterbezogenen Persönlichkeitsunterschiede aus der Perspektive des Fünf-Faktoren-Modells dargelegt werden.

In mehreren Studien wurde konsistent berichtet, dass Männer niedrigere Werte haben bezüglich Traits, die mit Neurotizismus in Zusammenhang stehen (z.B. Feingold, 1994; Nolen-Hoeksema, 1987; Kling et al., 1999). Maccoby und Jacklin (1974) zogen aus ihrer Übersichtsarbeit bereits Anfang der 70er Jahre den Schluss, dass Männer weniger ängstlich als Frauen und auch durchsetzungsstärker sind. Feingold (1994) bestätigte in seiner Metaanalyse den Befund, dass Frauen sich durch ein höheres Maß an Ängstlichkeit charakterisieren lassen. Nolen-Hoeksema (1987) berichtete, dass sich bei Frauen höhere Depressionswerte nachweisen lassen. Kling et al. (1999) fanden heraus, dass Frauen einen niedrigeren Selbstwert aufweisen. Die einzige Ausnahme im Bereich Neurotizismus zeigte sich in dem Trait Ärger, für den in vielen Studien nachgewiesen werden konnte, dass Männer höhere Werte als Frauen haben (Scherwitz et al., 1991). Doch liegen

diesbezüglich auch gegenteilige empirische Befunde vor, die von höheren Ärgerwerten bei Frauen ausgehen (z.B. Ross & Van Willigen, 1996). Diese Unterschiede sind wahrscheinlich das Resultat unterschiedlicher Operationalisierungen von Ärger: So haben Frauen höhere Ärgerscores, wenn lediglich das Erleben von Ärger erfasst wird, Männer hingegen, wenn feindselige Haltungen untersucht werden (Costa et al., 2001).

Costa und Kollegen (2001), die mit dem NEO-PI-R erhobene Daten aus insgesamt 26 Kulturen analysierten, untersuchten Geschlechterunterschiede hinsichtlich aller Subdimensionen des Fünf-Faktoren-Modells. Sie konnten nachweisen, dass Frauen in allen Facetten der Dimension *Neurotizismus* (*Ängstlichkeit, Verletzlichkeit, Reizbarkeit, Depression, soziale Befangenheit* und *Impulsivität*) höhere Werte aufwiesen als Männer. Dasselbe geschlechterspezifische Ergebnis zeigte sich in dieser Studie hinsichtlich der Dimension *Verträglichkeit* für alle ihr zugehörigen Facetten (*Vertrauen, Freimütigkeit, Altruismus, Entgegenkommen, Bescheidenheit, Gutherzigkeit*). In der Studie von Feingold (1994), der in seiner Studie nur einzelne Traits des FFM untersuchte, hatten Frauen gleichermaßen höhere Werte in den Verträglichkeits-Facetten *Vertrauen* und *Gutherzigkeit*.

In den anderen drei Dimensionen des Fünf-Faktoren-Modells zeigte sich in der Untersuchung von Costa et al. (2001) ein variationsreicheres Muster. Im Hinblick auf die übergeordnete Dimension *Extraversion* zeigten Frauen höhere Werte in den Dimensionen *Herzlichkeit, Geselligkeit* und *Frohsinn*; Männer zeigten höhere Ausprägungen von *Erlebnishunger* und *Durchsetzungsfähigkeit*. Feingold (1994) belegte, dass Männer zwar durchsetzungsstärker sind als Frauen, dafür jedoch weniger gesellig. Er schlussfolgerte aus seiner Untersuchung, dass Frauen insgesamt geringfügig höhere Extraversionswerte aufweisen im Vergleich zu Männern.

Bezüglich der Dimension *Offenheit für Erfahrungen* konnte in der Studie von Costa et al. (2001) nachgewiesen werden, dass Frauen höhere Werte als Männer aufweisen bezüglich *Offenheit für Ästhetik, Gefühle* und *Handlungen*, jedoch niedrigere Werte in Bezug auf *Offenheit für Ideen*. Diese Verteilung ist vereinbar mit dem weit verbreiteten Stereotyp, das Frauen mehr mit Gefühlen und Männer stärker mit Denken in Verbindung bringt (Winstead et al., 1999). Keine signifikanten Geschlechterunterschiede konnten für *Offenheit für Phantasie* und für *Offenheit des Werte- und Normensystems* nachgewiesen werden. Weitere Befunde zu Geschlechterunterschieden bezüglich der FFM-Dimension *Offenheit für Erfahrungen* sind aus der Literatur nicht bekannt.

Hinsichtlich der Dimension *Gewissenhaftigkeit* ergab sich nur ein geschlechterspezifischer Unterschied bezüglich der Subdimension *Pflichtbewusstsein*: Frauen verfügten über ein stärkeres

Pflichtbewusstsein als Männer (Costa et al., 2001). Feingold (1994) kam in seiner Metaanalyse zu einem ähnlichen Ergebnis: Frauen hatten geringfügig höhere Werte als Männer in dieser Dimension.

Die skizzierten Geschlechterunterschiede in den einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen zeigten sich in der Untersuchung von Costa et al. (2001) konsistent über die verschiedenen Kulturen hinweg. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, worauf diese kulturübergreifenden Geschlechterunterschiede in den Traits zurückzuführen sind. Zwei Klassen von Theorien wurden herangezogen, um diese Geschlechterunterschiede zu erklären: biologische und sozialpsychologische Theorien. Biologische Theorien (Buss, 1995; Geary, 1999) betrachten die Ursache geschlechtsspezifischer Trait-Unterschiede in angeborenen Temperamentsunterschieden zwischen den Geschlechtern, die aus natürlichen Selektionsprozessen hervorgegangen sind. Evolutionspsychologische Theorien (Buss, 1995) nehmen beispielweise an, dass sich die Geschlechter in den Bereichen unterscheiden, in denen sie mit unterschiedlichen Adaptationsanforderungen während der Evolution konfrontiert waren. So hatten Frauen, die verträglicher und fürsorglicher waren und ihre Kraft und Zeit in die Aufzucht ihrer Kinder investierten, eine größere Chance, das Überleben ihrer Kinder zu sichern und damit einen evolutionären Vorteil. Andere biologische Theorien gehen davon aus, dass hormonelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern für geschlechtsspezifische Trait-Unterschiede maßgeblich verantwortlich sind. So wird dem unterschiedlichen Einfluss der Androgene in der frühen Entwicklung der Geschlechter zugeschrieben, dass Frauen und Männer sich hinsichtlich ihrer Interessen, Aktivitäten und Aggressivität unterscheiden (Berenbaum, 1999; Berenbaum & Resnick, 1997).

Sozialpsychologische Theorien (Eagly 1987; Feingold, 1994) nehmen an, dass Geschlechterunterschiede in den Traits durch unterschiedliche Sozialisationserfahrungen bedingt sind. Das soziale Rollenmodell von Eagly (1987) postuliert, dass die meisten Geschlechterunterschiede auf die bereits frühzeitig in der Entwicklung beginnende Übernahme geschlechterspezifischer Rollen zurückzuführen sind, die genau definieren, welches Verhalten für das weibliche und männliche Geschlecht gesellschaftlich angemessen ist.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass heftige Kontroversen bestehen bezüglich der Frage, ob Geschlechterunterschiede kulturelle Konstruktionen darstellen oder ob sie angeborene biologische Unterschiede widerspiegeln (Eagly, 1995; Geary, 1999). Dabei ist zu beachten, dass die beiden

Klassen von Theorien einander nicht ausschließen müssen. So kann ein biologisch fundiertes Trait-Muster durch gesellschaftlich festgelegte soziale Rollen und Umwelteinflüsse erhebliche Modifikationen erfahren. Die Tatsache, dass die Geschlechterunterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen sich kulturübergreifend manifestieren, gibt auf die Frage nach der Ätiologie ebenfalls keine Antwort. Denn einerseits könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass biologische Faktoren beteiligt sind. Gleichzeitig kann dieses Phänomen dadurch erklärt werden, dass geschlechtsspezifische Rollenerwartungen und -einflüsse in verschiedenen Kulturen vorhanden sind (Costa et al., 2001).

2.3.2 Geschlechterunterschiede im Bereich psychiatrischer Störungen

Obwohl Frauen deutlich häufiger als Männer das psychiatrische Hilfesystem in Anspruch nehmen, sind in der Allgemeinbevölkerung psychiatrische Störungen nach DSM-III-TR oder ICD-10 bei Frauen und Männern mit etwa gleicher Häufigkeit vertreten (Blehar, 2003). Doch sieht die Verteilung unterschiedlich aus: Frauen und Männer erkranken mit jeweils unterschiedlicher Häufigkeit an jeweils unterschiedlichen psychischen Störungen. Frauen und Männern unterscheiden sich nicht nur durch verschiedene soziale und psychische Aspekte (Shrier, 2003), sondern auch hinsichtlich neurobiologischer und neurohormonaler Variablen (Young et al., 1994). Diese biologischen und psychosozialen Unterschiede könnten zu unterschiedlichen Vulnerabilitäten für spezifische psychische Störungen bei Frauen und Männern führen.

2.3.2.1 Geschlechterunterschiede psychiatrischer Störungen im Kindesalter

Dass das Geschlecht bei den psychischen Störungen des Kindesalters eine bedeutende Rolle spielt, zeigt allein die Tatsache, dass die meisten psychischen Störungen des Kindesalters ein deutliches Überwiegen von Jungen im Verhältnis von 2:1 aufweisen. Jungen weisen häufig multiple Risiken auf, sie sind im ersten Lebensjahrzehnt gegenüber biologischen und familiären Belastungen vulnerabler als Mädchen (Rabe-Kleberg, 1999; Steinhausen, 2006) und werden häufiger psychiatrisch behandelt als Mädchen (Prior et al., 1992). Bei Jungen treten häufiger externalisierte Störungen wie dissoziale Störungen, hyperkinetische Störungen und Substanzmissbrauchsstörungen auf. Auch kommen bei ihnen häufiger stark organisch determinierte Störungen wie Autismus und geistige Behinderung vor, darüber hinaus Entwicklungsstörungen, Lernstörungen und Ausscheidungsstörungen (Steinhausen, 2006). Bis zur Adoleszenz sind auch emotionale Störungen

bei Mädchen hoch signifikant seltener; die genauen Zahlen variieren je nach Studien (Ihle & Esser, 2002).

Die Prävalenzraten psychiatrischer Störungen für das Jugendalter nähern sich hingegen wieder an, denn mit Beginn der Pubertät sind Mädchen gefährdeter, psychische Störungen zu entwickeln; Mädchen und Jungen haben in dieser Entwicklungsphase gleich häufig emotionale Störungen. Am Ende der Adoleszenz haben Mädchen doppelt so häufig Angst und depressive Störungen im Vergleich zu Jungen. Hinsichtlich der Entwicklung von Essstörungen sind Mädchen in der Adoleszenz sogar 10-20mal häufiger betroffen als Jungen (Sipos & Schweiger, 2003). Bei den sogenannten externalisierten Störungen wie ADHS und Störungen im Sozialverhalten bleibt die Dominanz des männlichen Geschlechts bestehen; Mädchen überwiegen ab der Adoleszenz in der Kategorie der „internalisierten Störungen“.

Rabe-Kleberg (1999) weist kritisch darauf hin, dass sich Aggression bei Mädchen häufig anders manifestiert als bei Jungen. Wenn es bei ihnen zu Aggression kommt, dann ist diese meist durch eine indirektere bzw. nichtkörperliche Form gekennzeichnet. Möglicherweise wird aggressives Verhalten bei Mädchen häufig übersehen und diagnostisch vernachlässigt.

Für Geschlechterunterschiede in der Psychopathologie sind biologische Faktoren sicher bedeutsam, wie aus einer Reihe von Untersuchungsbefunden hervor geht. Zum einen ist bekannt, dass geschlechtsspezifische Verhaltensweisen in allen Kulturen vorzufinden sind und dass sie nicht nur beim Menschen, sondern auch im Tierreich anzutreffen sind. Auch spricht für biologische Faktoren, dass geschlechterspezifische Verhaltensweisen bereits im frühen Lebensalter auftreten. Ferner liegen Hinweise vor, dass im Hinblick auf bestimmte Hirnstrukturen und -funktionen ein geschlechtsspezifischer Dimorphismus besteht, der z.B. einen Kern in der präoptischen Area des Hypothalamus betrifft, der für die Regulation der Produktion der gonadalen Steroidhormone von Bedeutung ist (Steinhausen, 2006). Auch wird angenommen, dass das ab dem dritten Schwangerschaftsmonat vorhandene Sexualhormon Testosteron beim männlichen Geschlecht spezifische Effekte auf das sich entwickelnde Nervensystem hat und an der Entwicklung von Geschlechterunterschieden im Bereich von Persönlichkeit und Verhalten maßgeblich beteiligt ist. Befunde aus der Psychendokrinologie bestätigen die Bedeutung von Geschlechtshormonen für die Ausbildung von Verhaltensmerkmalen (Steinhausen, 2006).

Skodol und Bender (2004) weisen auf ein biologisches Erklärungsmodell hin, dass zur Erklärung der bei Jungen häufigeren externalisierenden Verhaltensmuster und des bei Mädchen häufiger zu

beobachtenden internalisierenden Umgangs mit Problemen herangezogen werden kann. So ist bei Frauen im Vergleich zu Männern ein höheres Level an autonomer Erregung (Burns, 1995), eine geringere Serotonin-Responsivität (Mc Bride et al., 1990) und eine verringerte frontale Gehirnaktivität (Baxter et al., 1987; Gur & Gur, 1990) nachgewiesen worden. Dies könnte nach Skodol und Bender (2004) zu einer schlechteren Sozialisierung, einer weniger stark ausgeprägten Verhaltenshemmung und zu geringeren Problemlöse-Fertigkeiten bei Jungen im Vergleich zu Mädchen führen. Mädchen hingegen entwickeln mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ein strengeres Gewissen, sie erfahren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Angst und Depression und haben in der Folge ein stärkeres affektives Regulationssystem im Hinblick auf Impuls-Kontrolle (ebd.).

Abgesehen von biologischen Faktoren spielen unterschiedliche Sozialisierungserfahrungen gleichermaßen eine entscheidende Rolle hinsichtlich der Ausformung von Geschlechterunterschieden bei Jungen und Mädchen. Hier kommen soziale Rollenzuschreibungen, Stereotype und elterliche Erwartungen zum Tragen. Die Zunahme der psychiatrischen Erkrankungen des weiblichen Geschlechts in der Adoleszenz kann auf soziokulturelle Faktoren zurückzuführen sein (Steinhausen, 2006). So wachsen Jungen damit auf, dass das Zeigen von Ängsten mit Schwäche gleichgesetzt und als schlecht beurteilt wird. Sozial akzeptiert sind stattdessen Ärger, Aggressivität und Feindseligkeit. Bei Jungen werden Fähigkeiten gefördert, die für ein erfolgreiches Leistungsleben erforderlich sind. Mädchen hingegen werden anders erzogen: Bei ihnen wird als Erziehungsziel Beziehungsfähigkeit angestrebt (Faulstich-Wieland, 1995). Sie werden dahingehend erzogen, weniger aggressiv als Jungen zu sein. Mädchen, die delinquente Verhaltensmuster entwickeln, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, in ihrem Umfeld auf negative Erfahrungen zu stoßen und Beziehungen zu gefährden.

Abschließend ist festzuhalten, dass psychiatrische Störungen bereits im Kindesalter unterschiedlich zwischen den Geschlechtern verteilt sind. Die Unterschiede in der Art der Manifestation psychischer Probleme bleibt bis ins Erwachsenenalter stabil bestehen: Mädchen und Frauen neigen mehr zur Entwicklung internalisierter Störungen, Jungen und Männer hingegen entwickeln sehr viel häufiger externalisierte Störungen.

2.3.2.2 Geschlechterunterschiede psychiatrischer Störungen im Erwachsenenalter

Nachdem in vorangegangenen Abschnitt Geschlechterunterschiede im Kindes – und Jugendalter referiert wurden, sollen im folgenden Abschnitt Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich Achse-I- und Achse-II-Störungen dargestellt werden.

2.3.2.2.1 Geschlechterunterschiede im Bereich der Achse-I-Störungen

In diesem Kapitel wird nur auf jene Achse-I-Störungen eingegangen, die die prägnantesten Geschlechterunterschiede aufweisen.

Affektive Störungen

Über die Geschlechtsspezifität von affektiven Störungen liegen vielfältige empirische Belege vor (Marneros, 2007). Einer der am besten dokumentierten Befunde ist, dass depressive Episoden bei Frauen sehr viel häufiger als bei Männern auftreten (Kessler, 2000; Brieger, 2004). Die meisten der Studien beschreiben Geschlechterverhältnisse von 1,5:1 bis 2,5:1 über die gesamte Lebensspanne (Kessler, 2000). Bei Frauen, die an einer unipolaren Depression leiden, wurde im Vergleich zu Männern mit depressiven Episoden festgestellt, dass sie häufiger Angststörungen in der Vorgeschichte aufweisen, eine größere Vulnerabilität hinsichtlich belastender Lebensereignisse und körperlicher Erkrankungen zeigen, über geringere Bewältigungsstrategien und eine geringe soziale Unterstützung verfügen (Rasgon et al., 2000). Ein weiterer Unterschied zwischen Frauen und Männern mit Depressionen ist in den komorbiden psychiatrischen Erkrankungen zu sehen. So leiden Männern mit einer depressiven Episode signifikant häufiger an zusätzlichen Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, depressive Frauen hingegen an Angststörungen, was impliziert, dass Frauen und Männer mit unipolarer Depression von unterschiedlichen Therapieangeboten profitieren müssten (Marneros, 2007).

Nolen-Hoeksema (1997) führt das häufigere Vorkommen unipolarer Depressionen bei Frauen darauf zurück, dass Frauen ihre Gefühle stärker als Männer nach innen richten, Misserfolge internal attribuieren und Problemen mehr passiv begegnen. Männer hingegen führen Misserfolge tendenziell eher auf externale Faktoren zurück und zeigen Problem-Coping-Strategien, die aktiver und auf Ablenkung ausgerichtet sind (Nolen-Hoeksema, 1997). Doch scheinen die wesentlichen geschlechtsspezifischen Risikofaktoren im Bereich der hormonellen Unterschiede von Mann und Frau zu suchen sein. So wird eine Fehlregulation der hypothalamisch-hypophysären-

adrenokortikalen (HPA)-Achse bei Frauen als mögliche Erklärung für die größere Vulnerabilität von Frauen hinsichtlich unipolarer Depressionen diskutiert (Heuser et al., 1994).

Die Geschlechterverhältnisse bezüglich der Dysthymie, einer chronischen affektiven Störung depressiver Prägung, entsprechen in etwa denen der unipolaren Depression: Im National Comorbidity Survey werden für Männer Prävalenzraten von 4,8% angegeben, für Frauen von 8% (Kessler et al., 1994). Die Bipolar-I-Störung (nach DSM-IV) hingegen zeigt keine epidemiologischen Geschlechterunterschiede. Bei beiden Geschlechtern werden Prävalenzraten von 0,6-1,5% angenommen (Brieger, 2004). Bei der Bipolar-II-Störung (nach DSM-IV), für die Prävalenzangaben zwischen 0,5%-5% vorliegen, geht man hingegen von höheren Prävalenzraten für Frauen aus (Angst et al., 2003). Besonders beeindruckend sind die Geschlechterunterschiede bei dem Phänomen des Rapid Cycling, d.h. dem Auftreten von mindestens vier, vorwiegend manischen, aber auch depressiven Episoden pro Jahr. Studienergebnisse zeigen, dass 75-95% der Patienten mit Rapid Cycling weiblich sind (z.B. Bauer et al., 1990), auch wenn nur 30% der Frauen mit bipolaren Erkrankungen ein Rapid Cycling entwickeln (Tondo et al., 1998).

Angststörungen

Die Diagnose einer Angststörung wird bei Frauen etwa doppelt so häufig gestellt wie bei Männern (Kessler et al., 1994). Panikstörungen treten bei Frauen etwa zweimal häufiger auf als bei Männern (Andrade & Eaton, 1996). Eine zusätzliche Agoraphobie tritt bei Frauen auch viel häufiger auf als bei Männern (Andrade & Eaton, 1996; Yonkers et al., 1998). Die Diagnose einer spezifischen Phobie wird bei Frauen 2,3mal häufiger als bei Männern gestellt (Kessler et al., 1994). Auch sind Frauen doppelt so häufig wie Männer von einer generalisierten Angststörung betroffen (Kessler et al., 1994). Die soziale Phobie wird bei Frauen 1,5mal häufiger als bei Männern diagnostiziert (Kessler et al., 1998), doch scheinen sich bei dieser Diagnose verhältnismäßig mehr Männer in Behandlung zu begeben (Weinstock, 1999). Das Erkrankungsrisiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung, die im DSM-IV als Angststörung kategorisiert wird, ist bei Frauen zweimal so hoch wie bei Männern (Breslau et al., 1991). In dem US National Comorbidity Survey (Kessler, 1994) wurde für Frauen eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 10,4% und für Männer von 5% ermittelt. Yehuda (2002) erklärt die bei der PTBS nachgewiesenen Geschlechterdifferenzen damit, dass Frauen in der Regel häufiger interpersonellen und schwerwiegenden Traumatisierungen ausgesetzt sind. Breslau (2002) sieht die Hauptursache für Geschlechterunterschiede bei der PTBS darin, dass die Vulnerabilität

gegenüber PTBS-induzierenden Traumatisierungen bei Frauen stärker ausgeprägt ist, obgleich Männer häufiger traumatisierende Erfahrungen erleben.

Als Ursache der Geschlechterunterschiede im Bereich der übrigen Angststörungen werden mehrere Einflussvariablen diskutiert. So wird von einigen Autoren eine erhöhte Angst-Vulnerabilität bei Frauen angenommen, die möglicherweise genetischen Einflüssen unterliegt (Kendler et al., 1995) und zu neurobiologischen Unterschieden führt. Andere Autoren führen die Geschlechterunterschiede bei Angststörungen auf die geschlechtsspezifischen Rollenverteilungen in der Gesellschaft zurück. So sehen Franks und Rothblum (1983) den Grund für das häufigere Vorkommen von Agoraphobie unter Frauen darin, dass Frauen bereits früh in ihrem Leben dahingehend sozialisiert werden, dass sie häusliche Pflichten zu erfüllen haben und nicht darin verstärkt werden, ihre Umgebung zu erforschen. Gormann (2000) weist darauf hin, dass geschlechtsspezifische Rollenverteilungen und Stereotype selbst auch zu neurobiologischen Entwicklungs- und Funktionsunterschieden in bestimmten neuroanatomisch definierten Anteilen des zentralnervösen Angstnetzwerks führen können.

Essstörungen

Essstörungen gelten als typische Frauenkrankheiten, die insbesondere in den Industrieländern anzutreffen sind (Jacobi et al., 2000). Zwar gibt es auch Männer, die an Essstörungen erkranken, doch wusste man lange Zeit sehr wenig über Männer mit Essstörungen, da diese aufgrund ihrer niedrigen Prävalenz nicht in klinische Studien eingeschlossen wurden. Zwischen 1998 und 2003 wurde der Fokus jedoch verstärkt auf männliche essgestörte Personen gerichtet: insgesamt zwölf Studien befassten sich mit dem Thema der Geschlechterunterschiede bei Essstörungen (Kersting, 2007). Die meisten Studien gehen von einem Geschlechterverhältnis von 1:10–1:20 bei Anorexia nervosa und 1:10 bei Bulimia nervosa aus (Jacobi et al., 2000). Bei der Binge Eating Störung hingegen scheinen Männer und Frauen in etwa gleich häufig betroffen zu sein (Verhältnis: Frauen: Männer = 1,5:1) (de Zwaan & Friederich, 2006). Die Prävalenzraten für Anorexia nervosa werden mit 0,2-0,8%, die für Bulimia nervosa mit 1-2% (Jacobi et al., 2000) und für die Binge Eating Störung mit 0,7-4,0% (Munsch, 2003) angegeben. Als Risikogruppen gelten Fotomodelle und Balletttänzerinnen, aber auch Sportler wie Bodybuilder und Jockeys, unter denen mehr Männer anzutreffen sind (Kersting, 2007). Als weitere Risikogruppe für Essstörungen gelten homosexuelle Männer, die bekannt dafür sind, mehr Wert auf körperliche Attraktivität zu legen als heterosexuelle

Männer. Es werden Prävalenzzahlen von 20% aller homosexuellen Männer genannt (Harvey & Robinson, 2003).

Grabhorn et al. (2003) konnten nachweisen, dass Männer mit Bulimia nervosa im Vergleich zu bulimischen Frauen indifferentere waren hinsichtlich der Kenntnis ihres Gewichts, dass sie weniger Angst vor einem Kontrollverlust hatten und eine höhere Körperzufriedenheit angaben. Bei der Anorexia nervosa gaben betroffene Männer im Vergleich zu betroffenen Frauen signifikant höhere Werte an bezüglich des Interesses an Neuem, dem Vermeiden von Leid und Schmerz und der Belohnungsabhängigkeit. Frauen mit Anorexie zeigten sich hingegen kooperativer als Männer mit Anorexie (Fassino et al., 2001). Es gilt als belegt, dass Männer, die an einer Essstörung erkrankt sind, sehr viel seltener als Frauen therapeutische Hilfe aufsuchen, was von einigen Autoren auf das mangelnde Krankheitsbewusstsein männlicher Essgestörter zurückgeführt wird (Kersting, 2007).

Übereinstimmend gehen die ätiologischen Modelle für Essstörungen von einer multifaktoriellen Genese aus: es wird zwischen biologischen, psychischen und soziokulturellen Faktoren unterschieden (Jacobi et al., 2000). Vor allem die soziokulturellen Modelle, die das in den Industrieländern vorherrschende weibliche Schönheitsideal an der Grenze zum Untergewicht als zentralen Bedingungsfaktor für das häufige Erkranken von Frauen an Essstörungen erachten, können zur Erklärung von Geschlechterunterschieden im Bereich der Essstörungen herangezogen werden (Striegel-Moore, 1986).

Somatoforme Störungen

Auch im Bereich der somatoformen Störungen überwiegen Frauen zahlenmäßig (Yunus, 2002). Dabei gilt als belegt, dass der Geschlechterunterschied kein Artefakt eines bekanntlich ausgeprägteren ärztlichen Inanspruchnahmeverhaltens bei Frauen darstellt (Kroenke & Price, 1993). Im DSM-IV wird die Somatisierungsstörung als eine fast ausschließlich bei Frauen vorkommende Störung betrachtet, wobei sich in neueren Studien die Prävalenzraten zwischen Frauen und Männern angenähert haben. Ladwig et al. (2001) berichten von einem 1,6fach erhöhten Risiko für Frauen. Rief et al. (2001) geben für Männer Prävalenzraten für die Somatisierungsstörung (nach DSM-IV-Kriterien) von 0,5% für Frauen und 0,1% für Männer an. Keine eindeutigen Geschlechterdifferenzen bestehen hinsichtlich der Hypochondrie, körperdysmorphen Störung, somatoformen Schmerzstörung und Neurasthenie (Kapfhammer, 2007).

Es existieren mehrere Erklärungsansätze für das ausgeprägtere Somatisierungsverhalten bei Frauen; ein übergreifendes Erklärungsmodell liegt nicht vor (Barsky et al., 2001). Experimentalpsychologische Studien zeigen eine geringere Schmerztoleranz von Frauen (Arendt-Nielsen et al., 2004), was eine stärkere Somatisierung nach sich ziehen könnte. Auch unterliegt das Krankheitsverhalten bereits früh geschlechtsdifferentiellen Sozialisationseinflüssen. Das von Frauen erlernte Verhalten, sich mitzuteilen und ärztliche Unterstützung zu holen bei körperlichen und psychischen Beschwerden könnte zu einer weiteren Sensibilisierung gegenüber körperlichen Vorgängen und Veränderungen führen (Mustard et al., 1998). Auch ist denkbar, dass die bei Frauen häufiger vorkommenden affektiven Störungen oder Angststörungen zu einem stärkeren Somatisierungsverhalten beitragen, denn Somatisierungssymptome stellen häufig integrale Symptome von depressiven Störungen oder Angststörungen dar (Silverstein, 1999). Letztlich scheinen bei einer Subgruppe von Patienten mit Somatisierungssymptomen in der Vorgeschichte traumatische Erfahrungen ätiologisch bedeutsam zu sein. Dieser Zusammenhang stellt sich bei Frauen mit Somatisierungsstörungen signifikant häufig dar (Kapfhammer, 2007).

Suchterkrankungen

Frauen beginnen später Alkohol zu trinken, sie entwickeln schneller eine Abhängigkeit und zeigen stärkere körperliche Folgeerscheinungen (Mann und Ackermann, 2000). Franke (2001) weist darauf hin, dass alkoholabhängige Frauen dreimal häufiger geschieden sind im Vergleich zu nicht substanzabhängigen Frauen und über überdurchschnittliche Schul- und Berufsabschlüsse verfügen. Gastpar und Krug (2007) machen darauf aufmerksam, dass alkoholabhängige Frauen häufiger unter komorbiden Angststörungen und affektiven Störungen leiden; Männer mit Alkoholabhängigkeit erfüllen stattdessen häufiger die Kriterien für eine komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Dass Männer im Sinne der Externalisierung von Problemen sehr viel häufiger als Frauen eine Alkoholabhängigkeit entwickeln, ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft als männlich betrachtet und nicht mit psychischer Krankheit assoziiert wird (Vogt, 2007). Das häufigere Vorkommen von Alkoholabhängigkeit bei Männern wird jedoch auch durch biologische Faktoren mitbedingt. Da Androgene die Aktivität der Alkohol-Dehydrogenase und damit die Alkoholtoleranz erhöhen, sind Männer gefährdeter, größere Mengen an Alkohol zu trinken (Lakota & Barkov, 1980).

Psychotrope Medikamente gelten als „frauentypische Suchtmittel“ (Franke, 2001). Obwohl keine repräsentativen Daten zur Medikamentenabhängigkeit vorliegen, gehen Schätzungen von etwa 1,4 Millionen medikamentenabhängigen Personen in Deutschland aus (Kraus und Bauernfeind, 1998). Dabei unterscheiden sich jüngere Frauen und Männer nicht im Hinblick auf die Verordnungshäufigkeit von Tranquilizern. Doch ab dem dreißigsten Lebensjahr konsumieren Frauen mit zunehmendem Alter deutlich mehr Sedativa als Männer (Frauengesundheit in Deutschland, 1999). Niedriger Schulabschluss, fehlende Berufsbildung und fehlende eigene Erwerbstätigkeit gehen mit einem erhöhten Risiko für Medikamentenmissbrauch einher (Franke, 2001).

Gründe, warum Frauen mehr Medikamente konsumieren, sind darin zu sehen, dass sie häufiger zum Arzt gehen und weniger Schwierigkeiten haben, ihre Bitte um Hilfe zu formulieren. Bei älteren Frauen sieht Singerhoff (2002) eine Erklärung für deren höheren Medikamentenmissbrauch darin, dass sich Behandelnde weniger Mühe machen, eine geeignete, nicht-medikamentöse Therapie zu finden. Bezüglich der Diagnostik von Opioiden und Cannabinoiden, Kokain und Halluzinogenen sind aus der Literatur keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bekannt (Gastpar & Krug, 2007).

Abschließend ist festzuhalten, dass neben biologischen Erklärungsansätzen vor allem auch soziokulturelle ätiologische Betrachtungen wertvolle Hinweise dafür liefern, warum manche Achse-I-Störungen bei Männern bzw. bei Frauen häufiger auftreten und sich in ganz unterschiedlicher Form manifestieren können.

2.3.2.2.2 Geschlechterunterschiede im Bereich der Achse-II-Störungen

Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung wird auf 6%-14% geschätzt (Maier et al., 1992). Torgersen und Kollegen (2001) berichten über eine Gleichverteilung der Geschlechter hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen. Andere Autoren gehen von einem höheren männlichen Anteil aus (Samuels et al., 2002), der wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass Unterschiede in der Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung zwischen den Stichproben bestehen (Herpertz et al., 2007).

Ganz offensichtlich liegt bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ein Geschlechtsbias vor. So wurden klinischen Experten in mehreren Studien verschiedene Persönlichkeitsstörungstypen in Form von Fallbeschreibungen wiederholt zur diagnostischen Einschätzung vorgelegt, wobei jeweils nur das Geschlecht des Patienten ausgetauscht wurde. Diese Studien zeigten, dass bei Männern eher

eine antisoziale, bei Frauen eher eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (Crosby & Sprock, 2004).

Corbitt und Widiger (1995) weisen in einem Übersichtsartikel darauf hin, dass Frauen signifikant häufiger die Kriterien für eine histrionische Persönlichkeitsstörung, dependente Persönlichkeitsstörung oder BPS erfüllen. Kaplan (1983) sieht in dieser geschlechterspezifischen Verteilung von Persönlichkeitsstörungen Übertreibungen des traditionell weiblichen Verhaltens und leitet daraus ab, dass ein Auftreten in einer stereotypen weiblichen Art schon dazu führen kann, dass bei einer Frau eine dieser Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wird.

Bei der Beurteilung einzelner diagnostischer Kriterien ist keine Bevorzugung eines Geschlechts nachzuweisen (Ford & Widiger, 1989). Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass der Geschlechtsbias bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen weniger in den Diagnosesystemen begründet ist, sondern mehr auf generelle stereotype Geschlechtsrollenerwartungen zurückzuführen ist (Herpertz et al., 2007).

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Die Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung liegt in der Allgemeinbevölkerung nach Angaben der APA (1994) bei 3% der Männer und 1% der Frauen. Allerdings variieren die Häufigkeitsschätzungen erheblich in Abhängigkeit von der untersuchten Population: So konnten Marneros et al. (2002) bei 37% einer straffällig gewordenen Population eine antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostizieren. In verschiedenen Studien konnte wiederholt nachgewiesen werden, dass Männer signifikant häufiger als Frauen die Kriterien für eine antisoziale Persönlichkeitsstörung erfüllen (vgl. Grilo et al., 1996; Grilo, 2002; Jackson et al., 1991; Torgersen et al., 2001). Doch ist denkbar, dass die antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Frauen aufgrund geschlechtsstereotyper Wahrnehmung zu selten diagnostiziert wird und damit die Prävalenzschätzungen zu niedrig ausfallen. Auch darf nicht übersehen werden, dass die DSM-IV-Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung die bei Männern dominierenden aggressiven Verhaltensstile und devianten Verhaltensweisen besonders stark gewichten. Doch sind diese Verhaltensweisen bei Frauen - auch im Falle des Vorhandenseins antisozialer Persönlichkeitszüge - weniger stark ausgeprägt. Weibliches antisoziales Verhalten beinhaltet häufiger Merkmale wie mangelnde Verantwortung oder Fürsorge für Schutzbefohlene, die jedoch in den Klassifikationssystemen keine Berücksichtigung finden (Herpertz et al., 2007).

Als Erklärung für das häufigere Auftreten der antisozialen Persönlichkeitsstörung bei Männern wird des weiteren darauf hingewiesen, dass antisoziale Verhaltensstile mit dem aktiven, dominanten Rollenverständnis von Männern besser zu vereinbaren sind als mit weiblichen Rollenerwartungen (Berger, 2000). Geschlechtsunterschiede im Aggressionsverhalten werden zum einen darauf zurückgeführt, dass Durchsetzungsfähigkeit und Wettbewerbsorientierung bei Männern sowie Fürsorge und Unterwürfigkeit bei Frauen in der Gesellschaft positiv verstärkt wird (Eagly & Wood, 1999). Aus evolutionspsychologischer Sicht wird die Neigung von Männern zu Gewalt wie auch das bei Männern stärker ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmal des ‚Sensation Seeking‘ auf den Vorteil im Fortpflanzungswettbewerb unter den männlichen Vorfahren zurückgeführt (Daly & Wilson, 1994). Doch auch bedeutsame biologische Modulatoren aggressiven Verhaltens müssen als Erklärung für die höhere Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung bei Männern berücksichtigt werden (Herpertz et al., 2001): 1) ein Funktionsdefizit im frontalen Cortex mit einem geringen autonomen Arousal, das zu einer kompensatorischen Reizsuche führt, 2) niedrige Serotonin-Liquorspiegel, die mit Impulsivität assoziiert werden können, 3) niedrige Corticotropin-Liquorkonzentrationen, die mit Furchtreduktion und erhöhter Stresstoleranz in Verbindung gebracht werden, 4) erhöhte Testosteron-Spiegel ab der Pubertät. Schließlich muss auch bedacht werden, dass die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (nach DSM-IV) voraussetzt, dass eine Person mindestens 18 Jahre alt ist und eine Störung des Sozialverhaltens bereits vor dem 15. Lebensjahr vorgelegen hat. Da eine Störung des Sozialverhaltens häufiger bei Jungen diagnostiziert wird (APA, 1994), kann auch dieser Sachverhalt zu Geschlechtsunterschieden in der Diagnosestellung führen.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Obwohl in der klinisch-intuitiven Konzeptbildung die histrionische Persönlichkeitsstörung in einem deutlichen Zusammenhang mit dem weiblichen Geschlecht steht, kann in systematischen Untersuchungen kein eindeutiges Überwiegen des weiblichen Geschlechts nachgewiesen werden. Doch ist dies auch nur dann der Fall, wenn halbstrukturierte Interviews basierend auf den Klassifikationssystemen zum Einsatz kommen (Herpertz et al., 2007). Dies war zum Beispiel gegeben in einer groß angelegten Feldstudie mit 810 Personen, in der 2,1% der Frauen und 2,2% der Männer die Kriterien für eine histrionische Persönlichkeitsstörung erfüllten (Nestadt et al., 1990).

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Bezüglich der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist ein erheblicher Mangel an epidemiologischen Untersuchungen zu verzeichnen (Herpertz et al., 2007). Obwohl der Prototyp des Narzissten im klinischen Setting durch einen Mann verkörpert wird (Anderson et al., 2001), kann dieser klinisch-intuitiv angenommene Geschlechterunterschied in systematischen Untersuchungen nicht bestätigt werden (Torgersen et al., 2001).

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wie bereits erwähnt, belegen Studien, dass bis zu 80% der Borderline-Patienten im klinischen Bereich weiblich sind (Paris, 2003). Da die Geschlechterunterschiede der BPS im Fokus dieser Arbeit stehen und empirisch untersucht werden, ist dieser Thematik das nachfolgende Kapitel dieser Arbeit gewidmet.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Bereich der Achse-II-Störungen vor allem bei der der antisozialen Persönlichkeitsstörung und der BPS empirisch belegte Geschlechterunterschiede vorliegen. Die Einordnung der histrionischen Persönlichkeitsstörung als typisch weibliche Diagnose und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung als typisch männliches Störungsbild hingegen basiert auf klinischen Eindrücken und kann durch empirische Untersuchungen nicht bestätigt werden. Die Neukonzeptualisierung der histrionischen Persönlichkeitsstörung in ICD-10 und DSM-IV mit dem Ziel, die sexistische Konnotation dieser Persönlichkeitsstörung zu verringern, mag dazu beigetragen haben, dass Geschlechterunterschiede bei dieser spezifischen Persönlichkeitsstörung empirisch nicht nachweisbar sind.

2.4 Geschlechterunterschiede bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem letzten Kapitel des theoretischen Teils dieser Arbeit werden zunächst theoretische Modelle genannt, die sich mit Geschlechterunterschieden bei der BPS auseinandersetzen. Anschließend folgt eine Darstellung der empirischen Befunde über Geschlechterunterschiede bei der BPS.

2.4.1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung: eine typisch weibliche Erkrankung?

Obwohl man auf der Grundlage klinischer Studien bisher davon ausging, dass drei Viertel aller Borderline-Patienten Frauen sind (Bohus, 2002), liefern epidemiologische Studien voneinander abweichende Aussagen über den Anteil weiblicher und männlicher Patienten bei dieser Erkrankung. Grant et al. (2008) konnten in ihrer groß angelegten bevölkerungsrepräsentativen Studie (Wave 2 National Epidemiologic Survey) eine etwa gleich hohe Prävalenz von Männern und Frauen (5,6% vs. 5,2%) nachweisen, die die Kriterien einer BPS erfüllen. Dieses Ergebnis entsprach jedoch nicht den Befunden vorangegangener bevölkerungsbasierter epidemiologischer Studien (Zimmermann & Coryell, 1989; Torgersen et al., 2001). So fanden Torgersen et al. (2001) in einer Stichprobe der norwegischen Bevölkerung Prävalenzraten von 0,4% für Männer und 0,9% für Frauen. Bei einer in England durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Studie (Coid et al., 2006) fand man bei Männern sogar höhere Prävalenzraten als bei Frauen (1% vs. 0,4%). Swartz et al. (1990) wiesen in der Catchment Area Untersuchung nach, dass 70% der Personen mit BPS weiblich sind und legten damit Ergebnisse vor, die mit denen klinischer Stichproben zu vergleichen waren.

Dennoch gilt es bei klinischen Stichproben zu bedenken, dass von einem Stichprobenbias ausgegangen werden muss, denn das bei Frauen nachgewiesene stärker ausgeprägte Hilfesuchverhalten (Möller-Leimkühler, 2000) führt dazu, dass klinische Studien den Anteil von Frauen an der BPS überschätzen (Skodol & Bender, 2004).

Das aggressive Verhalten von Männern mit BPS führt stattdessen häufig früh zu Delinquenz und dazu, dass vermutlich mehr Männer als Frauen mit BPS in Gefängnissen anzutreffen sind und häufig nicht die klinischen Versorgungseinrichtungen erreichen (Berger, 2000).

Mehrere Erklärungsmodelle sind herangezogen worden, um die vermeintlich höheren Prävalenzraten der BPS bei Frauen im Vergleich zu Männern zu erklären. Im folgenden Abschnitt werden diese Erklärungsansätze erläutert.

2.4.1.1 Psychoanalytische Erklärungsansätze für das häufigere Vorkommen der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Frauen

Mahler et al. (1975) gehen in ihrem Entwicklungsmodell davon aus, dass Trennung und Individuation während der „Rapprochement Phase“ (Wiederannäherungsphase) des Kleinkindes (18.-24. Monat) ätiologisch bedeutsam ist im Hinblick auf die Entwicklung einer BPS. Das Kind hat in dieser Phase die Möglichkeit, sich durch Laufen von der Mutter zu entfernen und die Umgebung zu entdecken. Es erlebt Angst davor, von der Mutter, getrennt zu sein. Gleichzeitig fürchtet es, wieder in der Symbiose mit der Mutter gefangen zu werden. Das Kind befindet sich demnach im Zwiespalt zwischen seiner beginnenden Autonomie und der anhaltenden Abhängigkeit von der Mutter. Der gesunde Erwachsene gewährt dem Kind diese konfligierenden Impulse und Verhaltensweisen; er ermutigt es zu Autonomie, bleibt jedoch im Hintergrund verfügbar, um dem Kind bei Bedarf Unterstützung und Rückhalt zu geben. Kann die erziehende Person die Ambivalenz des Kindes und sein paradoxes Verhalten nicht tolerieren, wird sie bei der Wiederannäherung des Kindes abweisend reagieren. Das Kind, das sich noch in der Entwicklungsphase befindet, in der die Objekte in gut und böse aufgespalten werden und das seine Autonomieentwicklung nicht einstellt, wird seine Mutter unter allen Umständen weiterhin als gute Mutter wahrnehmen und die von ihr ausgehende Abweisung verleugnen. In der Folge wird der Vorgang der Spaltung in „nur gut“ und „nur böse“ verfestigt, der Erwerb von Selbst- und Objektkonstanz des Kindes erschwert und die Entwicklung einer BPS begünstigt (Mahler et al., 1975).

Aufbauend auf dem entwicklungs-dynamischen Modell von Mahler äußert Benjamin (1986) theoretische Überlegungen dahingehend, warum Mädchen beim Durchlaufen der Wiederannäherungsphase größere Schwierigkeiten als Jungen haben. Dabei hebt er die Rolle des Vaters für die Entwicklung der Mädchen und Jungen in dieser Phase hervor und weist darauf hin, dass dieser nicht nur die Aufgabe hat, für die Bedürfnisbefriedigung des Kindes zu sorgen, sondern im Falle der Tochter eine Ausweichmöglichkeit („escape route“) für sie darstellt, sich von der Mutter angemessen trennen zu können. Benjamin weist darauf hin, dass dieses Ausweichen auf den Vater für das Mädchen jedoch mit Schwierigkeiten verbunden ist. Kinder entwickeln in dieser Phase ein Bewusstsein bezüglich ihrer Geschlechtsidentität. Mädchen sind sich der Geschlechterunterschiede deutlicher bewusst als Jungen und haben dadurch größere Schwierigkeiten, sich von der Mutter unabhängig zu machen. Väter wiederum haben häufig Schwierigkeiten, sich mit Töchtern in demselben Ausmaß zu identifizieren, wie sie es mit Söhnen tun. Auch Miller (1976) unterstreicht die

Bedeutung des Vaters für die Entwicklung des Mädchens. Sie beschreibt, dass Kinder in ihrer Entwicklung auf die Beziehung zu Personen angewiesen sind, die sich von ihnen deutlich unterscheiden. Das Mädchen braucht damit eine validierende Bezugsperson, die sich von der Mutter grundlegend unterscheidet, und dies ist in herkömmlichen Familienkonstellationen üblicherweise der Vater. Ist der Vater nun als Interaktionspartner nicht verfügbar oder wenig in die Erziehung involviert, führt dies zu einem weniger erfolgreichen Durchlaufen dieser Entwicklungsphase. Die fehlende Anerkennung von Seiten des Vaters kann zu submissivem oder instabilem Beziehungsverhalten führen, wie es bei der BPS meist auftritt (Miller, 1976).

Schlussfolgernd ist zu konstatieren, dass es sich bei diesen psychoanalytischen Erklärungsansätzen lediglich um theoretische Konstrukte handelt. Ob die dargestellten Unterschiede von Mädchen und Jungen in dieser frühen Entwicklungsphase tatsächlich mit einer erhöhten Vulnerabilität von Frauen für die Entwicklung einer BPS in einem kausalen Zusammenhang stehen, entbehrt jeder empirischen Grundlage und bleibt fragwürdig.

2.4.1.2 Soziale Rollenzuschreibungen als Erklärungsansatz für das häufigere Vorkommen der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Frauen

Neben psychoanalytischen Erklärungsansätzen sind soziokulturelle Erklärungsansätze für das häufigere Vorkommen der BPS beim weiblichen Geschlecht herangezogen worden. Henry und Cohen (1983) weisen darauf hin, dass Borderline-Verhaltensweisen wie Wutausbrüche und sexuelle Promiskuität mit der männlichen Geschlechterrolle in Verbindung gebracht und toleriert werden. Bei Frauen hingegen ruft dieses Verhalten eher eine pathologische Assoziation hervor und erhöht die Wahrscheinlichkeit der Vergabe einer „Borderline-Diagnose“. Kaplan (1983) stellt in einem einflussreichen Artikel im ‚American Psychologist‘ die These auf, dass die Diagnostik-Experten, die an der Entwicklung des DSM-III maßgeblich beteiligt waren, den Diagnosen männliche Annahmen über Verhaltensnormen zugrunde gelegt haben. Nach Kaplan wurde aus männlicher Sicht beurteilt, welche Verhaltensweisen als „gesund“ oder „verrückt“ gelten und dass Frauen, die die Geschlechterrollen-Stereotype „in zu hohem Ausmaß“ erfüllen, als pathologisch angesehen werden. Die Autorin sah vor allem in der histrionischen Persönlichkeitsstörung und der dependenten Persönlichkeitsstörung, aber auch in der BPS Diagnosen mit einem Geschlechterbias. Auch Chesler (1972) geht davon aus, dass Frauen danach als „krank“ beurteilt werden, ob sie die typischen weiblichen Rollen annehmen oder nicht. Sie können eine Achse-I-Diagnose erhalten, wenn sie

deprimiert, inkompetent, frigide oder ängstlich sind. Lehnen sie die weibliche Rolle ab, indem sie feindlich, erfolgreich oder sexuell aktiv sind, bekommen sie mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Achse-II-Diagnose. Die Beobachtungen Kaplans (1983) und Cheslers (ebd.) stammen aus einer Zeit bevor die Diagnose BPS existierte, können aber als Erklärung für den höheren Anteil an Frauen bei Borderline-Patienten herangezogen werden. Letztlich lassen sich diese Erklärungsansätze unter dem Überbegriff der „Social Role Theory“ (Eagly, 1986) subsumieren. Dieser Theorieansatz postuliert, dass sich Geschlechterunterschiede auf unterschiedliche soziale Rollen zurückführen lassen, die Frauen und Männer in der Gesellschaft haben. Die Betonung des Geschlechterrollenkonzeptes liegt auf den sozial geteilten Verhaltenserwartungen, die sich auf Individuen aufgrund ihres sozial zugeschriebenen Geschlechts richten.

Fasst man die erwähnten soziokulturellen Erklärungsansätze zusammen, so ist festzuhalten, dass soziale Rollenzuschreibungen und –erwartungen klinisch-intuitive Diagnosevergaben, die nicht auf standardisierten Diagnoseinstrumenten basieren, wesentlich beeinflussen und damit verzerren können. Kommen jedoch standardisierte Diagnoseinstrumente zum Einsatz, kann davon ausgegangen werden, dass der Einfluss geschlechtskonfundierender Variablen deutlich verringert ist.

2.4.1.3 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Ausdruck der Belastung von Frauen in unserer heutigen Gesellschaft

Simmons (1992) sieht einen Zusammenhang zwischen den veränderten und hohen Anforderungen an Frauen in unserer heutigen Gesellschaft und dem hohen Anteil an weiblichen Borderline-Patienten. Sie sieht zwar die Wurzeln für die Entwicklung einer BPS in der „Rapprochement-Phase“ der Kindheit (vgl. Mahler et al., 1975), doch weist sie darauf hin, dass Frauen von heute größere Verantwortung übernehmen und Erwartungen von außen zu erfüllen haben. Sie müssen nicht nur Ehefrau, Mutter, Managerin des Haushalts sein, sondern auch beruflich erfolgreich und im Falle einer Trennung vom Partner auch finanziell die Familie versorgen können (vgl. Hochschild, 1989). Simmons sieht in diesen strukturellen gesellschaftlichen Veränderungen die Grundlage dafür, dass Symptome einer BPS mehr an die Oberfläche kommen und in verstärkter Form auftreten als bei Frauen früherer Generationen.

Dieser Erklärungsansatz Simmons' muss als äußerst fragwürdig betrachtet werden, da er unspezifisch ist und als Erklärung für jede beliebige bei Frauen häufiger vorkommende psychiatrische Störung herangezogen werden kann.

2.4.1.4 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als „Verlegenheitsdiagnose“ bei Frauen mit unklarer Symptomatik

Die Autorin Simmons (1992) legt in dem Artikel „Why are there more females with BPD?“ ihre persönliche Meinung dar, dass die Diagnose der BPS von vielen Klinikern vergeben wird, wenn insbesondere weibliche Patientinnen über vage, unspezifische Symptomen berichten, die in irgendeiner Weise mit Instabilität in Verbindung gebracht werden. Ein anderes, von Simmons häufig beobachtetes Phänomen im klinischen Alltag sei die Vergabe einer BPS im Falle von weiblichen Patienten, bei denen der Behandler diagnostisch unsicher sei oder negative Gefühle in der Interaktion mit Patientinnen empfinde. Standardisierte klinische Diagnostikinstrumente kämen dabei sehr selten zum Einsatz, die Diagnose BPS hingegen werde sehr schnell gestellt.

Auch dieser Erklärungsansatz zielt auf die hohe Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen bei der BPS ab, solange keine standardisierte Diagnostik zum Einsatz kommt. Wie auch bei den soziokulturellen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass solche Borderline-Fehldiagnosen vor allem zu Lasten der Frauen gehen und auf diese Weise die BPS-Prävalenzraten für Frauen überschätzt werden.

Abschließend kann die Frage, ob die BPS bei Frauen tatsächlich häufiger auftritt als bei Männern oder ob es sich bei dem „Frauenüberhang“ um ein diagnostisches Artefakt handelt, nicht mit eindeutiger Sicherheit beantwortet werden. Doch weist die Mehrheit der epidemiologischen Studien darauf hin, dass die Anzahl der Männer mit einer BPS deutlich höher liegt als bisher angenommen.

2.4.2 Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die meisten Studien über die die BPS basieren auf klinischen Stichproben und setzen sich in den meisten Fällen aus überwiegend oder ausschließlich weiblichen Patienten zusammen. Dementsprechend sind empirisch gesicherte Ergebnisse über Männer mit einer BPS rar. Dabei machen die Männer mit einer BPS einen wichtigeren Anteil aus als bislang angenommen. So stellt die BPS unter männlichen Gefängnisinsassen und forensischen Patienten die zweithäufigste Persönlichkeitsstörung nach der antisozialen Persönlichkeitsstörung dar (Marneros et al., 2002; Watzke et al., 2006).

Zwar liegen empirische Hinweise auf eine unterschiedliche Ausgestaltung der BPS bei Männern und Frauen vor, doch sind diese bislang noch nicht ausreichend systematisch untersucht worden. Die wenigen vorliegenden Studien über Geschlechterunterschiede bei Personen mit BPS beziehen sich

auf Daten, die in den USA erhoben wurden. Bislang ist nur eine Studie (Tadic et al., 2009) in Deutschland durchgeführt worden.

Im Folgenden möchte ich zunächst auf theoretische Überlegungen zu Geschlechterunterschieden bei der BPS Bezug nehmen und anschließend empirische Befunde über Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit BPS darstellen.

2.4.2.1 Theoretische Überlegungen zu Geschlechterunterschieden bei der BPS

Es liegen keine spezifischen Theorien darüber vor, inwiefern sich Frauen und Männer mit einer BPS hinsichtlich spezifischer Achse-I- und Achse-II-Störungen unterscheiden. Überträgt man jedoch die theoretischen Modelle über Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen im Allgemeinen (siehe Kapitel 2.3) auf die BPS, so kann man davon ausgehen, dass Frauen mit einer BPS signifikant häufiger als Männer unter Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und somatoformen Störungen leiden. Geht man davon aus, dass sich psychische Störungen bei männlichen Borderline-Patienten ähnlich wie bei Männern im Allgemeinen verteilen, so müssten diese signifikant häufiger die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit sowie eine antisoziale Persönlichkeitsstörung erfüllen (siehe auch hierzu Kapitel 2.3).

Auch im Hinblick auf kategoriale und dimensionale Persönlichkeitsmerkmale liegen keine spezifischen theoretischen Modelle über Geschlechterunterschiede bei Personen mit BPS vor. Vor dem Hintergrund der theoretischen Ausführungen über Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur von Männern und Frauen im Allgemeinen ist zu erwarten, dass Frauen mit einer BPS - wie Frauen ohne BPS (vgl. Costa et al., 2001) - signifikant häufiger um soziale Verträglichkeit bemüht sind und ein höheres Maß an Neurotizismus aufweisen als Männer mit BPS. Bei Männern mit BPS hingegen kann erwartet werden, dass sie - wie Männer ohne BPS (vgl. Eagly & Steffen, 1986) - ein höheres Ausmaß an Aggressivität und Sensation Seeking aufweisen als Frauen mit BPS.

2.4.2.2 Empirische Befunde über Geschlechterunterschiede bei der BPS

Nach der Darstellung theoretischer Modelle und Überlegungen über Geschlechterunterschiede bei der BPS folgt nun eine Darstellung empirischer Befunde über geschlechtsspezifische Unterschiede bei der BPS.

2.4.2.2.1 Geschlechterunterschiede im Hinblick auf DSM-IV-Kriterien der BPS

Aus der Studie von McCormick et al. (2007) geht hervor, dass Frauen mit BPS signifikant häufiger das DSM-IV-Kriterium „Paranoides Erleben / Dissoziation“ erfüllen. In der Untersuchung von Johnson et al. (2003) wurde das DSM-IV-Kriterium der „Instabilität des Selbstbildes“ signifikant häufiger von Frauen mit BPS erfüllt. Die Mainzer Gruppe um Tadic et al. (2009) hingegen konnte zeigen, dass das DSM-IV-Kriterium „Wutausbrüche“ in ihrer Stichprobe signifikant häufiger für Männer mit BPS zutrifft. Frauen mit BPS erfüllten signifikant häufiger das DSM-IV-Kriterium „emotionale Instabilität“. Bezüglich des Kriteriums der „Impulsivität“ zeigte sich in dieser Studie lediglich ein Trend derart, dass Männer mit BPS höhere Werte als Frauen mit BPS aufwiesen.

Es fehlen weitergehende empirische Informationen, inwieweit sich Borderline-Patienten hinsichtlich einzelner Kriterien der BPS voneinander unterscheiden.

2.4.2.2.2 Geschlechterunterschiede von Patienten mit BPS bzgl. Achse-I-Störungen

Die Studien aus den USA, die Geschlechterunterschiede bei Borderline-Patienten untersuchen, kamen zu ähnlichen Ergebnissen: Männer mit BPS hatten häufiger eine komorbide Substanzstörung (Zanarini et al., 1998a; Johnson et al., 2003; Zlotnick et al., 2002), vor allem Alkoholmissbrauch (Zanarini et al., 1998a; Johnson et al., 2003), sowie eine intermittierende explosive Störung (Zlotnick et al., 2002). Das Vorhandensein einer komorbiden Substanzstörung gilt als prognostisch ungünstiger Prädiktor im Hinblick auf eine Remission der BPS (Zanarini et al., 2004).

Weibliche Borderline-Patienten erfüllen signifikant häufiger die Kriterien einer Angststörung (v.a. Generalisierte Angststörung), einer somatoformen Störung (McCormick et al., 2007), einer Essstörung (Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998a; Zlotnick et al., 2002) und einer PTBS (Zlotnick et al., 2002) als männliche Borderline-Patienten. Die Ergebnisse der US-Studien stützen die Hypothese, dass Frauen mit BPS häufiger unter „internalisierten Störungen“ leiden, d.h. dass sie Distress nach innen richten und daher gefährdeter sind, Angststörungen, Essstörungen und Depressionen zu entwickeln. Männer mit BPS hingegen scheinen Distress zu „externalisieren“, also nach außen zu richten, was sich in höherem Substanzmissbrauch niederschlägt. (Zanarini et al., 2004; Zlotnick et al., 2002). Auch in der einzigen im deutschen Raum vorliegenden Studie (Tadic et al., 2009) wurden die Ergebnisse weitgehend repliziert: Frauen mit BPS erfüllen signifikant häufiger die Kriterien einer Essstörung, Angststörung und /oder affektiven Störung; Männer mit BPS haben signifikant häufiger die komorbide Achse-I-Diagnose einer Substanzstörung (am häufigsten

Alkoholabhängigkeit). Anders als bei den US-Studien wurde in dieser Studie neben Lebenszeit- und Punktprävalenz auch die 12-Monatsprävalenz der komorbiden Achse-I-Störungen ermittelt. Dabei wurden mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen Männern und Frauen mit BPS deutlich: Der Unterschied bestand lediglich darin, dass ausschließlich Frauen mit BPS in diesem Zeitraum die Kriterien einer Anorexia nervosa erfüllten.

Insgesamt lassen die Befunde vermuten, dass Männer und Frauen mit BPS unterschiedliche Muster von Symptomen und Persönlichkeitszügen aufweisen. Es ist davon auszugehen, dass sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen sind. Die deutlich höheren Prävalenzraten von weiblichen Patienten mit BPS in klinischen Stichproben könnten auf eine unterschiedliche Phänomenologie der Störung bei männlichen und weiblichen Patienten zurückzuführen sein. Allerdings scheinen diese geschlechterspezifischen komorbiden Diagnosen bei Patienten mit BPS allgemeine psychiatrische Geschlechterunterschiede widerzuspiegeln und nicht unbedingt borderline-spezifisch zu sein. Doch liegen auch empirische Ergebnisse für Borderline-Patienten vor, die Differenzen zu denen in der Allgemeinbevölkerung aufweisen. So wurden in den Studien von Tadic et al. (2009) sowie bei McCormick et al. (2007) keine höheren Prävalenzraten für Panikstörung und PTBS bei weiblichen Borderline-Patienten gefunden. Ob es sich bei diesem Befund um ein diagnosespezifisches Komorbiditätsmuster bei Borderline-Patienten handelt, kann nur durch weitere empirische Prüfung belegt werden.

2.4.2.2.3 Geschlechterunterschiede von Patienten mit BPS bzgl. Achse-II-Störungen

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass Männer mit BPS signifikant häufiger als Frauen mit BPS die Kriterien einer komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen (McCormick et al., 2007; Grilo, 2002; Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998b; Zlotnick et al., 2002). Darüber hinaus hat sich ein Trend gezeigt, dass Männer mit BPS häufiger als Frauen mit BPS eine komorbide passiv-aggressive (Zanarini et al., 1998b), narzisstische (Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998b) paranoide (Zanarini et al., 1998b) und schizotype (Johnson et al., 2003) Persönlichkeitsstörung aufweisen. In zwei Studien (McCormick et al., 2007; Zanarini et al., 1998b) hatten Frauen mit BPS signifikant häufiger eine komorbide histrionische Persönlichkeitsstörung. Zanarini konnte empirisch nachweisen, dass weibliche Borderline-Patienten signifikant häufiger als männliche Borderline-Patienten die Kriterien einer komorbiden selbstunsicheren BPS erfüllen (Zanarini et al., 1998b). Die erste Untersuchung im deutschen Raum (Tadic et al., 2009) kommt auch zu dem Ergebnis, dass

männliche Borderline-Patienten im Vergleich zu weiblichen Borderline-Patienten signifikant häufiger die Kriterien einer komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen. Bei den männlichen Borderline-Patienten dieser Stichprobe konnte auch signifikant häufiger eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit / Jugend nachgewiesen werden. Allerdings konnten in dieser Studie keine weiteren geschlechterspezifischen Unterschiede von Borderline-Patienten hinsichtlich weiterer Achse-II-Störungen gefunden werden. Anders als bei den vorherigen Studien (McCormick et al., 2007; Zanarini et al., 1998b) zeigten sich keine erhöhten Prävalenzraten für die histrionische Persönlichkeitsstörung oder selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (Zanarini et al., 1998b) bei weiblichen Borderline-Patienten. Die Mainzer Autoren weisen darauf hin, dass dieses Ergebnis generelle Geschlechterunterschiede bei psychiatrischen Störungen widerspiegelt und nicht als borderlinespezifisch angesehen werden kann.

Aufgrund der von den früheren Studien abweichenden Befunde der einzigen deutschen Untersuchung ist es dringend notwendig, durch weitere empirische Überprüfungen im deutschsprachigen Raum weitere Informationen über die Geschlechterunterschiede von Borderline-Patienten im Hinblick auf Achse-II-Störungen zu erhalten.

2.4.2.2.4 Geschlechterunterschiede hinsichtlich Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS

Die meisten empirischen Befunde über Risikofaktoren im Hinblick auf die Entwicklung einer BPS beziehen sich auf Stichproben mit ausschließlich weiblichen Probanden (Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990) oder gemischte Stichproben, in denen Frauen deutlich überwiegen (Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990; Zanarini et al., 1989). In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, ob die für Frauen mit einer BPS nachgewiesenen Risikofaktoren auf Männer mit einer BPS übertragbar sind.

In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sexueller (z.B. Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990) und körperlicher Missbrauch sowie Bindungsstörungen (Zweig-Frank & Paris, 1991), frühe Trennungserlebnisse oder Verluste (Zanarini et al., 1989) bei Frauen mit BPS im Vergleich zu Kontrollgruppen gehäuft vorzufinden sind.

In bevölkerungsrepräsentativen Stichproben konnte nachgewiesen werden, dass Frauen sehr viel häufiger Opfer sexuellen Missbrauchs werden als Männer (Jason et al., 1982). Männer erleiden hingegen signifikant häufiger als Frauen körperliche Gewalt in der Kindheit.

In einer Studie von Paris et al. (Paris et al., 1994) wurden ausschließlich Männer mit BPS dahingehend untersucht, ob sie dieselben Risikofaktoren wie Frauen im Hinblick auf die Entwicklung einer BPS aufweisen. Dabei zeigte sich, dass sexueller Missbrauch bei Männern mit einer BPS im Vergleich zu Männern mit Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster A und C einen statistisch bedeutsamen Risikofaktor für die Entstehung einer BPS darstellt. Körperlicher Missbrauch trat bei der Vergleichsgruppe zwar nicht signifikant seltener auf, dennoch zeigte sich eine Tendenz, dass Männer mit BPS im Unterschied zu der Vergleichsgruppe häufiger durch den Vater körperlich misshandelt wurden und die Misshandlung von längerer Dauer war. In der Gruppe der männlichen Borderline-Patienten erwies sich der Risikofaktor „früher Verlust / frühe Trennung vor dem Alter von 16 Jahren“ als statistisch bedeutsam. Die Autoren konnten in dieser Studie empirisch nachweisen, dass die Beziehung der Männer mit BPS zu ihren Vätern durch Gewalt, sexuellen Missbrauch, Abwesenheit des Vaters und starke Kontrolle des Sohnes geprägt waren. Damit konnte gezeigt werden, dass die Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS vergleichbar sind mit den Risikofaktoren für die Entwicklung einer ASPS (z.B. Pollock et al., 1990), wobei sich der Faktor „sexueller Missbrauch“ im Zusammenhang mit der ASPS als unspezifisch erwies (Paris et al., 1994).

Abschließend ist festzuhalten, dass Männer und Frauen mit BPS offensichtlich sehr vergleichbare Risikofaktoren aufweisen: Körperlicher und sexueller Missbrauch sowie frühe Verlusterlebnisse sind auch bei Männern gehäuft vorzufinden. Ein interessanter Gegenstand weiterer Untersuchungen wäre die empirische Überprüfung, ob sich Männer und Frauen mit BPS hinsichtlich protektiver Faktoren unterscheiden.

2.4.2.2.5 Psychotherapie-Outcome bei Männern und Frauen mit BPS

In der Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration (2009) konnten für insgesamt sieben randomisiert-kontrollierte Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Dialektisch-Behavioraler Therapie (Linehan, 1993) und Mentalization-Based Therapie (Bateman & Fonagy, 2004) positive Resultate nachgewiesen werden (Bateman & Fonagy, 1999; Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; Turner, 2000; van den Bosch et al., 2002).

Bis auf eine Studie (Turner, 2000) wurden in allen randomisiert-kontrollierten Studien ausschließlich weibliche Borderline-Patientinnen eingeschlossen. Diese selektive Stichprobenszusammensetzung ist darauf zurückzuführen, dass sehr viel mehr Frauen mit BPS im

klinischen Kontext anzutreffen sind. Meta-Analysen von klinischen Studien (Akthar et al., 1986; Widiger & Trull, 1993) konnten zeigen, dass 76% der Borderline-Patienten weiblich sind (siehe dazu auch Kapitel 2.4.1).

Die Evaluation der borderlinespezifischen Therapieverfahren auf der Basis von Stichproben, die sich ausschließlich aus Frauen mit BPS zusammensetzen, lässt keine Verallgemeinerung der Wirksamkeitsbelege auf die Population der Männer mit BPS zu. Insofern ist derzeit nicht zu beantworten, ob männliche Borderline-Patienten in demselben Ausmaß von störungsspezifischer Psychotherapie profitieren wie Frauen mit BPS. Erst randomisiert-kontrollierte Evaluationsstudien mit Gruppenvergleichen der Geschlechter werden diese Fragestellung ausreichend beantworten können. Doch stellt die Analyse von Geschlechterunterschieden der Patienten mit BPS einen ersten hilfreichen Schritt dar, um Hypothesen darüber zu formulieren, inwiefern Männer mit einer BPS aufgrund geschlechterspezifischer Persönlichkeitsmerkmale und psychiatrischer Komorbiditäten andere Schwerpunktsetzungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung erfordern.

2.5 Fragestellung, Zielsetzung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen der Arbeitsgruppe des Moduls für Persönlichkeitsstörungen an der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin.

Ziel dieser Dissertation ist, empirisch fundierte Erkenntnisse über Geschlechterunterschiede bei Patienten mit BPS in Erfahrung zu bringen. Es soll überprüft werden, inwieweit sich Männer und Frauen mit BPS im Hinblick auf komorbide Achse-I- und Achse-II-Störungen nach DSM-IV voneinander unterscheiden.

Darüber hinaus sollen die vorliegenden Daten Aufschluss darüber geben, ob sich Männer und Frauen mit einer BPS hinsichtlich dimensionaler Persönlichkeitsmerkmale (Traits) und spezifischer Symptombereiche der BPS voneinander unterscheiden.

Aus theoretischen Modellen und / oder empirischen Vorbefunden über Geschlechterunterschiede leiten sich folgende Hypothesen ab, die im Rahmen dieses Dissertationsvorhabens überprüft werden sollen:

- Männliche und weibliche Borderline-Patienten unterscheiden sich signifikant hinsichtlich komorbider Achse-I-Störungen und Achse-II-Störungen (nach DSM-IV): Frauen mit BPS leiden signifikant häufiger als Männer mit BPS unter Depressionen, Angststörungen und Essstörungen. Männer mit einer BPS erfüllen signifikant häufiger die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit sowie eine antisoziale Persönlichkeitsstörung.
- Das Persönlichkeitsprofil von männlichen und weiblichen Borderline-Patienten unterscheidet sich derart, dass Männer mit BPS signifikant höhere Werte in den Persönlichkeitsdimensionen „Dissoziales Verhalten“ und „Sensation Seeking“ (Reizsuche) zeigen. Frauen hingegen haben signifikant höhere Werte in den Persönlichkeitsdimensionen „soziale Verträglichkeit“ und „Neurotizismus“.
- Männliche und weibliche Borderline-Patienten unterscheiden sich signifikant hinsichtlich spezifischer Symptombereiche der BPS: Frauen mit BPS haben signifikant höhere Werte in den Symptombereichen „affektive Instabilität“, „dissoziatives Erleben“ sowie „Instabilität der Identität“. Männer mit BPS haben höhere Scores in den Symptombereichen „Impulsivität“ und „intensiver Ärger / Wutausbrüche“.

Charakteristika der Untersuchungsgruppen, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

3. Methoden

3.1 Stichprobenbeschreibung und Rekrutierung

Die Auswahl der Stichprobe gestaltete sich folgendermaßen: 57 männliche Patienten, die sich im Zeitraum von Oktober 2004 bis Juni 2009 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin in Behandlung fanden und bei denen eine BPS diagnostiziert worden war, wurden in die Studie eingeschlossen. Wir erstellten eine randomisierte Stichprobe mit doppelt so vielen Frauen mit BPS, die im selben Zeitraum in unserer Klinik stationär behandelt wurden. Die Stichprobe setzte sich somit aus insgesamt 171 stationären Patienten mit BPS zusammen, darunter 57 männliche und 114 weibliche Patienten im Alter

zwischen 18 und 49 Jahren.

Die Diagnosestellung einer BPS erfolgte auf der Basis des DSM-IV (APA, 1994). Dabei erfolgte die Beurteilung der einzelnen DSM-IV-Kriterien auf der Basis des strukturierten klinischen Interviews der Achse-II nach DSM-IV (SKID-II) (Fydrich et al., 1997). Die Kodierung der einzelnen BPS-Kriterien im SKID-Interview wurde extern validiert durch die Erhebung zusätzlicher kriterienrelevanter Informationen in Form von Fremdanamnesen und klinischer Verhaltensbeobachtung sowie Vorbefunden von vorhergehenden stationären Aufenthalten.

Die Studienteilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Voraussetzung für die Teilnahme war eine Einverständniserklärung in schriftlicher Form (informed consent).

Patienten, die eine Intelligenzminderung ($IQ < 80$) aufwiesen oder aktuell die Kriterien für eine psychotische Störung, Hypomanie, Manie erfüllten wurden nicht in die Untersuchung eingeschlossen.

3.2 Messinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die Messinstrumente beschrieben, die in der vorliegenden Studie zum Einsatz kamen.

3.2.1 Erfassung von komorbiden Achse-I- und Achse-II-Störungen

Zunächst folgt eine Beschreibung der Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Achse-I- und Achse-II-Störungen.

3.2.1.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

Komorbide Achse-I-Diagnosen (nach DSM-IV) wurden mit der deutschen Version des strukturierten Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) erfasst (Sheehan et al., 1998; deutsche Version von Ackenheil et al., 1999). Der M.I.N.I. ist ein kurzes, strukturiertes, diagnostisches Interview, das folgende aktuelle Diagnosen erfasst: Major Depression, Dysthymie, Manie, Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Drogenmissbrauch, Psychotische Störung, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, Binge Eating Störung, PTBS. Die Vergabe einer „aktuellen Diagnose“ impliziert, dass die Symptome in den letzten vier Wochen erfüllt waren. Andere Zeiträume gelten für folgende „aktuelle Diagnosen“: Major Depression (Zeitraum: die

letzten zwei Wochen), Dysthymie (Zeitraum: die letzten zwei Jahre), Generalisierte Angststörung (Zeitraum: die letzten sechs Monate), Substanzstörung (Zeitraum: die letzten zwölf Monate). Erfüllen Probanden die Kriterien für eine aktuelle depressive Episode, wird zusätzlich erfasst, ob diese Diagnosen bereits in der Vergangenheit aufgetreten sind. Demzufolge kann für diejenigen Patienten mit aktueller depressiver Episode eine Angabe gemacht werden, ob sie unter einer rezidierenden depressiven Störung leiden. Unabhängig von dem Vorliegen einer aktuellen manischen oder hypomanischen Episode wird nach früheren manischen oder hypomanischen Episoden gefragt. Dieses Vorgehen im M.I.N.I. erlaubt hinsichtlich der Diagnosen Bipolar I- und Bipolar II-Störung auch Aussagen über Lebenszeitprävalenzen.

Das M.I.N.I. hat ein dichotomes Antwortformat: Die zu Fragen umformulierten DSM-IV-Kriterien können von dem Probanden mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Die Reliabilität, Sensitivität und Spezifität des M.I.N.I. haben sich als äquivalent zu dem längeren SKID-I-Interview erwiesen (Sheehan et al., 1998).

3.2.1.2 Strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV (SKID-II)

Das SKID-II stellt die deutsche Übersetzung (Fydrich et al., 1997) des Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (First et al., 1995) dar. Es handelt sich beim SKID-II um ein semistrukturiertes Interview zur Erfassung der zehn auf Achse-II sowie der zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Der D-Score des SKID-II kennzeichnet die Summe der Codierungen auf Kriterienebene und ist somit ein Maß für den Ausprägungsgrad der BPS. Das SKID-II ermöglicht dem Interviewer eine schnelle und valide Diagnosestellung nach DSM-IV.

3.2.2 Fragebögen zur Erfassung dimensionaler Persönlichkeitsmerkmale

Zur Erfassung von dimensional Persönlichkeitsmerkmalen kamen folgende Erhebungsinstrumente zum Einsatz:

3.2.2.1 NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-PI-R)

Das NEO-PI-R (Costa & Mc Crae, 1992; deutsche Übersetzung von Ostendorf & Angleitner, 2004) dient der dimensional Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen. Es umfasst 240 als Aussagen formulierte Items (z.B. „Häufig mag ich Leute nicht, mit denen ich mich abgeben muss.“), die auf

einer fünfstufigen Skala zu beantworten sind. Die fünf übergeordneten Persönlichkeitsfaktoren des NEO-PI-R umfassen jeweils 48 Items. Jede der fünf Hauptskalen wird definiert durch sechs Facettenskalen zu je acht Items. Es handelt sich somit um ein hierarchisches Persönlichkeitssystem. Der NEO-PI-R gilt als valides, reliables (Cronbachs Alpha = 0,87-0,91, Retest-Reliabilität: $r = 0,88-0,91$) und ökonomisches Instrument zur Erfassung dimensionaler Persönlichkeitsmerkmale (Berth & Goldschmidt, 2006).

3.2.2.2 Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ)

Das Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ; Livesley, 1990; deutsche Übersetzung von Pukrop et al., 2001) stellt ein weiteres Verfahren zur dimensionalen Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen dar. Der DAPP-BQ ist ein Selbst-Rating-Instrument und besteht aus insgesamt 290 Items mit fünf Antwortkategorien für jede Frage. Die Items werden zu 18 Skalen von Persönlichkeitsmerkmalen niedriger Ordnung zusammengefasst. Diese wiederum bilden vier Dimensionen höherer Ordnung. Neben den Fragen, die zur Ermittlung eines dimensionalen Persönlichkeitsprofils dienen, enthält der DAPP-BQ eine aus acht Items bestehende Lügenskala. In Studien erwies sich die Struktur des DAPP als sensitiv und stabil über klinische und nicht-klinische Stichproben hinweg (Jang et al., 1998). Die interne Konsistenz reicht von 0,83-0,94 und die Test-Retest-Reliabilität nach drei Wochen liegt bei $r = 0,81-0,93$ (Livesley et al., 1998).

3.2.3. Fragebögen zu Erfassung verschiedener klinischer Symptombereiche

3.2.3.1 Symptom Checkliste (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (Derogatis, 1977; deutsche Übersetzung von Franke, 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb des Zeitraums der vorangegangenen sieben Tage. Die SCL-90-R wurde 1977 von Derogatis an einer Stichprobe von 102 ambulanten Psychiatriepatienten entwickelt. Durch insgesamt 90 Items werden neun verschiedene Symptombereiche abgedeckt: *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität / Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Jede Skala beinhaltet zwischen sechs und 13 Items, von denen jedes auf einer Skala von 0 („Symptom gar nicht beobachtet“) bis 4 („Symptom stark beobachtet“) beantwortet werden kann. Abgesehen von den neun Skalen sind sieben Items zu einer Zusatzskala „Allgemeine

Symptombelastung“ zusammengefasst, die allerdings nicht normiert ist und keinen einheitlichen Symptombereich erfasst. Sie beinhaltet Symptome wie z.B. Appetitlosigkeit, Drang, sich zu überessen und Schlafstörungen. Der globale Kennwert GSI (General Severity Index) sagt aus, wie hoch die grundsätzliche Symptombelastung ist. Die Objektivität, Validität und Reliabilität der SCL-90-R können durchgängig als gut bewertet werden. Cronbachs Alpha als Maß für die interne Konsistenz der Skalen variiert bei klinischen Stichproben zwischen 0,79 und 0,89 (Franke, 1995).

3.2.3.2 Beck-Depressionsinventar (BDI)

Das Beck-Depressionsinventar (BDI) (Beck et al., 1961; deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) ist eines der gängigsten Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der Gestalt und des Schweregrads depressiver Symptomatik. Der BDI umfasst insgesamt 21 Gruppen von Aussagen, innerhalb derer es jeweils vier Antwortmöglichkeiten gibt (0 = schwache Ausprägung der Symptomatik bis 3 = starke Ausprägung der Symptomatik). Erfasst wird die Häufigkeit depressiver Symptome innerhalb der vergangenen Woche. Der BDI gilt als valides Instrument: Korrelationswerte mit anderen Depressionsskalen liegen zwischen $r = 0,68-0,89$. Auch ist die Reliabilität des BDI unumstritten (Cronbachs-Alpha: $0,89-0,94$ für klinische Stichproben; Retestkoeffizienten von $r = 0,93$) (Hautzinger et al., 2006).

3.2.3.3 Barrat Impulsivitätsskala (BIS-10)

Die Barrat Impulsivitätsskala (BIS; Patton, 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und stellt das am häufigsten verwendete Erhebungsinstrument zur Erfassung von Impulsivität dar. Der BIS-10-Fragebogen enthält 34 Items, die sich aus den drei Subskalen *motorische Impulsivität*, *kognitive Impulsivität* und *nicht-planende Impulsivität* zusammensetzen. *Motorische Impulsivität* kennzeichnet die Tendenz zu handeln, ohne nachzudenken („Ich sage Dinge, ohne groß nachzudenken“), die *kognitive Impulsivität* beschreibt ein hohes kognitives Tempo und schnelle Entscheidungen („Meine Gedanken jagen mir durch den Kopf“) und die *nichtplanende Impulsivität* einen Mangel an zukunftsorientierten Problemlösestrategien bzw. eine vorherrschende Gegenwartsbezogenheit („Ich plane meine Vorhaben sorgfältig“). Patton und Kollegen (1995) konnten an einer Stichprobe mittels Faktorenanalyse die drei Faktoren des BIS bestätigen. Cronbachs Alpha als Maß für die interne Konsistenz der BIS liegt zwischen $0,79$ und $0,83$ (ebd.).

3.2.3.4 Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Der FDS von Freyberger und Kollegen (1998) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Grundlage des FDS ist die Dissociative Experience Scale (DES) von Bernstein und Putnam (1986). Die DES wurde ins Deutsche übersetzt und um 16 Items erweitert, die größtenteils pseudoneurologische Konversionssymptome erfragen. Der deutsche Fragebogen umfasst die vier Subskalen *Amnesie* (für autobiographisches Material), *Absorption* (Absorbiertsein von dem, was man gerade tut bis hin zur Nicht-Wahrnehmung der Umgebung), *Derealisation und Depersonalisation* (Entfremdungserleben) und *Konversion* (Veränderung / Verlust körperlicher Funktionen). Die Items des Fragebogens beziehen sich auf die vorangegangenen vier Wochen vor dessen Bearbeitung. Die interne Konsistenz ist für die Originalversion sowie für die deutsche Version bei einem Wert von 0,91-0,93 anzusiedeln und damit sehr hoch. Die Retest-Reliabilität von FDS und DES liegt bei $r = 0,80-0,82$ (Freyberger et al., 1998).

3.2.3.5 Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)

Der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF; Hampel & Selg, 1975) wurde konstruiert, um Aussagen über Bereitschaften zu aggressiven Verhaltensweisen machen zu können. Bei dem FAF handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, bestehend aus 77 dichotomen Items, die jeweils angenommen oder abgelehnt werden können. Das Inventar ermöglicht Aussagen zu fünf verschiedenen Faktoren: Der Faktor 1 *Spontane Aggressivität* beschreibt die Tendenz zu phantasierten, verbalen oder körperlichen Aggressionen gegen andere Menschen und Tiere, die überwiegend aus einer feindseligen, sadistischen Haltung resultieren (z.B. „Es macht mir offen gesagt manchmal Spaß, andere zu quälen“). Der Faktor 2 *Reaktive Aggressionen* beschreibt ein entschiedenes Durchsetzungsverhalten bei konformistischer Grundhaltung und kennzeichnet damit gesellschaftlich akzeptierte Form von Aggressivität. Der Faktor 3 *Erregbarkeit* kennzeichnet vermehrte Wut- und Zornserlebnisse, die zu impulsiv-aggressivem Verhalten führen. Der vierte Faktor *Selbstaggression* beschreibt Selbstverurteilungen und depressive Stimmungen und Selbstmordabsichten (z.B. „Ich habe schon mal ernsthaft an einen Selbstmord gedacht“). Der fünfte Faktor *Aggressionshemmung* kennzeichnet das Wissen um gängige Spielregeln im Zusammenhang mit Aggressivität und legt den Schwerpunkt auf gesellschaftliche Konventionen und Gewissenbildung (Bsp.: „Wenn ich etwas Unrechtes tue, straft mich mein Gewissen heftig“). Der

FAF enthält zusätzlich eine Offenheitsskala (insgesamt zehn Items), mit deren Hilfe Probanden identifiziert werden können, bei denen Zweifel an der Bereitschaft zur Mitarbeit erhoben werden müssen. (Hampel und Selg, 1975).

3.2.3.6 Die Diagnoseskala der PTBS (PDS)

Die Diagnoseskala der PTBS ist die deutschsprachige Version der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale von Foa et al. (1993). Es handelt sich bei der PDS um ein Selbstbeurteilungsinstrument für die Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie ist sehr eng an DSM-IV angelehnt und erlaubt neben der Diagnosestellung eine Einschätzung des Schweregrads der PTBS und der einzelnen Symptombereiche. Im Teil 1 der PDS werden traumatische Ereignisse dargestellt: Der Proband wird gebeten, das Erleben jedes dieser Ereignisse auf einer dichotomen Skala (Ja-Nein) zu beurteilen. Das am meisten belastende Ereignis wird genannt. Teil 2 beinhaltet die Angabe zum Zeitpunkt des Ereignisses sowie eine subjektive Einschätzung des Erlebnisses im Hinblick auf körperliche Verletzung und Lebensgefahr sowie des Ausmaßes empfundener Hilflosigkeit und Lebensgefahr während des traumatischen Erlebnisses. Im Teil 3 der PDS sind 17 Symptome der PTBS dargestellt, die vom Probanden auf einer vierstufigen Skala hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens während des letzten Monats beurteilt werden. Die deutsche Version wurde von Ehlers, Steil und Winter (1996) erarbeitet. Die PDS ist einfach in der Handhabung und weist gute psychometrische Eigenschaften auf (Griffin et al., 2005). Die Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt 0,87-0,95. Auch die Retest-Reliabilität erreicht zufrieden stellende Werte ($r = 0,74$). Die Inhaltsvalidität ist durch die vollständige Abbildung der DSM-IV-Kriterien für PTBS gegeben (Ehlers et al., 1996).

3.2.3.7 Borderline-Symptomliste (BSL-95)

Die Borderline-Symptomliste von Bohus et al. (2001) ist eine Selbstbeurteilungsskala zur quantitativen Erfassung der innerpsychischen Spannungszustände bei der BPS. Sie basiert auf dem Revised Diagnostic Interview für Borderlines (DIB-R) von Zanarini et al. (1989) und den diagnostischen Kriterien für eine BPS nach DSM-IV. Die BSL besteht aus 105 Items, die sich auf folgende sieben Skalen verteilen: *Selbstwahrnehmung*, *Affektregulation*, *Autoaggression*, *Dysphorie*, *soziale Isolation*, *Intrusionen* und *Feindseligkeit*. Bohus et al. (2001) konnten eine Retest-Reliabilität von $r = 0,80$ und hohe interne Konsistenzwerte nachweisen (Cronbachs Alpha für die

einzelnen Skalen: 0,80-0,94). Die BSL vermag zwischen Borderline-Patienten und gesunden Kontrollen sehr gut zu differenzieren (Bohus et al., 2007).

3.2.3.8 State-Trait-Angst Inventar (STAI)

Das State-Trait-Angst-Inventar (Laux et al., 1981) stellt die deutsche Adaptation des von Spielberger und Kollegen (1970) entwickelten State-Trait-Anxiety Inventory dar. Das STAI ist ein in Forschung und klinischen Settings erfolgreich eingesetztes Verfahren zur Erfassung von Zustands- und Eigenschaftsangst. Der Fragebogen beinhaltet 40 Items, davon 20 Items zur Erfassung von Ängstlichkeit als Trait und 20 Items, die das gegenwärtige Erleben von Angst erfassen (State-Angst). Die beiden Skalen des STAI sind von bemerkenswerter Ökonomie und Messgenauigkeit. Die Korrelationen der deutschen Version der Trait-Skala mit anderen Angstskalen liegen bei 0,66-0,90; die konvergente Validität ist somit zufriedenstellend. Beide Skalen sind durch eine sehr hohe interne Konsistenz (Cronbachs Alpha = 0,88-0,94) gekennzeichnet. Die Restest-Reliabilität der State-Skala ist erwartungsgemäß gering ($r = 0,18-0,55$), die der Trait-Skala deutlich höher ($r = 0,68-0,89$) (Laux et al., 1981).

3.2.3.9 State-Trait-Ärger-Ausdrucks-Inventar (STAXI)

Das State-Trait-Ärger-Ausdrucks-Inventar (Spielberger et al., 1988; deutsche Version von Schwenkmezger et al., 1992) ist ein Verfahren zur Erfassung verschiedener Dimensionen und verschiedener Ausdrucksformen von Ärger. Spielberger und Kollegen (1985) fassen Ärger als ein emotionspsychologisches Konstrukt auf, das in seiner Intensität variiert (von milder Erregung bis hin zur Wut). Die Autoren betonen, dass Ärger von Aggressivität abzugrenzen ist, da Aggressivität anders als Ärger eine destruktive und bestrafende Komponente beinhaltet und somit verhaltensorientiert ist. Das STAXI-Inventar besteht aus 44 Items, die sich auf eine situationsbezogene „State“-Skala und fünf eigenschaftsorientierte Skalen verteilen und auf einer Vier-Punkte-Skala eingeschätzt werden.

Die *Ärger-Temperamentsskala* beschreibt die allgemeine Neigung, auch ohne spezifische Provokation häufig Ärger zu erleben (Bsp.: „Ich bin ein Hitzkopf“). Die *Ärger-Reaktionsskala* erfasst interindividuelle Unterschiede bezüglich der Bereitschaft, in einer ärgerprovozierenden Situation mit erhöhtem Zustandsärger zu reagieren („Es macht mich zornig, wenn ich von anderen kritisiert werde“). Die Entwickler des STAXI gehen davon aus, dass das Auftreten eines ärgerlichen

Zustands nichts darüber aussagt, wie sich Ärgerreaktionen nach außen hin manifestieren. Daher enthält das STAXI-Inventar drei Ärger-Ausdrucksskalen, die Auskunft darüber geben, wie sich Ärgerreaktionen äußern. Die Skala *Außengerichteter Ärger* (Anger-Out) erfasst die Häufigkeit, mit der eine Person Ärger gegen andere Personen oder Objekte aus der Umgebung richtet und beinhaltet physische Angriffe und verbale Attacken (Bsp.: „Ich mache Dinge wie Türen zuschlagen“). Die Skala *Innengerichteter Ärger* (Anger-In) beschreibt das Nichtäußern von ärgerlichen Gefühlen, d.h. die Häufigkeit, mit der Gefühle von Ärger unterdrückt und nach außen nicht abregiert werden (Bsp.: „Ich koche innerlich, aber zeige es nicht!“). Die Skala *Ärgerkontrolle* ist ein Indikator für die Fähigkeit zu kognitiver Bewältigung von Ärger (Bsp.: „Ich sage mir: Reg Dich nicht auf!“; Schwenkmezger, 1992). Die deutsche Version des STAXI bezieht sich auf das amerikanische Original, wurde aber für den deutschen Sprachraum völlig neu konzipiert. Das STAXI stellt ein ökonomisches Verfahren dar und eignet sich sowohl zur Status- und Verlaufsdiagnostik. Die interne Konsistenz des STAXI ist gut bis sehr gut (Cronbachs Alpha = 0,71-0,95); die Rest-Reliabilität liegt bei $r = 0,75-0,76$ (Schwenkmezger et al., 1992).

3.3 Statistische Analyse

Die statistischen Berechnungen wurden mit SPSS 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) durchgeführt. Für die Berechnung kategorialer Daten (Schulabschluss, Berufsausbildung, Berufstätigkeit, Familienstand, Achse-I- und Achse-II-Diagnosen, BPS-Kriterien) kam der nichtparametrische Pearson's χ^2 -Test zum Einsatz (bzw. der exakte Fisher-Test, wenn die Anzahl der Beobachtungen pro Zelle < 5 war).

Kontinuierliche Daten (Anzahl der erfüllten BPS-Kriterien, Anzahl komorbider Achse-I- und Achse-II-Störungen) wurden mit dem Student's T-Test oder Welch-Test für unabhängige Stichproben (mit zweiseitigem Signifikanzniveau von $p < 0,05$) berechnet, um signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zu ermitteln.

Quantitative Gruppenmittelwertvergleiche von SCL-90-R, DAPP-BQ, NEO-PI-R, BIS, FDS, FAF, PDS, STAXI, STAI, BSL-95, BDI wurden auf der Basis von univariaten und multivariaten Varianzanalysen (ANOVA, MANOVA) durchgeführt. Als Maß für Effektstärken wurde das partielle Eta-Quadrat (η^2) berechnet. Das Signifikanzniveau liegt bei $p < 0,05$ (zweiseitig).