

5. Diskussion

In der nachfolgenden Diskussion werden zunächst die im vorausgegangenen Abschnitt dargestellten Untersuchungsergebnisse vor dem Hintergrund der zu überprüfenden Hypothesen dieser Arbeit zusammengefasst und bewertet. Im Anschluss daran folgen eine Gesamtdiskussion der Befunde (5.2.), eine Darstellung der Limitationen der vorliegenden Untersuchung (5.3) sowie eine Reflexion der Implikationen der Ergebnisse für Forschung und Praxis (5.4).

5.1 Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund der verschiedenen Arbeitshypothesen

In diesem Abschnitt folgt eine Diskussion der Ergebnisse bezogen auf die Untersuchungshypothesen.

5.1.1 Zur Hypothese von geschlechterspezifischen komorbiden Achse-I-Störungen

Zur Hypothese Nr.1a:

Der Hypothesen-Teil, der die Aussage trifft, dass Frauen mit BPS signifikant häufiger als Männer mit BPS unter Angststörungen und Essstörungen leiden, konnte durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden. Nicht bestätigt werden konnte hingegen die Hypothese, dass Männer mit BPS signifikant häufiger als Frauen mit BPS unter Alkoholabhängigkeit und signifikant seltener unter Depressionen leiden.

Im Folgenden werden die in der Hypothese 1 aufgelisteten Achse-I-Störungen nach DSM-IV im Einzelnen diskutiert:

Angststörungen

Die Arbeitshypothese, dass Angststörungen bei Frauen mit BPS signifikant häufiger auftreten als bei Männern mit BPS, konnte bestätigt werden (52,63% Frauen vs. 26,79% Männer erfüllen die Kriterien für (irgend)eine Angststörung). Weibliche Borderline-Patientinnen erfüllten signifikant häufiger die Kriterien für die spezifischen Angststörungen aktuelle Panikstörung mit Agoraphobie (14,04% vs. 1,79%) sowie PTBS (35,96% vs. 14,29%) (PTBS wird nach DSM-IV als Angststörung klassifiziert). Bei allen anderen mit dem M.I.N.I. erfassten aktuellen Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie ohne Panikstörung, soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung) traten keine signifikanten Geschlechterunterschiede auf.

In den klinischen Studien zu Geschlechterunterschieden bei der BPS, die Lebenszeitprävalenzen erfasst haben, traten bezüglich der Gruppe von Angststörungen folgende Ergebnisse auf: Mehrere Studien (McCormick et al., 2007; Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998) konnten zeigen, dass bei weiblichen Borderline-Patientinnen mit höherer Wahrscheinlichkeit (irgend)eine Lifetime-Angststörung („any affective disorder“) vorliegt. McCormick et al. (2007) konnten zeigen, dass weibliche Borderline-Patientinnen signifikant häufiger als Männer mit BPS eine Agoraphobie und eine Generalisierte Angststörung aufwiesen. In zwei weiteren Untersuchungen (Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998) wurden signifikant höhere PTBS-Prävalenzraten für Frauen mit BPS im Vergleich zu Männern mit BPS nachgewiesen.

In der deutschen klinischen Studie von Tadic et al. (2009) wurden sowohl Vier-Wochen, Zwölf-Monats- und Lifetime-Prävalenzen erfasst. Signifikante Geschlechterunterschiede in Bezug auf Angststörungen traten lediglich für Lifetime-Prävalenzraten auf.

In der groß angelegten (n = 34.635) bevölkerungsrepräsentativen Studie von Grant et al. (2008) konnten - wie in mehreren klinischen Studien - höhere PTBS-Prävalenzraten (Lifetime- und Zwölf-Monats-Prävalenzen) für Frauen mit BPS gezeigt werden. Anders als in den meisten klinischen Studien konnten darüber hinaus auch für Generalisierte Angststörung, spezifische Phobie, soziale Phobie, Panikstörung mit Agoraphobie und Panikstörung ohne Agoraphobie signifikant höhere Prävalenzraten für Frauen mit BPS nachgewiesen werden.

In unserer Untersuchung konnten für die Diagnosen PTBS und Agoraphobie mit Panikstörung signifikante Geschlechterunterschiede ermittelt werden. Obwohl in der deutschen Studie von Tadic et al. (2009) keine signifikanten Geschlechterunterschiede für Vier-Wochen und Zwölf-Monats-Prävalenzen von Angststörungen nachgewiesen werden konnten, lassen sich unsere Befunde gut einreihen in die Ergebnisse der vorangegangenen Studien über Lifetime-Prävalenzen von Angststörungen.

Betrachtet man die in unserer und den anderen klinischen Studien nachgewiesenen Geschlechterunterschiede von Borderline-Patienten in Bezug auf Angststörungen, so ist dennoch feststellbar, dass sich Männer und Frauen mit BPS in klinischen Samples insgesamt weniger stark unterscheiden als dies in der bevölkerungsrepräsentativen Studie von Grant et al. (2008) der Fall ist.

Affektive Störungen

In der von unserer Arbeitsgruppe durchgeführten Studie unterschieden sich Männer und Frauen mit BPS nicht signifikant hinsichtlich der aktuellen Diagnosen Major Depression und Dysthymie. Auch traten bei den Patienten keine Geschlechterunterschiede bei den Diagnosen rezidivierende depressive Störung, Bipolar I-Störung und Bipolar II-Störung auf.

Dieses Ergebnis entspricht vorangegangenen Untersuchungen (z.B. McCormick et al., 2007; Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998, Zlotnick et al., 2002). Tadic et al. (2009) konnten in ihrer Untersuchung zwar signifikant höhere Lifetime-Prävalenzraten für „irgendeine affektive Störung“ (any affective disorder) bei Frauen mit BPS belegen, doch trat auch in dieser Studie kein signifikanter Geschlechterunterschied bezüglich spezifischer affektiver Störungen auf. Dies galt sowohl für die Lifetime-, Zwölf-Monats- und Vier-Wochen-Prävalenz.

In der bevölkerungsrepräsentativen Studie von Grant et al. (2008) hatten Frauen mit BPS hingegen signifikant höhere Prävalenzraten in Bezug auf Major Depression und Dysthymie. Männer und Frauen in klinischen Stichproben scheinen sich hinsichtlich affektiver Störungen weniger voneinander zu unterscheiden als in bevölkerungsrepräsentativen Samples. Die in der Studie von Grant et al. ermittelten Geschlechterunterschiede für affektive Störungen von Borderline-Männern und Frauen weisen Ähnlichkeiten zu der geschlechtsspezifischen Verteilung affektiver Störungen in der Allgemeinbevölkerung auf (Brieger, 2004; Kessler, 1994, 2000; Marneros, 2007; Meringos, 2004).

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie kann - im Einklang mit den Befunden vorangegangener klinischer Studien - geschlossen werden, dass affektive Störungen bei beiden Geschlechtern sehr viel häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung (Akiskal, 1981) und dass Männer und Frauen mit BPS vergleichbare Prävalenzraten hinsichtlich affektiver Störungen aufweisen.

Essstörungen

Die Hypothese, dass bei Frauen mit BPS signifikant häufiger eine komorbide Essstörung vorliegt, wird durch die Ergebnisse bestätigt: Weibliche Borderline-Patienten haben signifikant häufiger eine Essstörung im Vergleich zur männlichen Stichprobe (26,32% vs. 12,5%). Frauen erfüllen signifikant häufiger die Kriterien für eine Bulimia nervosa (19,30% vs. 5,36%). In Bezug auf Anorexia nervosa

konnten keine Geschlechterunterschiede festgestellt werden. Mehr Männer als Frauen erfüllten jedoch die Diagnose einer Binge Eating Störung (7,14% vs. 0,87%).

In mehreren vorangegangenen klinischen Studien wurde gezeigt, dass Essstörungen insgesamt signifikant häufiger bei der weiblichen Gruppe von Borderline-Patienten auftreten (Johnson et al., 2003; Zinarini et al., 1998a; Zlotnick et al., 2002). In der Studie von McCormick et al. (2007) traten weder in der übergeordneten Diagnosekategorie „any eating disorder“ noch bezüglich der spezifischen Diagnosen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa signifikante Geschlechterunterschiede auf.

In der deutschen Studie von Tadic et al. hatten Frauen mit BPS eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, komorbid an einer Anorexia nervosa erkrankt zu sein (sowohl bezüglich der Lifetime- als auch Zwölf-Monats-Prävalenz, nicht aber in Bezug auf Vier-Wochen-Prävalenz). Im Hinblick auf Bulimia nervosa konnten Tadic et al. in den verschiedenen Prävalenzzeiträumen keine signifikanten Geschlechterunterschiede feststellen.

Im Gegensatz zu den Studienergebnissen von Tadic et al. (2009) konnten in der vorliegenden Untersuchung signifikante Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Diagnose einer aktuellen Bulimia nervosa nachgewiesen werden. Für die Diagnose einer Anorexia nervosa (Zeitkriterium: in den letzten drei Monaten) konnten wir hingegen keinen signifikanten Geschlechterunterschied feststellen.

Das Ergebnis, dass die Binge Eating Störung häufiger bei der männlichen Borderline-Gruppe auftritt, ist in den vorangegangenen Studien noch nicht untersucht worden. In der Allgemeinbevölkerung tritt die Binge Eating-Störung 1,5mal häufiger bei Frauen auf (de Zwaan & Friederich, 2006). Der Geschlechterunterschied bezüglich der Prävalenzraten der Binge Eating Störung ist also deutlich geringer ausgeprägt als bei Anorexia oder Bulimia nervosa, die 10-20mal häufiger bei Frauen vorkommen (Schweiger & Sipos, 2004).

Zwar ist die Stichprobe zu klein, um einen Schluss aus den vorliegenden Daten ziehen zu können, doch lässt sich eine mögliche Erklärung finden für die höheren Prävalenzraten von Binge Eating Störung bei Männern mit BPS.

Ein Grund könnte darin gesehen werden, dass Männer mit BPS gegenüber Männern in bevölkerungsrepräsentativen Samples deutlich impulsiver sind und folglich eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, dass sich ihre Impulsivität auch in Form von Essattacken äußern kann. Da Männer in Studien jedoch eine höhere Körperzufriedenheit als Frauen angeben und

weniger Wert auf die Kenntnis ihres Gewichts legten (z.B. Grabhorn et al., 2003), liegt die Schlussfolgerung nahe, dass sie weniger dazu tendieren, auch bei Essattacken gewichtsregulierende Maßnahmen anzuwenden. Dagegen ist anzunehmen, dass die Gruppe der Frauen mit BPS nach impulsiven Essattacken Maßnahmen anwendet, die eine Gewichtsregulation herbeiführen sollen. Diese Annahme könnte erklären, warum in der vorliegenden Studie Frauen mit BPS signifikant häufiger die Diagnose einer Bulimia nervosa, Männer dagegen die Diagnose einer Binge Eating Störung erfüllen.

Substanzstörungen

Die Hypothese, dass bei Männern mit BPS signifikant häufiger als bei Frauen mit BPS eine komorbide Alkoholabhängigkeit vorliegt, konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Männer und Frauen mit BPS unterschieden sich weder hinsichtlich der Zwölf-Monats-Prävalenzen für die Diagnosen Alkohol- oder Drogenmissbrauch noch hinsichtlich der Diagnosen Alkohol- oder Drogenabhängigkeit signifikant voneinander (Alkoholabhängigkeit: 14,91% Frauen vs. 21,43% Männer; Alkoholmissbrauch: 26,32% Frauen vs. 26,79% Männer; Drogenmissbrauch: 14,91% Frauen vs. 21,43% Männer; Drogenabhängigkeit: 16,66% Frauen vs. 17,86% Männer). Dieses Ergebnis widerspricht der Untersuchungshypothese, die aus empirischen Vorbefunden sowie aus theoretischen Modellen zu Geschlechterunterschieden bei psychiatrischen Störungen abgeleitet war. Dieses Ergebnis ist sehr überraschend, da bis auf eine einzige Studie (McCormick et al., 2007) alle vorangegangenen klinischen Studien (Zanarini et al., 1998a; Johnson et al., 2003; Tadic et al., 2009; Zlotnick et al., 2002) darin übereinstimmen, dass Substanzstörungen (Lifetime-Prävalenz für Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen) signifikant häufiger bei Männern mit BPS im Vergleich zu weiblichen Borderline-Patienten vorkommen. In der klinischen Studie von Tadic et al. (2009) konnten, wie in unserer Untersuchung auch, keine Geschlechterunterschiede für Substanzstörungen im Hinblick auf Vier-Wochen- und Zwölf-Monats-Prävalenzen nachgewiesen werden. In der bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung von Grant et al. (2008) hatten Männer mit BPS signifikant höhere Zwölf-Monats-Prävalenzraten für alle Substanzstörungen abgesehen von Drogenmissbrauch (Alkoholabhängigkeit: 25,4% vs. 11,8%, Alkoholmissbrauch: 9,7% vs. 3,3%; Drogenabhängigkeit: 7,9% vs. 5,1%).

Der in der vorliegenden Untersuchung gegenüber der Mehrzahl von Studien abweichende Befund könnte darin begründet sein, dass die meisten Untersuchungen Lifetime-Prävalenzen von

Substanzstörungen ermittelten, in dieser Untersuchung jedoch Zwölf-Monats-Zeiträume der Diagnosestellung zugrunde gelegt wurden.

Eine andere mögliche Erklärung für das Ergebnis der fehlenden Geschlechterunterschiede bezüglich der Substanzstörungen könnte ein Stichprobenbias sein. In unserer Klinik werden keine Borderline-Patienten behandelt, die aktuell eine schwere Substanzstörung aufweisen. Diese werden im Falle einer Vorstellung in unserer Klinik an andere Einrichtungen weitervermittelt, die sich auf die Behandlung von Substanzstörungen spezialisiert haben. Auch ist anzunehmen, dass eine Gruppe von Personen mit BPS und komorbider Suchterkrankung sich erst gar nicht in unserer Ambulanz vorstellt, sondern von Anfang an Einrichtungen aufsucht, die sich auf Substanzstörungen spezialisiert haben.

Eine weitere Erklärung für das überraschende Ergebnis könnte darin gesehen werden, dass Männer und Frauen mit BPS sich hinsichtlich der Diagnose Substanzmissbrauch geringfügiger von Männern mit BPS unterscheiden als bisher angenommen. Aktueller Substanzmissbrauch, der nicht vor dem Hintergrund einer schweren Substanzstörung einzuordnen war, stellte kein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in unserer Klinik dar.

Bisherige Studien, die übereinstimmend höhere Prävalenzraten von Substanzstörungen bei Männern mit BPS nachgewiesen haben, differenzierten teilweise nicht zwischen Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, sondern erfassten nur Substanzstörungen (Cormick et al., 2007; Johnson et al., 2003; Zlotnick et al., 2002). Interessant wäre die Überprüfung der Hypothese, ob Frauen und Männer mit BPS weniger Unterschiede bezüglich der Diagnose Substanzmissbrauch im Vergleich zu der Diagnose Substanzabhängigkeit aufweisen.

In zukünftigen Untersuchungen über Geschlechterunterschiede bei der BPS sollte der Fokus auf geschlechterspezifischen Unterschieden im Bereich der Substanzstörungen liegen und diese auf der Basis von Zwölf-Monats-Prävalenzen und Lifetime-Prävalenzen ermittelt werden., um die von uns formulierten Hypothesen über die Ursache der divergenten Befunde einer empirischen Überprüfung zu unterziehen.

5.1.2 Zur Hypothese von geschlechterspezifischen komorbiden Achse-II-Störungen

Zur Hypothese Nr.1b:

Die aus Literatur und empirischen Vobefunden abgeleitete Hypothese der vorliegenden Untersuchung, dass Männer mit BPS signifikant häufiger als Frauen mit BPS die komorbide Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen, konnte durch die Daten dieser Studie bestätigt werden.

Da die Diagnostik einer antisozialen Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV voraussetzt, dass bereits in der Kindheit und Jugend mindestens drei Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllt gewesen sein müssen, erstaunt es nicht, dass die männlichen Borderline-Patienten in dieser Untersuchung auch signifikant häufiger eine Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend aufwiesen. Darüber hinaus hatten die Männer mit BPS auch signifikant häufiger eine komorbide narzisstische Persönlichkeitsstörung als die Frauen mit BPS. Männer mit BPS hatten in dieser Studie eine insgesamt höhere Wahrscheinlichkeit als Frauen mit BPS, eine oder mehr zusätzliche komorbide Achse-II-Störungen als Diagnose zu haben.

Der Vergleich unserer Untersuchungsergebnisse mit den empirischen Befunden vorangegangener Studien weist auf eine Ähnlichkeit der Ergebnisse hin. So konnte eine Reihe von Studien zeigen, dass Männer mit BPS signifikant häufiger als Frauen mit BPS die Kriterien einer komorbiden antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllen (Mc Cormick et al., 2007; Grant et al., 2008; Grilo, 2002; Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998b; Zlotnick et al., 2002, Tadic et al., 2009). Tadic et al. (2009) konnten darüber hinaus zeigen, dass Männer mit BPS signifikant häufiger als Frauen mit BPS eine Störung des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend aufweisen. In den anderen Studien wurde diese Diagnose nicht separat erfasst.

In zwei klinischen Studien (Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998b) wiesen die männlichen Patienten wie in unserer Untersuchung zusätzlich signifikant höhere Prävalenzraten in Bezug auf eine komorbide narzisstische Persönlichkeitsstörung auf. Die deutsche Studie von Tadic et al. (2009) hingegen erwies keinen Nachweis für eine höhere Prävalenz der narzisstischen Persönlichkeitsstörung bei der männlichen Borderline-Gruppe gegenüber den weiblichen Borderline-Patientinnen. Wie bei Tadic et al. (2009) weisen die Männer der vorliegenden Studie gegenüber den Frauen keine signifikant höheren Prävalenzraten bzgl. paranoider (Zanarini et al., 1998b) und schizotyper (Johnson et al., 2003) Persönlichkeitsstörung auf. Auch konnten in beiden

deutschen Untersuchungen für Frauen mit BPS keine gegenüber der männlichen Borderline-Gruppe signifikant erhöhten Prävalenzraten in Bezug auf die histrionische Persönlichkeitsstörung (vgl. McCormick et al., 2007; Zanarini et al., 1998b) und die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (vgl. Zanarini et al., 1998) nachgewiesen werden.

Dass die antisoziale Persönlichkeitsstörung häufiger bei Männern mit BPS auftritt, spiegelt generelle Geschlechterunterschiede bei psychiatrischen Störungen wider und kann nicht als borderlinespezifisch angesehen werden. Denn wie bereits in Kapitel 2.3.2.2.2 beschrieben, geht aus verschiedenen Untersuchungen hervor, 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). Für die weiteren spezifischen Persönlichkeitsstörungen konnten in systematischen Untersuchungen jedoch keine geschlechterspezifischen Unterschiede in der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen werden (Herpertz, 2007).

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass das signifikant häufigere Vorkommen der antisozialen Persönlichkeitsstörung bei Männern mit BPS gegenüber Frauen mit BPS am umfangreichsten empirisch belegt ist. Das Untersuchungsergebnis, dass Männer mit BPS signifikant häufiger eine narzisstische Persönlichkeitsstörung als komorbide Achse-II-Diagnose nach DSM-IV haben, ist durch insgesamt drei bisherige Studien empirisch gestützt (McCormick et al., 2007; Grant et al., 2008; Zanarini et al., 1998b).

Diese Arbeit kann als empirischer Hinweis dahingehend gewertet werden, dass das geschlechterspezifische Achse-II-Profil von Männern mit BPS –anders als bei Frauen mit BPS– durch eine signifikant höhere Prävalenz von komorbider antisozialer Persönlichkeitsstörung und narzisstischer Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet ist.

5.1.3 Zur Hypothese von geschlechterspezifischen dimensionalen Persönlichkeitsprofilen auf der Basis von NEO-PI-R und DAPP-BQ

Zur Hypothese Nr. 2:

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‘ zeigen. Frauen hingegen zeigen signifikant höhere Werte in den Persönlichkeitsdimensionen ‚soziale Verträglichkeit‘ und ‚Neurotizismus‘. Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen diese Untersuchungshypothese.

Neurotizismus / Emotionale Dysregulation

Bei Frauen mit BPS konnten signifikant höhere Werte in der NEO-PI-R-Skala *Neurotizismus* nachgewiesen werden. In Bezug auf die Facettenskalen der übergeordneten Neurotizismus-Skala haben Frauen mit BPS signifikant höhere Werte für *Ängstlichkeit*, *Depression* und *Verletzlichkeit*. Keine Geschlechterunterschiede ergaben sich in den NEO-PI-R-Facettenskalen *Impulsivität*, *soziale Befangenheit* und *Reizbarkeit*.

Im DAPP-BQ-Fragebogen, dessen Skala *Emotionale Dysregulation* Ähnlichkeiten aufweist zu der NEO-PI-R-*Neurotizismus*-Skala, zeigen Frauen mit BPS zwar keine signifikant höheren Werte in der übergeordneten Skala *Emotionale Dysregulation*, doch weisen sie signifikant höhere Scores in den Subskalen *Ängstlichkeit* und *Unterwürfigkeit* auf.

Da in den vorangegangenen Studien über Geschlechterunterschiede bei der BPS keine dimensional Persönlichkeitsmerkmale auf der Basis von NEO-PI-R und DAPP-BQ durchgeführt wurden, ist ein Vergleich mit Vorbefunden nicht möglich.

Doch bietet es sich an, die Befunde mit Ergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung in Relation zu setzen. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Befunden von Costa et al. (2001) über geschlechterspezifische Unterschiede von NEO-PI-R-Profilen in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben, zeigt sich, dass Frauen und Männer mit BPS sich weniger stark hinsichtlich Neurotizismus unterscheiden als Männer und Frauen aus bevölkerungsrepräsentativen Stichproben. Costa et al. (2001) konnten signifikant höhere Scores für Frauen in *allen* NEO-PI-R-*Neurotizismus-Facettenskalen* aufweisen. In der vorliegenden Studie ist das Ergebnis heterogener, da bei mehreren Facettenskalen des NEO-PI-R keine Geschlechterunterschiede auftreten. Dennoch kann die

Arbeitshypothese, dass Frauen mit BPS höhere Scores in dem Primärfaktor *Neurotizismus* aufweisen, durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden. Damit liegen Geschlechterunterschiede bei Borderline-Patienten in der Dimension *Neurotizismus* in der erwarteten Richtung vor, auch wenn die Ergebnisse weniger eindeutig sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Verträglichkeit / Dissoziales Verhalten

Die aus Befunden in der Allgemeinbevölkerung abgeleitete Hypothese (Costa et al., 2001), dass Frauen mit BPS gegenüber Männern mit BPS signifikant höhere Werte in dem Persönlichkeitsmerkmal *Verträglichkeit* aufweisen, konnte durch unsere Untersuchung bestätigt werden. In der NEO-PI-R Skala *Verträglichkeit* ergab sich ein signifikant höherer Wert für die weiblichen Borderline-Patienten im Vergleich zu den männlichen Borderline-Patienten.

Frauen mit BPS zeigten in den NEO-PI-R-Verträglichkeits-Subskalen *Altruismus* und *Bescheidenheit* signifikant höhere Werte als Männer mit BPS. In den NEO-PI-R-Verträglichkeitssubskalen *Entgegenkommen*, *Freimütigkeit*, *Gutherzigkeit* und *Vertrauen* konnten keine geschlechterspezifischen Unterschiede gezeigt werden.

In der DAPP-BQ-Persönlichkeitsskala *Dissoziales Verhalten*, die (in der umgekehrten Richtung) vergleichbare Persönlichkeitsmerkmale wie die NEO-PI-R-Skala *Verträglichkeit* erfasst, haben Männer mit BPS signifikant höhere Werte.

Im Einklang mit der Untersuchungshypothese zeigen Männer mit BPS signifikant höhere Werte in der Subskala *Reizsuche* (entspricht *Sensation Seeking*). Desweiteren zeigen Männer mit BPS höhere Scores in den beiden Subskalen *Verhaltensprobleme* und *Herzlosigkeit*.

Extraversion und Gehemmtheit

Hinsichtlich der NEO-PI-R-Primärskala *Extraversion* konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede bei den untersuchten Borderline-Patienten nachgewiesen werden. Auch für die DAPP-BQ-Skala *Gehemmtheit*, die (in der umgekehrten Richtung) vergleichbare Persönlichkeitsmerkmale wie die NEO-PI-R-Skala *Extraversion* erfasst, konnten keine Geschlechterunterschiede identifiziert werden.

Auch in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede in Bezug auf die übergeordneten Persönlichkeitsdimensionen

Extraversion / Gehemmtheit identifiziert werden. Doch zeigten sich in der Untersuchung von Costa et al. (2001) höhere Ausprägungen für Männer in den NEO-PI-R-Facettenskalen *Erlebnishunger* (vgl. Horvath & Zuckerman, 1993) und *Durchsetzungsfähigkeit*, Frauen hatten höhere Scores in den Extraversionssubskalen *Herzlichkeit*, *Geselligkeit* und *Frohsinn*.

Anders als von uns erwartet ergab sich für Männer mit BPS nur ein Trend in Richtung höherer Werte in dem NEO-PI-R-Extraversionssubfaktor *Erlebnishunger*, der dem in der Hypothese genannten *Sensation Seeking* entspricht. Wie bereits erwähnt, konnten in dem DAPP-BQ-Profil hingegen signifikant höhere Scores für Männer mit BPS in der Subskala *Sensation Seeking* nachgewiesen werden.

In vorangegangenen Studien zur Untersuchung von Geschlechterunterschieden bei der BPS wurde das Merkmal *Sensation Seeking* nicht separat erfasst. Zwar wurden Geschlechterunterschiede hinsichtlich des DSM-IV-Kriteriums (der BPS) *Impulsivität* erfasst. Darunter werden Verhaltensweisen wie riskantes Autofahren und promiskuitives Verhalten subsumiert, die unter die Kategorie *Sensation Seeking* fallen. Doch ist dieses DSM-IV-Kriterium zu sehr mit dem Bereich *Impulsivität* konfundiert, um spezifische Aussagen über Geschlechterunterschiede im Bereich *Sensation Seeking* bei Frauen und Männern mit BPS treffen zu können.

Auf der Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studie kann die Untersuchungshypothese, dass Männer und Frauen mit BPS höhere Scores in dem Persönlichkeitsmerkmal *Sensation Seeking* aufweisen, nicht auf der Basis der Ergebnisse beider dimensionaler Persönlichkeitsfragebögen bestätigt werden. Dennoch zeigt sich ein klarer Trend in Richtung eines stärker ausgeprägten *Sensation Seekings* bei Männern.

Gewissenhaftigkeit / Zwanghaftigkeit

Sowohl hinsichtlich des übergeordneten NEO-PI-R Faktors *Gewissenhaftigkeit* und der zugehörigen Subfaktoren wie auch im Hinblick auf den übergeordneten DAPP-BQ-Faktor *Zwanghaftigkeit* traten keine Geschlechterunterschiede auf. Lediglich in dem DAPP-BQ-Subfaktor *Intimitätsprobleme* wiesen Frauen mit BPS höhere Werte auf.

Dass diese Dimensionen durch weniger eindeutige geschlechterspezifische Unterschiede gekennzeichnet sind, entspricht den Ergebnissen von Studien über Geschlechterunterschiede in der Allgemeinbevölkerung (Costa et al., 2001; Feingold, 1994).

Offenheit für Erfahrung

Bezüglich der Dimension *Offenheit* (für Erfahrungen) konnte nachgewiesen werden, dass Frauen und Männer mit BPS sich weder in der übergeordneten NEO-PI-R-Skala noch in den zugehörigen NEO-PI-R-Facettenskalen unterscheiden. Im DAPP-BQ wird dieses Persönlichkeitsmerkmal nicht erfasst.

Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit Befunden aus der Allgemeinbevölkerung, für die auch keine Geschlechterunterschiede bezüglich der übergeordneten Dimension *Offenheit für Erfahrung* aufgezeigt werden konnten (Costa et al., 2001).

Schlussfolgerung

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit Geschlechterunterschieden in der Allgemeinbevölkerung, so wird deutlich, dass Männer und Frauen mit BPS sich insgesamt weniger stark in ihren dimensional Persönlichkeitseigenschaften unterscheiden als dies bei Männern und Frauen in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben beschrieben ist. Wie bereits bei den Achse-I-Störungen beschrieben, treten zwar in einigen Bereichen geschlechterspezifische Unterschiede in der erwarteten Richtung auf, doch sind insgesamt mehr Ähnlichkeiten zwischen den Geschlechtern zu beobachten als dies in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist (vgl. Costa et al., 2001, Feingold, 1994).

5.1.4 Zur Hypothese von Geschlechterunterschieden bei spezifischen Symptombereichen der BPS

Frauen mit BPS haben signifikant höhere Werte in den borderlinespezifischen Symptombereichen 'affektive Instabilität', 'dissoziatives Erleben' sowie 'Instabilität der Identität'. Männer mit BPS zeigen stärkere Ausprägungen in den Symptombereichen 'Impulsivität' und 'mangelnde Ärgerkontrolle'. Nur Teile dieser aus Vorbefunden abgeleiteten Hypothese konnten durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden.

In der vorliegenden Studie konnten keine signifikanten Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens der einzelnen BPS-Kriterien (nach DSM-IV) nachgewiesen werden. Es ergab sich lediglich ein Trend in die Richtung, dass das Kriterium *Impulsivität* bei Männern mit BPS

häufiger erfüllt war. In Voruntersuchungen ergaben sich jedoch signifikante Geschlechterunterschiede hinsichtlich einzelner BPS-Kriterien. In der Untersuchung von Tadic et al. (2009) trat das Kriterium *emotionale Instabilität* signifikant häufiger bei Frauen mit BPS auf; Männern mit BPS erfüllten signifikant häufiger das Kriterium des *intensiven Ärgers*. Auch war ein Trend in Richtung einer höheren *Impulsivität* bei Männern zu verzeichnen. In weiteren Untersuchungen erfüllten Frauen mit BPS signifikant häufiger die Kriterien *Paranoia / Dissoziation* (McCormick et al., 2007) und *Instabilität der Identität* (Johnson et al., 2003).

Um auf die Diskrepanz unseres Untersuchungsbefundes im Vergleich zu Vorbefunden differenzierter eingehen zu können, werden im folgenden Abschnitt die Ergebnisse der zusätzlich eingesetzten Erhebungsinstrumente zu spezifischen Symptombereichen der BPS diskutiert.

Dissoziation

Die Hypothese, dass Frauen mit BPS signifikant höhere Werte im Symptombereich der Dissoziation aufweisen, konnte bestätigt werden. In der vorliegenden Arbeit konnten im Bereich der dissoziativen Reaktionen signifikant höhere Werte bei Frauen mit BPS in den FDS-Skalen *Derealisation* und *Depersonalisation* sowie *Absorption* nachgewiesen werden. In den Subskalen *Konversion* und *Amnesie* für autobiographisches Material hingegen waren keine Geschlechterunterschiede zu beobachten. Obwohl das DSM-IV-Kriterium *Paranoia / Dissoziation* bei beiden Geschlechtergruppen gleich häufig vorkam, zeigen die Ergebnisse der Untersuchung anhand des FDS, dass Frauen mit BPS signifikant höhere Werte in einzelnen Teilbereichen von Dissoziation aufweisen.

In der Untersuchung von McCormick et al. (2007) wiesen Frauen mit BPS signifikant höhere Werte in dem Kriterium *Paranoia / Dissoziation* auf als Männer mit BPS. Die Autoren führten dieses Ergebnis darauf zurück, dass Frauen mit BPS eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, in der Kindheit sexuellen Missbrauch und emotionale Vernachlässigung erfahren zu haben (Zanarini et al., 1999).

Obwohl in der Literatur über einen engen Zusammenhang von dissoziativem Erleben und traumatischen Erlebnissen berichtet wird (z.B. Chu & Dill, 1990; Putnam, 1985; Sherar, 1994), liegen Hinweise darauf vor, dass dissoziatives Erleben auch bei Personen auftritt, die keine traumatischen Erlebnisse in der Vorgeschichte aufweisen (z.B. Drajer & Langeland, 1999).

Gemäß der DSM-IV-Kriterien (APA, 1994) treten dissoziative Zustände bei der BPS als Reaktion auf hohes Stresserleben auf. Stiglmayr et al. (2001) zeigten, dass das Erleben von aversiven Anspannungszuständen, die nicht mit dem bewussten Erleben einer spezifischen Emotion einhergehen, für Borderline-Patienten einen hohen Belastungsfaktor darstellt und in engem Zusammenhang mit dissoziativem Erleben zu sehen ist. In einer anderen Studie konnten Stiglmayr et al. (2008) empirisch belegen, dass dissoziatives Erleben bei Borderline-Patienten gehäuft auftritt, wenn diese in hohem Ausmaß subjektiv Stress erleben.

Zukünftige Forschung sollte untersuchen, ob sich Männer und Frauen mit BPS hinsichtlich ihres subjektiven Stresserlebens unterscheiden. In dieser Studie wurde subjektives Stresserleben nicht separat erfasst. Betrachtet man jedoch die Ergebnisse der SCL-90-R (Erfassung von subjektiv empfundener Beeinträchtigung operationalisiert durch 90 körperliche und psychische Symptome) als einen Indikator für Stresserleben bei den Männern und Frauen mit BPS, so ist festzuhalten, dass sich beide Gruppen nicht signifikant in dem Ausmaß ihres subjektiven Stresserlebens unterscheiden. Es liegt lediglich ein Trend in die Richtung einer stärker ausgeprägten *Ängstlichkeit* bei Frauen mit BPS vor. Dieser Befund könnte möglicherweise in Zusammenhang stehen mit fehlenden Geschlechterunterschieden in dem Kriterium *Paranoia / Dissoziation*.

Ein weiterer Grund für das divergente Ergebnis zwischen dem bei beiden Geschlechtergruppen gleich häufig auftretenden DSM-IV-Kriterium *paranoides Erleben / Dissoziation* ist darin zu sehen, dass dieses Kriterium nicht nur dissoziative Reaktionen erfasst, sondern auch stressabhängiges paranoides Erleben. In der Studie zu komorbiden Achse-II-Störungen bei Borderline-Patienten konnten Zanarini et al. (1998b) signifikant höhere Prävalenzraten für die paranoide Persönlichkeitsstörung bei Männern im Vergleich zu Frauen mit BPS nachweisen. In der SCL-90-R-Subskala *Paranoides Erleben* konnten in dieser Studie keine Geschlechterunterschiede festgestellt werden.

Dennoch ist denkbar, dass Männer mit BPS unter Stress eher mit paranoidem Erleben reagieren, Frauen mit BPS mit einer höheren Wahrscheinlichkeit dissoziative Reaktionen entwickeln. Dies würde erklären, warum in dieser Studie in dem DSM-IV-Kriterium *paranoides Erleben / Dissoziation* keine Geschlechterunterschiede auftraten, im FDS jedoch ein signifikanter Haupteffekt des Geschlechts auf dissoziatives Erleben nachgewiesen werden konnte.

Diese Hypothese des geschlechterspezifischen dissoziativen bzw. paranoiden Erlebens unter Stress sollte in weiteren Untersuchungen über Geschlechterunterschiede bei der BPS genauer untersucht

werden. Auch wenn bislang zu wenige empirische Befunde vorliegen, um eine abschließende Beurteilung bezüglich der Geschlechterunterschiede im dissoziativen Erleben von Borderline-Patienten abgeben zu können, weisen die Ergebnisse dieser Untersuchung in die Richtung, dass Frauen mit BPS stärker als Männer mit BPS dissoziative Reaktionen zeigen.

Affektive Instabilität

Die Untersuchungshypothese, dass bei Frauen mit BPS signifikant häufiger als bei Männern mit BPS affektive Instabilität auftritt, konnte durch die vorliegende Arbeit bestätigt werden. Frauen mit BPS zeigen signifikant höhere Scores in den BSL-Subskalen *Affektregulation* und *Dysphorie* sowie in den SCL-90-Subskalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit*. Das BDI-Ergebnis zeigt, dass Frauen mit BPS signifikant höhere Depressionsscores aufweisen im Vergleich zu Männern mit BPS. Im STAI-Fragebogen erreichen Frauen mit BPS signifikant höhere Werte hinsichtlich *State- und Trait-Ängstlichkeit*.

Die Ergebnisse dieser symptomorientierten Fragebögen, die affektive Instabilität erfassen, stehen im Einklang mit den signifikant höheren Werten im Bereich *Neurotizismus* bzw. *Emotionale Dysregulation* der weiblichen Borderline-Patienten in den dimensionalen Persönlichkeitsfragebögen NEO-PI-R und DAPP-BQ. Zwar manifestiert sich dieser geschlechterspezifische Unterschied im Bereich affektive Instabilität in dieser Studie nicht in einem signifikanten Geschlechterunterschied hinsichtlich des BPS-Kriteriums *affektive Instabilität*, doch ist davon auszugehen, dass das DSM-IV-Kriterium enger gefasst ist und nur den Bereich starker Stimmungsschwankungen, weniger aber *Ängstlichkeit*, *Dysphorie* und *Depressivität* erfasst. Die Gesamtzahl der Befunde rechtfertigt die Schlussfolgerung, dass Frauen mit BPS stärker als Männer mit BPS von affektiver Instabilität betroffen sind.

Impulsivität bzw. impulsive Verhaltensmuster

Entgegen der Hypothese, dass Männer mit BPS im Vergleich zu Frauen mit BPS signifikant häufiger impulsive Verhaltensweisen zeigen, konnten keine Geschlechterunterschiede hinsichtlich Impulsivität nachgewiesen werden. Weder im Gesamtwert der BIS noch in einer der drei Subkomponenten der Barrat Impulsivitätsskala (*motorische Impulsivität*, *Mangel an Planung* und *aufmerksamkeitsbezogene Impulsivität*) hatten die Männer signifikant erhöhte Impulsivitätsscores.

Auch in der Neurotizismus-Subskala *Impulsivität* des NEO-PI-R-Fragebogens traten keine signifikanten Geschlechterunterschiede auf.

Dass Impulsivität bei beiden Geschlechtern gleichermaßen stark ausgeprägt ist, konnte auch in der Untersuchung von Johnson et al. (2003) auf der Basis des Schedule for Nonadaptive und Adaptive Personality (SNAP; Clark, 1993) sowie in der Studie von McCormick et al. (2007) anhand des Einsatzes der Barrat Impulsivity Scale (1985) und dem Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders BPS-Module (DIPD; Zanarini, Frankenburg & Zanarini, 2001) gezeigt werden.

Instabilität der Identität

Die aus einer Voruntersuchung (Johnson et al., 2003) abgeleitete Hypothese, dass Frauen mit BPS stärker als Männer mit BPS unter einer Identitätsstörung leiden, konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. In der BSL-Subskala *Selbstwahrnehmung*, die sowohl Identitätsprobleme als auch dissoziative Aspekte abdeckt sowie in der DAPP-BQ-Subskala *Identitätsprobleme* ergaben sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede. Im Einklang mit diesem Ergebnis steht, dass das DSM-IV-Kriterium *Identitätsstörung* der BPS bei weiblichen und männlichen Untersuchungsgruppen der vorliegenden Untersuchung gleich häufig auftritt.

Bislang konnte nur in einer einzigen Studie gezeigt werden, dass Frauen mit BPS signifikant häufiger das DSM-IV-Kriterium *Identitätsinstabilität* erfüllen (Johnson et al., 2003). Weitere Forschung ist notwendig, um zu belegen, ob der angenommene Geschlechterunterschied im Bereich der Identitätsstabilität von Borderline-Patienten replizierbar ist.

Intensiver Ärger / Wutausbrüche

Die Hypothese dieser Arbeit, dass Männer mit BPS im Vergleich zu Frauen mit BPS signifikant höhere Aggressionswerte aufweisen, konnte auf der Basis der spezifischen Fragebögen State-Trait-Ärgerausdrucksinventar (STAXI; Spielberger, 1988; Schwenkmezger et al., 1992) und Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF; Hampel und Selg, 1975) nicht bestätigt werden.

Die Ergebnisse des FAF weisen darauf hin, dass Männer und Frauen mit BPS sich in den verschiedenen Dimensionen von Ärgererleben (*spontane Aggression, reaktive Aggression, Erregbarkeit* und *Selbstaggression*) nicht unterscheiden. In bevölkerungsrepräsentativen Stichproben hingegen zeigen sich höhere Scores für Männer in den Bereichen *spontane* und *reaktive*

Aggression und höhere Werte für Frauen in den Dimensionen *Selbstaggression* und *Aggressionshemmung*. In der vorliegenden Untersuchung trat lediglich in der Subskala *Aggressionshemmung* ein signifikant höherer Wert für Frauen mit BPS auf, was sich darin widerspiegelt, dass Frauen mit BPS mehr als Männer mit BPS über ein Wissen um gängige Spielregeln im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten verfügen. Inwieweit diese Gewissensaktivitäten das Ausmaß aggressiven Verhaltens regulieren, bleibt unklar.

Im STAXI-Fragebogen waren in der vorliegenden Arbeit keine Geschlechterunterschiede identifizierbar – weder hinsichtlich der Erfassung von Ärger als State noch als dispositionelle Trait-Komponente. Auch konnten keine Geschlechterunterschiede im Hinblick auf die Manifestation von Ärgerreaktionen nach außen (*Anger-Out*) bzw. nach innen (*Anger-In*) oder die Kontrolle des Ärgererlebens nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse dieser beiden spezifischen Fragebögen zur Erfassung von Ärger und Aggressivität stehen im Einklang mit den Befunden, dass sowohl in der SCL-90-R-Skala *Feindseligkeit* als auch in der BSL-Skala *Feindseligkeit* keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen auftraten.

Diese Ergebnisse dieser Untersuchung führen zu der Schlussfolgerung zu, dass sich Männer und Frauen mit BPS weniger stark hinsichtlich Aggressivität unterscheiden als dies bei Männern und Frauen in der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen werden konnte (siehe Kapitel 2.3.1).

5.2 Gesamtdiskussion der Befunde

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Männer und Frauen mit BPS in dieser Untersuchung mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede aufweisen. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit vorangegangenen klinischen Studien über Geschlechterunterschiede bei der BPS, die empirisch belegen konnten, dass Männer und Frauen mit einer BPS sich hinsichtlich psychiatrischer Achse-I-Diagnosen weniger stark unterscheiden als dies bei Männern und Frauen in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist.

In der bevölkerungsrepräsentativen Studie von Grant et al. (2008) zeigten sich bei Personen mit BPS jedoch deutlich mehr geschlechterspezifische Unterschiede hinsichtlich komorbider Achse-I-Störungen als in den klinischen Stichproben. Daraus kann geschlossen werden, dass sich Frauen und Männer mit BPS in klinischen Samples ähnlicher sind als in bevölkerungsrepräsentativen Studien.

Eine Vielzahl von Autoren weist darauf hin, dass Frauen sehr viel häufiger als Männer unter „internalisierten Störungen“ leiden, womit gemeint ist, dass Frauen Stresserleben nach innen richten und gefährdeter sind als Männer, Angststörungen, Essstörungen und Depressionen zu entwickeln. Männer hingegen scheinen Distress zu „externalisieren“, also nach außen zu richten, was sich in höheren Prävalenzraten für Substanzstörungen und antisoziale Persönlichkeitsstörung niederschlägt (Krueger, 1999). Diese geschlechterspezifische Verteilung psychiatrischer Störungen wurde vielfach empirisch belegt. In der vorliegenden Untersuchung lässt sich diese geschlechterspezifische Verteilung von sogenannten „internalisierten“ und „externalisierenden Störungen“ jedoch anders als in der Allgemeinbevölkerung nicht aufrechterhalten. So treten bei den affektiven Störungen keine signifikanten Geschlechterunterschiede bei den untersuchten Borderline-Patienten auf. Im Bereich der Angststörungen haben Frauen mit BPS nur im Hinblick auf eine komorbide PTBS und Panikstörung mit Agoraphobie signifikant höhere Prävalenzraten. In der Diagnosekategorie der Essstörungen konnten für Frauen mit BPS lediglich für die Diagnose Bulimia nervosa signifikant höhere Prävalenzraten nachgewiesen werden, Männer mit BPS erfüllen hingegen signifikant häufiger die Kriterien für eine Binge Eating Störung, wenn auch die Stichprobe sehr klein ist. In der Diagnosekategorie Substanzstörungen konnte nicht gezeigt werden, dass Frauen und Männer mit BPS sich hinsichtlich der Häufigkeit dieser komorbiden Diagnosen signifikant unterscheiden. Nur im Bereich der Achse-II-Störungen nach DSM-IV trat das sogenannte „externalisierende Verhaltensmuster“ von Männern mit BPS deutlicher in Erscheinung: Sie erfüllten signifikant häufiger als Frauen mit BPS die Diagnosen einer antisozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

Diese Ergebnisse der „abgeschwächten Geschlechterunterschiede“ im Bereich der affektiven und Angststörungen stehen mit mehreren Vorbefunden über Geschlechterunterschiede bei der BPS (vgl. McCormick et al., 2007; Johnson et al., 2003; Zlotnick et al., 2002) im Einklang. Zwei Befunde sind in dieser Arbeit besonders hervorzuheben:

Bisher wurde in keiner der genannten Studien erfasst, ob sich signifikante Geschlechterunterschiede von Borderline-Patienten im Bereich der Binge Eating Störung manifestieren. In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein kleiner Teil der Männer mit BPS wie viele Frauen mit BPS unter Essanfällen leiden, jedoch anders als Frauen mit BPS nicht zu gewichtsregulierenden Maßnahmen greifen und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, die Kriterien für eine Binge Eating Störung zu erfüllen. Zukünftige Forschung sollte diesen geschlechterspezifischen Unterschied

zwischen Binge Eating Störung und Bulimia nervosa auf der Basis größerer Stichproben einer weiteren empirischen Überprüfung unterziehen.

Ein weiterer sehr nennenswerter Befund ist darin zu sehen, dass keine Geschlechterunterschiede von Borderline-Patienten im Bereich der Substanzstörungen nachgewiesen werden konnten. Dieses Ergebnis weicht von den Befunden der meisten vorangegangenen Studien über Geschlechterunterschiede bei der BPS ab. Wie bereits erwähnt, kann dieser Befund durch einen Stichprobenbias konfundiert worden sein, da Patienten mit schweren Substanzstörungen möglicherweise in spezialisierten Sucht-Behandlungszentren behandelt wurden und die von uns untersuchte Stichprobe hinsichtlich Substanzstörungen nicht ausreichend repräsentativ war.

Eine alternative Erklärung könnte sein, dass Frauen mit BPS möglicherweise häufiger als gedacht die Diagnose eines Substanzmissbrauchs erfüllen. Nicht alle der bislang durchgeführten klinischen Studien haben explizit zwischen den Diagnosen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit unterschieden. In einigen Untersuchungen wurde lediglich über Alkohol- und Drogenstörungen berichtet. Infolgedessen könnten Borderline-Frauen mit Substanzmissbrauch in vorangegangenen Studien nicht ausreichend berücksichtigt worden sein.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass das divergente Ergebnis durch unterschiedliche Prävalenz-Zeiträume zustande gekommen sein kann. Zukünftige Studien sollten Geschlechterunterschiede für die Diagnosen Substanzmissbrauch und –abhängigkeit auf der Basis von Zwölf-Monats-Prävalenzen und Lifetime-Prävalenzen ermitteln, um weitreichendere Aussagen über Geschlechterunterschiede der BPS im Bereich der Substanzstörungen treffen zu können.

In diesem Zusammenhang kann die Annahme postuliert werden, dass sich Frauen und Männer mit BPS offensichtlich weniger als bisher angenommen hinsichtlich der klinisch-psychiatrischen Ausformung ihrer Impulsivität unterscheiden. So wurde von Zanarini et al. (1998a) die Hypothese aufgestellt, dass Geschlechterunterschiede bei der BPS möglicherweise auf unterschiedliche Manifestationen gestörter Impulskontrolle bei beiden Geschlechtern zurückzuführen sind. Demnach würde sich Impulsivität bei Männern mit BPS in Form von externalisierenden Verhaltensweisen (Aggressivität, Substanzmissbrauch), bei Frauen mit BPS hingegen in Form von internalisierenden Verhaltensweisen wie z.B. Essattacken äußern. In der vorliegenden Studie jedoch konnte ein solch geschlechterspezifisches impulsives Verhalten nicht gezeigt werden: Frauen und Männer unterschieden sich weder in Bezug auf Aggressivität noch Substanzmissbrauch oder Essattacken in dem erwarteten Ausmaß. Wie bereits in der Voruntersuchung von McCormick et al. (2007) gezeigt,

weisen Männer und Frauen mit BPS auch in dieser Untersuchung ein vergleichbares Ausmaß an Impulsivität auf.

Betrachtet man die Ergebnisse der dimensionalen Persönlichkeitsprofile, so ist festzuhalten, dass Frauen mit BPS höhere Werte in den Persönlichkeitsdimensionen *Neurotizismus / Emotionale Dysregulation* und *Verträglichkeit* aufweisen, Männer hingegen höhere Scores in der Persönlichkeitsdimension *Dissoziales Verhalten* zeigen. Dieses geschlechterspezifische Persönlichkeitsprofil findet sich zwar auch in der Allgemeinbevölkerung, doch gestalten sich die Ergebnisse in dieser Stichprobe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung variationsreicher, was sich etwa darin äußert, dass bei Frauen mit BPS nicht in allen, sondern nur in einigen Facetten von *Neurotizismus* und *Verträglichkeit* höhere Scores als Männer mit BPS auftraten.

Festzuhalten gilt, dass sich die in den Achse-I-Diagnosen nach DSM-IV dargestellte Ähnlichkeit zwischen beiden Geschlechtergruppen auch in deren dimensionalen Persönlichkeitsprofilen niederschlägt: Auch auf der Grundlage dimensionaler Persönlichkeitsbeurteilung sind sich Frauen und Männer mit BPS ähnlicher als Frauen und Männer der Allgemeinbevölkerung.

Desweiteren ist wichtig zu erwähnen, dass sich das dimensionale Persönlichkeitsprofil auf der Basis von DAPP-BQ und NEO-PI-R sehr gut mit den in dieser Studie gezeigten geschlechterspezifischen Unterschieden im Bereich der Achse-I- und Achse-II-Störungen vereinbaren lässt. Studien belegen, dass höhere *Neurotizismus*-Werte mit höheren Prävalenzraten von Panikstörung mit Agoraphobie (Carrera et al., 2006) und einem höheren Risiko für die Entwicklung einer PTBS (Aidman et al., 2006) in Zusammenhang stehen. Höhere Scores in den Persönlichkeitsdimensionen *Dissoziales Verhalten* und *Verträglichkeit* korrelieren mit höheren Prävalenzraten von Störungen des Sozialverhaltens in Kindheit und Jugend und antisozialer Persönlichkeitsstörung (Ruiz et al., 2008). Die Ergebnisse dieser Studie weisen damit auf einen spezifischen Zusammenhang zwischen dimensionalen Persönlichkeitsprofilen von Frauen und Männern mit BPS und der Ausformung bestimmter Achse-I- und Achse-II-Störungen hin.

Bei der Gegenüberstellung borderlinespezifischer Symptombereiche beider Untersuchungsgruppen fällt auf, dass weder auf der Basis von DSM-IV-Kriterien der BPS noch ausgehend von spezifischen Testverfahren zur Erfassung borderlinetypischer Symptombereiche wie *Identitätsunsicherheit* und *Ärger / Wutausbrüche* signifikante Geschlechterunterschiede auftreten. Jedoch konnten entsprechend der Untersuchungshypothese signifikant höhere Scores für Frauen mit BPS in den Symptombereichen *Dissoziation* und *affektive Instabilität* gezeigt werden.

Besonderes Augenmerk sollte dem Befund gelten, dass sich Männer und Frauen mit BPS nicht signifikant in den einzelnen Skalen des STAXI- und FAF-Fragebogens unterscheiden, woraus geschlossen werden kann, dass Männer und Frauen ein vergleichbares Ausmaß an Ärgererleben aufweisen und sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Umgangs mit *Ärger* und *Agressivität* unterscheiden. Dabei stellt sich jedoch die Frage, warum Frauen mit BPS im NEO-PI-R-Fragebogen signifikant höhere *Verträglichkeitswerte* erreichen und warum sich Männer mit BPS in der DAPP-BQ-Skala *Dissoziales Verhalten* signifikant von Frauen mit BPS unterscheiden.

Denkbar ist, dass die höheren Scores von Frauen mit BPS in den Persönlichkeitsdimensionen *Ängstlichkeit*, *Unterwürfigkeit* und *Depressivität* mit dem offenen Ausleben von Ärger konfliktieren und dazu führen, dass Ärger weniger offen, in sozial verträglicherer Form (verbale oder phantasierte Aggressivität anstatt körperlicher Angriffe) oder auf verdecktere Weise (z.B. schlecht über andere reden, ohne dass diese anwesend sind oder Gerüchte verbreiten) ausgetragen wird, so dass dadurch Beziehungen zu anderen Menschen und das Gefühl von Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe weniger gefährdet werden. So werden in dem FAF- und STAXI-Fragebogen zwar unterschiedliche Umgangsweisen mit Ärger differenziert betrachtet, doch werden z.B. beim FAF sowohl phantasierte, verbale oder körperliche Aggressivität durch einen Faktor *spontane Aggression* abgedeckt, beim STAXI fallen verbale Angriffe, Türen schlagen und physische Attacken gleichermaßen in dieselbe Kategorie von Ärger (*Außengerichteter Ärger*). Beide Fragebögen erlauben daher keine Differenzierung zwischen möglichen weiblichen und männlichen Manifestationen von Aggressivität. Weitere Forschung sollte in diese Richtung gehen und überprüfen, inwiefern sich die Aggressivität von Männern und Frauen mit BPS in geschlechtsspezifischen aggressiven Verhaltensmustern äußert.

Abschließend ist festzuhalten, dass die vorliegende Arbeit „Pioniercharakter“ hat, indem sie die erste Studie zur Erforschung von Geschlechterunterschieden bei der BPS darstellt, die zusätzlich zu den komorbiden psychiatrischen Diagnosen nach DSM-IV auch Geschlechterunterschiede in den dimensionalen Persönlichkeitsprofilen von DAPP-BQ und NEO-PI-R sowie spezielle psychopathologische Kernmerkmale der Störung untersucht.

Künftige Forschungsaktivitäten über Geschlechterunterschiede bei der BPS sollten verstärkt die in dieser Studie identifizierten Ähnlichkeiten und Unterschiede in den dimensionalen Traits zwischen Männern und Frauen mit BPS einer weiterführenden Überprüfung auf der Basis dimensionaler Persönlichkeitsmodelle unterziehen.

5.3 Limitationen der Untersuchung

Folgende Limitationen sind bei der vorliegenden Untersuchung zu berücksichtigen:

Das von uns eingesetzte Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; Sheehan et al., 1998) stellt eine Limitation der Studie dar, da in diesem Interview zur Erfassung von Achse-I-Diagnosen nach DSM-IV für die meisten Diagnosen ausschließlich aktuell vorliegende Diagnosen berücksichtigt werden. Dadurch gehen Informationen über Lebenszeit-Prävalenzen der einzelnen Diagnosen verloren und eine Vergleichbarkeit mit vorangegangenen Studien über Geschlechterunterschiede bei der BPS ist nur begrenzt möglich.

Eine weitere Limitation der Studie besteht darin, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um Borderline-Patienten handelt, die im stationären klinischen Setting behandelt werden. Da davon auszugehen ist, dass Borderline-Patienten, die sich in stationäre Behandlung begeben, schwerer erkrankt sind als ambulante Patienten, kann das Ergebnis dieser Studie nicht uneingeschränkt auf Borderline-Patienten in ambulanter Therapie übertragen werden. Die von Zlotnick et al. (2002) veröffentlichte Studie schloss ausschließlich ambulante Borderline-Patienten ein und kam teilweise zu divergenten Ergebnissen im Vergleich zu unserer Studie (v.a. kein Geschlechterunterschied in Bezug auf PTBS, signifikant höhere Prävalenzraten von Substanzstörungen bei Männern mit BPS im Vergleich zu Frauen mit BPS).

Eine weitere Einschränkung der Studie liegt bezüglich der Ergebnisse zu den Substanzstörungen vor, da ein Stichprobenbias nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

Schließlich ist als wichtige Limitation zu erwähnen, dass die in dieser Studie eingeschlossenen Männer mit BPS möglicherweise nicht repräsentativ sind für Männer mit BPS in der Allgemeinbevölkerung. So ist bekannt, dass Männer sich weniger wahrscheinlich als Frauen in psychiatrische Behandlung begeben und weniger Bereitschaft hinsichtlich der Teilnahme an Gruppentherapie-Programmen zeigen (Perlick & Manning, 2007). Während des Untersuchungszeitraumes dieser Studie (2004-2009) befanden sich insgesamt 90 % Frauen und nur 10% Männer mit BPS in unserer stationären Behandlung. Vor dem Hintergrund der in bevölkerungsrepräsentativen Studien (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007) nachgewiesenen gleich hohen Prävalenzraten für beide Geschlechtergruppen wird deutlich, dass nur ein kleiner Teil der Männer mit BPS in Kliniken anzutreffen ist. Um zu überprüfen, ob die in dieser Studie erfassten Merkmale von Männern mit BPS repräsentativ sind für andere Gruppen von Borderline-Männern,

sollten zukünftige Studien über Geschlechterunterschiede von Personen mit BPS auch verstärkt forensische Einrichtungen berücksichtigen.

5.4 Ausblick und praktische Implikationen

Der Befund dieser Untersuchung, dass Männer und Frauen mit BPS mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede aufweisen, stimmt mit Vorbefunden (Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998 a, b; Zlotnick et al., 2002) überein und hat weitreichende praktische Implikationen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass das in empirischen Studien gesammelte Wissen über diagnostische Besonderheiten der BPS in großen Teilen auch für die männliche Gruppe der Borderline-Patienten, die klinische Hilfe sucht, repräsentativ ist.

Offensichtlich „schmälert“ das Vorliegen einer BPS das Ausmaß an Geschlechterunterschieden, die in der Allgemeinbevölkerung gefunden werden können. Worin diese „Angleichung“ der Geschlechter in klinischen Stichproben begründet ist, kann bislang nicht beantwortet werden und sollte im Fokus zukünftiger Forschung stehen.

Besonderes Interesse sollte in nachfolgenden Studien der Fragestellung gelten, ob Männer und Frauen mit BPS unterschiedliche Verläufe hinsichtlich komorbider Achse-I- und Achse-II-Diagnosen nach DSM-IV zeigen und ob sich diese möglicherweise in unterschiedlichen geschlechterspezifischen Remissionsraten bezüglich der BPS niederschlagen.

Bezug nehmend auf die von Zanarini et al. (2004, 2006) identifizierten positiven Remissionsprädiktoren „keine komorbide Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster C“, „ein geringes Ausmaß an Neurotizismus“, „ein hohes Maß an Aggressivität“ sowie das „Nicht-Vorliegen einer komorbiden Substanzstörung“ kommt man auf der Grundlage unserer Studienergebnisse zu dem Schluss, dass bei Männern und Frauen mit BPS ähnliche Remissionsraten zu erwarten sind, denn sie unterscheiden sich nicht signifikant in dem Ausmaß ihrer Aggressivität und zeigen keine Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit komorbider Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen und komorbider Substanzstörungen. Möglicherweise haben Frauen mit BPS sogar schlechtere Remissionsraten, wenn man berücksichtigt, dass sie höhere Neurotizismuswerte aufweisen. Diese Überlegungen bleiben an dieser Stelle spekulativ und bedürfen empirischer Überprüfung.

Eine weitere wichtige Fragestellung im Zusammenhang mit geschlechterspezifischen Remissionsraten ist darin zu sehen, ob die auf der Basis von weiblichen bzw. überwiegend weiblichen Borderline-Patientengruppen empirisch dokumentierten Psychotherapie- und

Pharmakotherapie-Wirksamkeitsbelege auch auf die Gruppe der Männer mit BPS übertragbar sind. Zukünftige Forschung sollte diese Fragestellung einer systematischen empirischen Überprüfung unterziehen.