

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

**Persönlichkeitsfaktoren und Symptombelastung bei
weiblichen und männlichen Patienten mit einer
Borderline-Persönlichkeitsstörung**



Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
– Aus der Medizinischen Fakultät –

vorgelegt von
Johanna Rönfeldt
aus Hamburg

Lübeck 2009

-
1. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Claas-Hinrich Lammers
 2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

Tag der mündlichen Prüfung: 01.03.2010
zum Druck genehmigt. Lübeck, den 01.03.2010

gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach
-Dekan der Medizinischen Fakultät-

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung	8
1.1 Persönlichkeitsstörungen.....	8
1.2 Die Entwicklung des Begriffs der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS).....	11
1.3 Epidemiologie.....	12
1.4 Psychopathologie der BPS.....	13
1.5 Ätiopathogenese.....	18
1.5.1 Biologische Faktoren.....	19
1.5.2 Psychosoziale Faktoren.....	19
1.6 Persönlichkeitsfaktoren und BPS.....	21
1.7 Fragestellung der Arbeit.....	24
2 Methoden	25
2.1 Versuchsteilnehmer.....	25
2.2 Messungen und Messinstrumente.....	26
2.2.1 Erfassung der psychischen Erkrankungen (M.I.N.I. und SKID).....	26
2.2.2 Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R).....	26
2.2.3 Erfassung der Persönlichkeitsdimensionen (NEO-PI-R).....	28
2.3 Statistik.....	31

3 Ergebnisse	32
3.1 Stichprobe	32
3.2 Geschlechtsunterschiede in Achse-I und Achse-II-Störungen	32
3.3 Symptombelastung anhand der Subskalenuntersuchung der SCL-90-R	34
3.4 Psychometrische Daten- Ergebnisse des NEO-PI-R: Normvergleich der klinischen Stichprobe	35
3.4.1 BPS-Männer	35
3.4.2 BPS-Frauen	35
3.5 Geschlechtervergleich der klinischen Stichprobe: BPS-Männer versus BPS-Frauen im NEO-PI-R	38
3.6 Geschlechtervergleich unter Berücksichtigung zusätzlicher Variablen	38
4 Diskussion, Interpretation, Ausblicke	41
4.1 Geschlechtervergleich und SCL-90-R	41
4.2 Ergebnisse der Geschlechtsunterschiede in Achse I und II	43
4.3 Ergebnisse des NEO-PI-R bei der weiblichen Patientengruppe	44
4.4 Ergebnisse des NEO-PI-R bei der männlichen Patientengruppe	48
4.5 Ergebnisse des NEO-PI-R im Vergleich beider Geschlechter	49
4.6 Analyse des Geschlechtervergleichs unter Berücksichtigung der allgemeinen Psychopathologie	54
4.7 Mögliche Konsequenzen aus den Ergebnissen dieser Untersuchung	57
4.8 Kritische Betrachtung des NEO-PI-R zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen	58
4.9 Methodenreflexion und Ausblick	62
5 Zusammenfassung	64
6 Literaturverzeichnis	66

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	78
7.1 Abbildungsverzeichnis.....	78
7.2 Tabellenverzeichnis.....	78
8 Anhang: exemplarische Auszüge aus:.....	79
8.1 SCL-90-R.....	79
8.2 M.I.N.I.....	81
8.3 SKID-II.....	82
8.4 NEO-PI-R.....	84
9 Danksagung.....	84
10 Lebenslauf.....	87

Abkürzungsverzeichnis

A	Verträglichkeit (agreeableness)
AIST	Allgemeiner Interessen-Strukturtest
APA	American Psychiatric Association
BIP	Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung
Bote	Bonner Test
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörungen
C	Gewissenhaftigkeit (consciousness)
DAPP-BQ	Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire
df	Freiheitsgrade
DSM-IV	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (4 th edition)
E	Extraversion
EKG	Elektrokardiogramm
EPQ-R	Eysenck Personality Questionnaire
F	Test der Varianzgröße
FFM	Fünf-Faktoren-Modell
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
Form S	Selbstbeurteilungsbogen
Form F	Fremdbeurteilungsbogen
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar
FRBS	Feelings, Reactions and Beliefs Survey
GT	Gießen- Test
GSI	Global Severity Index, Teil des SCL-90-R
ICD-10	International Classification of Diseases

LMI	Leistungsmotivationsinventar
LPS	Leistungsprüfsystem
M	Median
MBTI	Myers-Briggs Typenindikator
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
MW	Mittelwert
N	Neurotizismus
NEO-PI-R	NEO-Persönlichkeitsinventar-Revidierte Version
O	Offenheit
p	p-Wert
Part. η^2	Effektstärke
PRF	Personality Research Form
PS	Persönlichkeitsstörung
PSDI	Positive Symptom Distress Index, Teil des SCL-90-R
PST	Positive Symptom Total, Teil des SCL-90-R
SCL-90-R	Symptom Checkliste (revidiert)
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
t	t-Test
TCI	Temperament und Charakterinventar
TPF	Trierer Persönlichkeitsfragebogen
WHO	World Health Organisation
χ^2	Chi-Quadrat-Test
5-HT	Serotonin
16 PF-R	16-Persönlichkeits-Faktoren-Test Revidierte Fassung

1 Einleitung

1.1 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind durch verschiedene überdauernde Erlebens- und Verhaltensmuster mit Beginn in der Kindheit und Jugend gekennzeichnet, die es dem Betroffenen nicht erlauben, sein Erleben und Verhalten flexibel und situationsangemessen zu gestalten. Sie zeichnen sich durch relativ starre mentale Reaktionen und Verhaltensformen aus, vor allem in Situationen, die für die jeweilige Person konfliktär sind. Hierbei ist zumeist die persönliche und soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt und der Patient, bzw. seine Umwelt leiden deutlich an den Folgen der Persönlichkeitsstörung. Aus einer früheren begrifflich eher diffusen Beschreibung von abnormen Persönlichkeiten, wie z.B. Psychopathie, haben sich dank der modernen Klassifikationssysteme und der ihnen zugrunde liegenden Forschung spezifische Persönlichkeitsstörungsbilder herausarbeiten lassen, die damit auch der weiteren Forschung und der fortlaufenden Korrektur zugänglich sind (Fiedler, 2007).

Die allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) lauten:

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
1. Kognition (die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
 2. Affektivität (die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
 4. Impulskontrolle

-
- B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
 - C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 - D. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
 - E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
 - F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.

Zu Verständnis und Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung ist die von vielen Experten getragene Auffassung von Bedeutung, dass es sich hierbei um Extremvarianten von normalen Persönlichkeitseigenschaften handelt (Wiggins und Pincus, 1989). So stellt z.B. die narzisstische Persönlichkeitsstörung eine Extremvariante eines selbstbewussten, durchsetzungsfähigen und leistungsbereiten Persönlichkeitsstils dar. Diese Ableitung von Persönlichkeitsstörungen aus normalen Dimensionen der Persönlichkeit kann für die Diagnostik von großer Bedeutung sein, da im Rahmen eines dimensional diagnostischen Ansatzes die Skalen zur Erfassung normaler Persönlichkeitszüge auch zur diagnostischen Erfassung von Persönlichkeitsstörungen eingesetzt werden können (s. u.).

Um die Beschreibung und Interpretation psychischer Störungen weltweit zu vereinheitlichen, gibt es Diagnose- bzw. Klassifikationssysteme. Momentan liegen zwei gängige Klassifikationssysteme für psychische Störungen vor. Die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene International Classification of Diseases (ICD-10) und das Klassifikationssystem der Amerikanischen

Psychiatrischen Vereinigung (APA), das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA).

Abb.1:

ICD-10 und DSM-IV unterscheiden folgende Persönlichkeitsstörungen (PS):

ICD-10:	DSM-IV:
• Paranoide PS	• Paranoide PS
• Schizoide PS	• Schizoide PS • Schizotype PS
• Dissoziale PS	• Antisoziale PS
• Emotional instabile PS ◦ Impulsiver Typ ◦ Borderline Typ	• Borderline PS
• Histrionische PS	• Histrionische PS
• Zwanghafte PS	• Zwanghafte PS
• Ängstliche (vermeidende) PS	• Selbstunsichere PS • Ängstlich-vermeidende PS
• Abhängige (asthenische) PS	• Dependente PS
• Sonstige spezifische PS ◦ Exzentrisch ◦ Haltlos ◦ Narzisstisch ◦ Passiv-aggressiv ◦ Psychoneurotisch ◦ Unreif	• Narzisstische PS

Für jede einzelne Persönlichkeitsstörung gibt es einen Katalog von möglichen Symptomen. Bei Vorliegen einer bestimmten Anzahl von Symptomen (z.B. mindestens 5 von 9 Symptomen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung) und der Erfüllung weiterer allgemeiner Kriterien, wie z.B. Beginn in der Jugend oder deutliches eigenes oder fremdes Leiden, kann die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben werden. Zur Ätiopathogenese einer Persönlichkeitsstörung wird heutzutage ein multifaktorielles Modell präferiert, das im Abschnitt 1.4. ausführlich dargestellt wird.

1.2 Die Entwicklung des Begriffs der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

In ihren Anfängen sollte die Bezeichnung *Borderline*, erstmals verwendet von dem Analytiker Stern, eine Patientengruppe beschreiben, die sich auf der Grenze zwischen Neurose und Psychose befand, Patienten, die aufgrund ihrer vielfältigen Symptome keiner der Gruppen eindeutig zugeordnet werden konnten, einer „border line group of neuroses“ (Herpertz und Saß, 2000). Diese Bezeichnung wurde in den folgenden Jahren von vielen Autoren benutzt und weiterentwickelt, so dass sich ein sehr vielseitiges und vieldeutiges Verständnis von „Borderline“ entwickelt hat. Ausgehend vom Konzept der pseudoneurotischen Schizophrenie von Hoch und Polatin (1949) wurde in den sechziger Jahren durch Otto Kernberg (1967) und andere Forschern versucht, eine spezifische Erkrankung mit dem Namen „Borderline“ einheitlich zu diagnostizieren - ein schwieriger und lang andauernder Prozess. Die vielen verschiedenen Ansätze zu Borderline-Erkrankungen unter einem Konzept zu vereinen, führte aufgrund der variablen Ausprägung jedoch notgedrungen zu einem sehr komplexen Bild der BPS.

Erst 1980 fand die BPS dann als Störungsbild Eingang in das internationale Klassifikationssystem psychiatrischer Erkrankungen (DSM-III, APA, 1980) und erscheint in der darauf folgenden korrigierten Fassung, dem DSM-III-R und auch dem DSM-IV, als eine der Persönlichkeitsstörungen: Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Jahre 1991 wurde die BPS unter dem Begriff „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ in die 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgenommen. Diese Klassifizierung unterscheidet zwei Erscheinungsformen der BPS: den „impulsiven Typus“ und den „Borderline-Typus“. Der „impulsive Typus“ ist vor allem durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle gekennzeichnet. Häufig kommt es zu Wutausbrüchen oder gewalttätigem Verhalten, das sich gegen Mitmenschen richtet. Beim „Borderline-Typus“ sind neben dem Vorhandensein einiger Kennzeichen emotionaler Instabilität auch Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ gestört, es kommt zu Suizidandrohungen oder selbstschädigenden Handlungen, und es bestehen ein chronisches Gefühl der Leere, eine Neigung zu instabilen Beziehungen sowie übertriebene Bemühungen, nicht verlassen zu werden. Aufgrund unterschiedlicher Grundkonzeptionen der BPS in der ICD-10 und dem DSM-IV bleibt die Klassifikation dieser Störung bis heute uneindeutig (Herpertz und Saß, 2000). In der ICD-10 steht die Impulsivität im Mittelpunkt der diagnostischen Kriterien und Hinweise auf dissoziative oder paranoide Erlebnisweisen fehlen gänzlich. Im DSM-IV dagegen wird die Instabilität von Stimmung, Verhalten und Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt der Diagnose gerückt. Die impulsive Persönlichkeitsstörung findet im DSM-IV keine Berücksichtigung.

1.3 Epidemiologie

Die BPS ist definiert durch eine mindestens seit der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter bestehende durchgreifende Störung mit emotionaler Dysregulation, gestörter Verhaltenskontrolle mit impulsivem, selbstschädigendem Verhalten, instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen sowie dissoziativen oder paranoiden Symptomen. Das Risiko eines Todes durch Suizid wird zwischen

4 und 10% geschätzt (Paris und Zweig-Frank, 2001; Black et al., 2004; Zanarini et al., 2005). Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung wird zwischen 0,5 und 6% angegeben, wobei die meisten Schätzungen sich um 1% gruppieren (Torgersen et al., 2001; Coid et al., 2006; Lenzenweger et al., 2007; Grant et al., 2008). Bei ambulanten Patienten wird die Prävalenz auf ca. 10%, bei stationären Patienten in psychiatrischen Kliniken auf ca. 20% geschätzt. Damit stellt die BPS eine der am häufigsten verbreiteten Störungen in der psychiatrischen Klinik dar (Skodol et al., 2002). Patienten mit einer BPS nehmen die Leistungen des Gesundheitswesens deutlich häufiger in Anspruch als Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und verursachen so sehr hohe Kosten für das Gesundheitswesen (Jerschke et al., 1998).

Bisherige Studien zur Geschlechterverteilung divergieren stark. In einer klinischen Stichprobe traten vorwiegend Frauen mit BPS auf (Zanarini et al., 1998), wohingegen zwei Studien in Bevölkerungsstichproben keine Assoziation zwischen BPS und Geschlecht nachweisen konnten (Zimmerman und Coryell, 1990; Torgersen et al., 2001). Andere Studien belegen ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (Barnow et al., 2005; Grant et al., 2008). Diese konträren Angaben zum Geschlechterverhältnis zwischen Männern und Frauen mit BPS, speziell in klinischen Settings, mögen zum Teil darin begründet sein, dass männliche Borderline-Patienten überwiegend in forensischen Einrichtungen zu finden sind, da bei ihnen strafrechtliche Delikte aufgrund der höheren Impulsivität häufiger vorkommen (Dudeck et al., 2006). Auch wenn man aufgrund der neuesten Studien die Auffassung vertreten kann, dass es in der Prävalenz der BPS keinen Geschlechterunterschied gibt, so lässt sich nicht der Schluss ziehen, dass die Phänomenologie der Erkrankung und die komorbiden psychischen Störungen bei den beiden Geschlechtern auch identisch sind.

1.4 Psychopathologie der BPS

Nach dem DSM-IV weisen Patienten mit einer BPS eine grundlegende Störung in den Bereichen der Affektkontrolle, der Impulsivität, dem Selbstbild und den

zwischenmenschlichen Beziehungen auf, deren Beginn bereits im Jugendalter liegt und sich auf verschiedene Lebensbereiche erstreckt. Um die Störung anhand dieses Manuals diagnostizieren zu können, müssen fünf der folgenden neun Kriterien vorliegen:

Abb. 2: Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung
(modifiziert nach DSM-IV)

	Diagnosekriterien nach DSM-IV
1	Verzweifelter Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
2	Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3	Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4	Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essstörungen“). (Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
5	Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6	Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, 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. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9	Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellung oder schwere dissoziative Symptome

Die BPS ist gekennzeichnet durch schwere psychosoziale Beeinträchtigungen und eine hohe Mortalitätsrate insbesondere durch Suizide, die mit 10% fast 50-fach höher ist als in der Allgemeinbevölkerung (Skodol et al., 2002).

Die Arbeitsgruppe um Lieb et al. (2004) fasst die neun Kriterien in vier Funktionseinheiten zusammen: 1. affektive Kriterien, 2. kognitive Kriterien, 3. Verhaltensmuster, speziell Impulsivität, und 4. Selbst- und Fremdbild. Die Einteilung nach diesem Muster ermöglicht es, Patienten verschiedener, häufig nicht problemlos zu differenzierender PS voneinander abzugrenzen, und stellt damit eine relevante Erweiterung der Diagnosemöglichkeiten von PS dar (Zanarini et al., 1990).

Ad 1: Affektstörungen umfassen einen großen Symptomkomplex, in den unkontrollierter Ärger, ein andauerndes Gefühl von Leere und Affektschwankungen fallen. Patienten mit BPS zeigen stark schwankende Affektzustände mit erheblicher Affektinstabilität, Affektregulationsstörungen und Impulskontrollstörungen. Selbstwertregulationsstörungen, Störungen der Selbstwahrnehmung und Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen kommen hinzu.

Die große Bandbreite der starken dysphorischen Affekte wird häufig als aversive Anspannung empfunden. Zu diesen Affekten zählen Wut, Scham, Panik, Schrecken und ein chronisches Gefühl von Leere. Ein weiterer Aspekt der Affektbeeinträchtigung ist die starke Stimmungsreagibilität (Koenigsberg et al., 2002): Die Patienten wechseln häufig von einem Stimmungsbild zum nächsten. Das geschieht sehr schnell und die Übergänge sind fließend, mit mehreren dysphorischen und euphorischen Zuständen im Laufe eines Tages.

Ad 2: Der zweite große Symptomkomplex umfasst die gestörte Eigenwahrnehmung. BPS-Patienten zeichnen sich durch eine unzutreffende Selbstwahrnehmung aus, verbunden mit einem ausgeprägt instabilen Selbstbild. Wahnvorstellungen und Dissoziationen können bei extremer innerer Anspannung auftreten und stellen auch einen Teil des Symptomkomplex „gestörte Wahrnehmung“ dar. Dissoziative Reaktionen treten in Angst auslösenden

Situationen auf und sind ein Versuch, diesen Situationen zu entgehen. Sie dienen dem Abschirmen von der Umwelt, im Sinne eines selbständig erzeugten Trance-Zustands.

Die gestörte Wahrnehmung kann man in drei Erscheinungsformen einteilen (Zanarini et al., 1990):

1. Beunruhigende Vorstellung, wie die übermäßige Gewissheit, schlecht zu sein. Phasen von Dissoziation im Sinne von Depersonalisation und Derealisation. Erhebliches Misstrauen, jedoch ohne Wahnvorstellungen. Alle diese Symptome haben keine psychotischen Anteile.
2. Psychose-nahe oder psychose-ähnliche Symptome wie vorübergehende, umschriebene und realitätsbezogene Wahnvorstellungen und Halluzinationen
3. Echte Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Diese Kategorie kommt am häufigsten im Kontext einer psychotischen Episode auf dem Boden einer Depression vor (Pope et al., 1985). Dieses Diagnosekriterium ist das neueste der BPS und erst mit Einführung des DSM-IV hinzugekommen. Die dissoziativen Symptome und paranoiden Gedanken treten bei ungefähr 75% der BPS-Patienten auf und haben über eine besonders hohe Spezifität auch die Eigenschaft, andere bei BPS differentialdiagnostisch mögliche Erkrankungen auszuschließen, da diese Symptome selten in anderen Diagnosegruppen auftreten (Korzekwa et al., 2009).

Ad 3: Der dritte große Symptomkomplex umfasst den Bereich der Impulsivität. Viele Patienten agieren willentlich selbstzerstörerisch mit selbstverletzendem Verhalten, Suiziddrohungen oder gar Suizidversuchen. Andere zeigen Impulsivität generellerer Natur wie Substanzabusus, Essstörungen, Kaufrausch, verbale Zornausbrüche oder rücksichtsloses Verhalten im Straßenverkehr. Personen mit BPS gehören neben Depressiven, Schizophrenen und Abhängigkeitserkrankten zu den Hochrisikogruppen für Suizidalität. Dies gilt insbesondere, wenn zusätzlich andere Erkrankungen, wie depressive Störungen und/oder Alkoholabhängigkeit auftreten (Barnow et al., 2005).

Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem suizidalen Verhalten der BPS-Patienten und ihrem impulsiven Handlungsmuster, höherem Alter,

depressivem Zustand und einer antisozialen Persönlichkeit nachgewiesen werden (Soloff et al., 1994). Die Studie von Soloff und seiner Arbeitsgruppe (2004) zeigte eine lebenslange Geschichte von Suizidversuchen bei ungefähr 72% der Probanden, von denen ein Viertel mindestens vier Suizidversuche hinter sich hatte. Bei fast zwei Dritteln wurden die Versuche als sehr ernsthaft eingeschätzt. Andere Studien stützen diese Ergebnisse (Clarkin et al., 1983), und einige sprechen sogar davon, dass speziell Borderline-Patientinnen mindestens einmal im Laufe ihres Lebens suizidale Absichten bzw. Handlungen aufweisen (Barnow et al., 2005). Das Gefühl der inneren Anspannung abzubauen gelingt den Patienten häufig nur, indem sie selbstverletzende Handlungen durchführen.

Ad 4: Der vierte Bereich ist durch unterschiedliche Symptomatik geprägt: Zum einen besteht eine tief greifende Angst und Hingabe, die sich in verzweifelten Versuchen äußert, nicht verlassen zu werden. Die Patienten rufen beispielsweise pausenlos auf dem Telefon ihrer Bezugspersonen an oder klammern sich quasi physisch an ihren Partner.

Zudem besteht eine Neigung zu besonders engen, turbulenten Beziehungen, die durch häufige Streits mit wiederholten Trennungen gekennzeichnet sind. Hohe Emotionalität, Unberechenbarkeit oder schwer einschätzbare Reaktionen, die den Partner erschrecken oder verärgern können, sind häufige Verhaltensmuster in solchen Beziehungen.

In vielen Fällen haben die Patienten als Kind mit den Eltern wiederholt die Erfahrung gemacht, dass Beziehungen nicht tragfähig sind. Obwohl diese Erfahrung quälend ist, wird sie immer wieder angestrebt, weil sie ihnen so vertraut ist. Jedoch löst Verlassen-Werden in Borderline-Patienten weit weniger Ängste aus als dauerhafte Nähe. Denn wenn diese Nähe, diese emotionale Bindung, entstünde, wäre ein Verlassen-Werden für sie nahezu unerträglich. Folglich wird das Entstehen von Nähe im Keim erstickt. Borderline-Personen versuchen daher immer wieder, Situationen herzustellen, in denen sie verlassen werden (Dulz und Schneider, 2004). Für sie ist eine Liebe unter gegenseitiger Akzeptanz nicht möglich.

Eine kurz dauernde Abwesenheit, und auch nur eine befürchtete Abwesenheit des Partners, wird als Zurückweisung erlebt und führt zu Verletztheit, tiefer Verzweiflung und Wut. Aus dieser Angst heraus versuchen die BPS-Patienten mit allen Mitteln den Partner an sich zu binden. Doch sie verfügen nicht über die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen und deren eigene Bedürfnisse zu sehen und zu akzeptieren. So ist ihr Beziehungsleben und -erleben von starker Emotionalität geprägt, die sich in kürzester Zeit in ihrer Qualität vollkommen verändern kann und die Qualitäten wie innere Leere, dysphorische Gereiztheit, Wut oder überschwängliche Euphorie beinhalten kann (Kernberg, 1984). Nicht selten wechseln die Patienten von einem extremen Pol zum anderen. Die Auslenkung und Höhe ihrer Emotionen steht häufig nicht im Verhältnis zum Auslöser und fällt in beide Richtungen extremer aus, als es dem Auslöser angemessen wäre. Sie zeigen eine überschießende Affektantwort, selbst bei unterschiedlichen emotionalen Stimuli (Herpertz et al., 1998), und schwanken zwischen den Polen Idealisierung und Entwertung ihres Gegenübers.

1.5 Ätiopathogenese der BPS

Die Ursachen, die zur Entwicklung einer BPS führen, sind noch lange nicht abschließend beleuchtet. Ein zusammenhängendes ätiologisches Konzept für diese Erkrankung existiert nicht. Das derzeit favorisierte Modell der Entstehung der BPS ist das Biopsychosoziale Modell nach Marsha Linehan (1996). Das Biopsychosoziale Modell setzt sich zusammen aus Annahmen zur Entwicklung einer gestörten Persönlichkeit, die auf biologischen Faktoren wie erblichen Voraussetzungen, auf zwischenmenschlichen Erfahrungen, die in früher Kindheit die neuropsychologische Entwicklung beeinflussen, und auf Umgebungsfaktoren fußen.

1.5.1 Biologische Faktoren

Linehan und Koerner (1993) nehmen an, dass die Basis einer BPS eine vererbte biologische Prädisposition für emotionale Dysregulation sei. Diese Dysregulation beinhalte eine gesteigerte Sensibilität gegenüber emotionalen Stimuli, heftige Reaktionen auf solche Stimuli und ein nur langsames, verzögertes Erreichen eines emotional ruhigeren Levels. Zudem bedeutet diese Dysregulation die mangelnde Fähigkeit, unangemessen starke affektive Reaktionen, sowohl negative wie auch positive, zu unterdrücken und zu steuern. Sie sind weder in der Lage, sich in Situationen, in denen starke Affekte heftige physiologische Reaktionen nach sich ziehen, selbst zu trösten, noch ihre Aufmerksamkeit dann anderen Dingen zuzuwenden (Linehan und Koerner, 1993). Diese Verhaltensmechanismen beruhen auf Erfahrungen von Missachtung, nicht-vorhersehbar wechselnden Beziehungsstilen oder emotionalen, körperlichen oder sexuellen Missbrauchserfahrungen.

Zu den biologischen Faktoren gehört zum einen die genetische Komponente, d.h. die Vererbung von Persönlichkeitsfaktoren, die die Entwicklung der BPS begünstigen. In neueren Studien, insbesondere Zwillingsstudien, wird die genetisch bedingte Varianz, die in Bezug auf die Persönlichkeit erhoben wurde, auf 50%- 70% geschätzt (Livesley et al., 1998; Borkenau et al., 2001; Angleitner, 2002). Die vererbliche Komponente von Persönlichkeitsstörung liegt ungefähr zwischen 35%- 56% (Livesley et al., 1993; Jang et al., 1996). Studien zur Genetik der BPS weisen auf eine Beteiligung des genetischen Einflusses auf die Varianz der BPS-Ausprägung von 35- 45% hin (Torgersen et al., 2000 und 2008).

Zum anderen können auch Traumatisierungen in der Lerngeschichte zu einer pathologischen Veränderung von zentralnervösen biologischen Prozessen führen, was im folgenden Abschnitt dargestellt wird.

1.5.2 Psychosoziale Faktoren

Einer BPS gehen häufig traumatische Erlebnisse voraus (Herman et al., 1989). Meistens handelt es sich hierbei um sexuelle oder körperliche Missbrauchserfahrungen. Die Patienten berichten von widrigen Vorfällen während der Kindheit, wie anhaltende Missbrauchserfahrungen oder Vernachlässigung

(Zanarini et al., 1989; Zanarini et al., 1997). Studien belegen einheitlich eine Verknüpfung zwischen Missbrauch, speziell sexuellem Kindesmissbrauch, und BPS. Sexueller Missbrauch in der Kindheit wird von 40%-71% der stationären Borderline-Patienten angegeben (Herman et al., 1989; Zanarini et al., 1989; Zanarini et al., 1997). In einer Stichprobe berichteten 81% der Borderline-Patienten von Missbrauch in ihrer Kindheit, von denen 71% körperlich und 67% sexuell misshandelt worden sind (Herman et al., 1989). Kinder mit Missbrauchserfahrungen haben ein vierfach höheres Risiko, eine BPS zu entwickeln, verglichen mit Kindern ohne diese Erfahrung. Es ist unbestritten, dass Traumatisierungen einen Risikofaktor dafür darstellen können, eine BPS zu entwickeln (Johnson et al., 1999).

Wichtig ist hierbei zu beachten, dass auch frühkindliche Traumatisierungen langfristige biologische Folgen für die Betroffenen haben können, insbesondere was die Regulation der Stressachse angeht (Seckl und Meaney et al., 2004).

Die Veränderung der Stressachse mit Hochregulierung des allgemeinen Stressniveaus wird zu einem *Circulus vitiosus*, komplettiert durch maladaptive Kompensationsmechanismen, die dazu dienen, hiermit einhergehenden Stress und Anspannung zu reduzieren. Klassische und operante Konditionierungsprozesse bewirken diese maladaptiven Kompensationsmechanismen, die kurzzeitige Entlastung schaffen, wie Substanzmissbrauch oder selbstverletzendes Verhalten, aber ein sich selbst aufrechterhaltendes Krankheitsverhalten darstellen.

Die geschilderten Mechanismen führen zur Eskalation – im Falle der Selbstverletzung zu immer wiederkehrenden Verhaltensweisen, zur immer wiederkehrenden Selbstverletzung, im Falle von Substanzmissbrauch möglicherweise bis zu einer Substanzabhängigkeit. Im Sinne eines *Perpetuum mobile* begünstigt die Erfahrung der Spannungsreduktion durch dysfunktionale Verhaltensweisen einen Kreislauf von chronischem Stress und erlernten maladaptiven Kompensationsmechanismen (Herman, 1992; van den Kolk et al., 1996; Kleindienst et al., 2008).

1.6 Persönlichkeitsfaktoren und BPS

Zur Klassifikation der Persönlichkeit von Normalpersonen gibt es drei unterschiedliche Arten der Erfassung: (1) die so genannte Persönlichkeitsfaktoren, (2) die sog. Persönlichkeitstypen und (3) die Persönlichkeitsstörungen (als Extremabweichung der normalen Persönlichkeit mit Krankheitsvalenz). Der am weitesten verbreitete Ansatz in der Persönlichkeitspsychologie ist der Versuch, aus variablenorientierter Sicht die Vielfalt alltagspsychologisch repräsentierter Eigenschaften auf möglichst wenige, statistisch unabhängige Dimensionen zu reduzieren (Asendorpf, 2007). Mittels eines sog. lexikalischen Ansatzes wurden durch Faktorenanalysen fünf unabhängige Persönlichkeitsdimensionen gefunden, aus denen sich ein wesentlicher Teil der alltagspsychologisch repräsentierten Eigenschaften reproduzieren lassen. Dieses so genannte Fünf-Faktoren-Modell (FFM) beschreibt die Faktoren:

1. Neurotizismus	Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, soziale Befangenheit, Impulsivität, Verletzlichkeit
2. Extraversion	Herzlichkeit, Geselligkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Aktivität, Erlebnishunger, Frohsinn
3. Offenheit für Erfahrungen	Offenheit für Phantasie, Ästhetik, Gefühle, Handlungen, Ideen, Normen und Wertesystem
4. Gewissenhaftigkeit	Kompetenz, Ordnungsliebe, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin, Besonnenheit
5. Verträglichkeit	Vertrauen, Freimütigkeit, Altruismus, Entgegenkommen, Bescheidenheit, Gutherzigkeit

Mittels eines Persönlichkeitsinventars, des NEO-PI-Rs (NEO-Persönlichkeitsinventar-Revidierte Version), können diese fünf Faktoren über einen Fragebogen erfasst und hinsichtlich ihrer Ausprägung ausgewertet werden (Costa und McCrae, 1992).

Während das Fünf-Faktoren-Modell zunächst zur Charakterisierung der Persönlichkeit von Normalpersonen verwendet wurde, ergab sich bald die Frage, ob dieses Modell auch für die genauere Beschreibung von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung tauglich wäre. Bei dieser Art der Konzeptualisierung spricht man von einem dimensionalen Ansatz der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik. Diese Frage wurde in den letzten Jahren umso dringlicher, weil immer stärker Unzulänglichkeiten des kategorialen Ansatzes der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen hervortraten. Zur Kritik am kategorialen diagnostischen Ansatz gehören u. a.:

- Die willkürliche Festlegung einer Grenze zwischen gesund und krank
- Die fehlende Stabilität insbesondere der kategorialen Diagnose BPS über einen längeren Zeitraum (Zanarini et al., 2005)
- Die fehlende dimensionale Erfassung von problematischen Persönlichkeitszügen, die oftmals der Nährboden für andere psychische Erkrankungen ist.
- Die kategoriale Diagnostik suggeriert einen einheitlichen Typus einer Persönlichkeitsstörung, die aber auf Grund der vielfältigen Möglichkeit der Kombination der diagnostischen Kriterien (polyvalente Diagnostik) nicht gegeben ist.

Aus diesen Überlegungen heraus wird die dimensionale Erfassung von krankhaften Persönlichkeitseigenschaften mehr und mehr favorisiert (Ball, 2001). In dem dimensional Modell geht man von einem fließenden und nicht festgelegten Übergang von einer normalen hin zu einer pathologischen Persönlichkeit aus, die sich eher an Persönlichkeitsmerkmalen und nicht an einer bestimmten Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline) orientiert (Verheul, 2005). Diese Persönlichkeitsmerkmale können durch die fünf Faktoren des Fünf-Faktoren-Modells (FFM) beschrieben werden. Der NEO-PI-R erfasst diese Persönlichkeitsmerkmale und ihre jeweilige Ausprägung (Widiger und Mullins-Sweatt, 2008). Relative hohe oder relative niedrige Ausprägung einer Persönlichkeitsdimension werden in einer bestimmten Kombination einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zugeordnet.

Ein hierauf aufbauendes diagnostisches Instrument zur dimensionalen Erfassung von pathologischen Persönlichkeiten ist das Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire (DAPP-BQ) (Pukrop et al., 2001). Dieses Modell hat seine Faktoren nicht anhand von normalen Persönlichkeitsmerkmalen erarbeitet, sondern anhand von pathologischen Merkmalen persönlichkeitsgestörter Patienten. Den führenden Forschern auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen zufolge können sämtliche kategorialen DSM-IV-Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen zusätzlich durch ein dimensionales diagnostisches System miterfasst werden, dem sog. Hybrid-Modell (Livesly, 2001; Verheul, 2005). Während aber die BPS bis dato noch nach dem DSM-IV alleinig kategorial diagnostiziert wird, gibt es mittlerweile eine Reihe von Studien, die sich mit der Erfassung dieser Persönlichkeitsstörung mittels der fünf Persönlichkeitsfaktoren beschäftigt. Mehrere Studien, die sich mit den Persönlichkeitsfaktoren bei weiblichen Patientinnen mit BPS beschäftigten, fanden übereinstimmend hohe Werte für Neurotizismus und niedrige Werte für Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Willberg et al., 1999; Morey et al., 2002; Pukrop et al., 2002; Brieger et al., 2000; Trull et al., 2003; Huprich et al., 2003).

1.7 Fragestellung der Arbeit

Die meisten Studien zur BPS wurden an weiblichen Patienten durchgeführt, die Charakteristika der männlichen BPS sind erst wenig erforscht. Auch wenn es hinsichtlich der Prävalenz der Erkrankung bei den beiden Geschlechtern keinen Unterschied zu geben scheint, so besteht doch die Frage nach der Phänomenologie bzw. krankhaften Persönlichkeitseigenschaften der BPS bei Frauen im Vergleich zu Männern mit einer BPS. In dieser Studie haben wir den diesbezüglichen Teilaspekt der Persönlichkeitsfaktoren nach dem Modell des NEO-PI-R bei Männern und Frauen mit einer BPS untersucht. Hiervon erhofften wir uns Aufschlüsse über bestimmte geschlechtsspezifische Eigenschaften von weiblichen und männlichen BPS-Patienten, die durch die kategoriale Diagnostik und deren Symptome nicht erfasst werden können. Um noch weitere geschlechtsspezifische Informationen über die BPS zu erhalten, haben wir auch die allgemeinen Krankheitssymptome mit der Symptomcheckliste SCL-90-R erfasst, um hierdurch Informationen über die differentielle Symptombelastung zu erhalten, die sich gegebenenfalls im Zusammenhang mit den unterschiedlichen pathologischen Persönlichkeitseigenschaften ergeben können. Neben dem Vergleich der Geschlechter führen wir auch einen Vergleich mit einer klinischen Norm-Stichprobe durch.

Um einen Vergleich bzw. eine Einordnung der Persönlichkeitsfaktoren mit den kategorialen Diagnosen zu ermöglichen, haben wir diesbezüglich relevante Ergebnisse einer kategorialen Diagnostik berücksichtigt.

2 Methoden

2.1 Versuchsteilnehmer

Als Versuchsteilnehmer rekrutierten wir 49 weibliche und 36 männliche Personen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (DSM-IV 301.83; ICD-10 F60.31) an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité in Berlin und der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll in Hamburg. Alle Versuchsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden vor Inkludierung in die Studie im Rahmen der stationären Aufnahmeroutine zum Ausschluss medizinischer Grunderkrankungen von einem Arzt eingehend untersucht. Hierzu erfolgten eine neurologisch-internistische und eine psychiatrische Anamnese, eine körperlich neurologisch-internistische Untersuchung und eine umfassende Labordiagnostik. Des Weiteren gehörten zur routinemäßigen medizinischen Diagnostik eine kernspintomographische Untersuchung des Kopfes und die Ableitung eines Elektrokardiogramms (EKG).

Die Teilnahme an der Untersuchung beruhte auf Freiwilligkeit. Sofern keine Ausschlusskriterien vorlagen, die Patientinnen und Patienten mündlich und schriftlich über den Studienverlauf aufgeklärt worden waren und eine schriftliche Einverständniserklärung abgegeben hatten, konnten die Patientinnen und Patienten in das Projekt aufgenommen werden.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren das Vorliegen einer chronischen Schizophrenie, einer aktuellen depressiven oder manischen Episode. Bei Substanzabusus oder Abhängigkeitserkrankungen musste eine mindestens zweiwöchige Abstinenz vorliegen.

Von den Personen, die in die Studie eingeschlossen wurden, gelangten alle Fragebögen zur Auswertung der Achse-I und -II-Störungen und des SCL-90-R (N= 49 und 36). Der NEO-PI-R basiert auf der Grundlage der Angaben von 35 weiblichen und 31 männlichen Patienten. In der abschließenden Betrachtung der

Daten unter Berücksichtigung des SCL-90-R, des NEO-PI-R und der Anzahl der Diagnosen auf der Achse-I und –II, konnten 29 weibliche und 26 männliche betrachtet werden, da lediglich von diesen Probanden alle Fragebögen vollständig vorlagen.

2.2 Messungen und Messinstrumente

2.2.1 Erfassung der psychischen Erkrankungen (M.I.N.I. und SKID)

Es wurden halbstandardisierte Interviews von einer in der Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen erfahrenen psychologischen Therapeutin durchgeführt, die den Patientinnen und Patienten aus Einzeltherapiesitzungen nicht bekannt war. Die komorbiden Störungen auf der Achse-I wurden durch den M.I.N.I. erfasst (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheenan et al., 1998; deutsche Version nach Ackenheil et al., 1999), sie umfassen psychische Störungen, die einen gravierenden Einfluss auf das Leben der betroffenen Personen haben und unter Umständen zu einer starken Behinderung im sozialen Leben führen. Im Vergleich dazu sind Achse-II-Störungen länger andauernd, jedoch mit geringerer sozialer Beeinträchtigung. Die komorbiden Störungen auf der Achse-II werden mit Hilfe des SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Fydrich et al., 1997) ermittelt. Die gefundenen Diagnosen wurden im klinischen Interview durch einen erfahrenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie überprüft und bestätigt.

2.2.2 Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die SCL-90-R dient der Ermittlung der allgemeinen Psychopathologie (Derogatis, 1977; Franke, 1995). Sie bietet mittels 90 Items einen Überblick über die psychische Symptombelastung in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte. Zur Feststellung der Auftretenshäufigkeit pro Woche stehen je Symptom 5 Antwortkategorien zur Auswahl, von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Die neun Skalen beschreiben die folgenden Bereiche:

-
- Skala 1: Somatisierung
 - Skala 2: Zwanghaftigkeit
 - Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt
 - Skala 4: Depressivität
 - Skala 5: Ängstlichkeit
 - Skala 6: Aggressivität/Feindseligkeit
 - Skala 7: Phobische Angst
 - Skala 8: Paranoides Denken
 - Skala 9: Psychotizismus

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items:

- Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung
- Der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten
- Der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Für diese Studie wurde nur der GSI als Indikator für die psychische Belastung untersucht.

Die interne Konsistenz (Crombachs α) der Skalen dieses Tests wird mit den Werten zwischen .77 und .90 als gut bewertet (Derogatis et al., 1976). Auch die Retest-Reliabilität für das Intervall von einer Woche, nach der der Test wiederholt wird, liegt mit den Werten zwischen .69 und .92 im guten Bereich. Schon aufgrund eines langen, von Expertenbefragungen und Patientendaten geleiteten Modifikationsprozesses kann den Items eine Augenscheinvalidität zugesprochen werden. Die Interkorrelation der Skalen ergibt mittlere bis hohe Werte zwischen .28 und .79 und lässt erkennen, dass das ganzheitliche Konzept der

Symptombelastung erfasst wird, die neun Unterskalen jedoch hinreichend verschieden sind (Franke, 1995).

2.2.3 Erfassung der Persönlichkeitsdimensionen (NEO-PI-R)

Hierzu wurde das NEO-PI-R nach Costa und McCrae (1992) in der deutschen Version (Ostendorf und Angleitner, 2004) eingesetzt. Das NEO-PI-R umfasst 240 als Aussagen formulierte Items (z.B. Item 126 Form S: „Häufig mag ich die Leute nicht, mit denen ich mich abgeben muss.“). Von diesen sind je acht einer Persönlichkeitsfacette zugeordnet. Aus je sechs Facetten werden die Skalen N, E, O, A, C gebildet, d.h. diese Dimensionen umfassen je 48 Items. Zu den Aussagen ist auf einer fünfstufigen Skala Stellung zu nehmen, vorgegebene Antwortmöglichkeiten sind SA = starke Ablehnung, A = Ablehnung, N = neutral, Z = Zustimmung und SZ = starke Zustimmung. Auf dem Antwortbogen werden zusätzlich vier soziodemographische Variablen erfasst und – zur Kontrolle der Auswertbarkeit – wird danach gefragt, ob alle Fragen ehrlich und zutreffend beantwortet, überhaupt alle Fragen beantwortet wurden und ob alle Antworten an den richtigen Stellen erfolgten.

Mittels Fragebogen werden in diesem Test die folgenden Persönlichkeitsfaktoren erfasst:

Neurotizismus (N): Diese Dimension beschreibt Unterschiede zwischen emotionaler Robustheit auf der einen und emotionaler Empfindsamkeit bzw. Ansprechbarkeit auf der anderen Seite. Zu den Subskalen, die diese Skala bilden, gehören Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, soziale Befangenheit, Impulsivität und Verletzlichkeit.

Extraversion (E): Extravertierte Menschen sind gesellig, freundlich, unternehmungsfreudig und aktiv. Sie mögen Menschen und Menschenansammlungen, lieben Aufregung und Anregung und sind aktiv, gesprächig, dominant, energisch und optimistisch. Introversion wird dabei als Fehlen von Extraversion verstanden. Die Subskalen von Extraversion sind Herzlichkeit, Geselligkeit, Durchsetzung, Aktivität, Erlebnishunger und Frohsinn.

Offenheit für Erfahrungen (O): Die Skala erfasst das Interesse an (und das Ausmaß der Beschäftigung mit) neuen Erfahrungen, Erlebnissen und Eindrücken und wird erfasst durch die Items Fantasie, Ästhetik, Gefühle, Handlungen, Ideen und Werte.

Verträglichkeit (A): Mit dieser Dimension werden Einstellungen und gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen in sozialen Beziehungen umschrieben, wie Vertrauen, Freimütigkeit, Altruismus, Entgegenkommen, Bescheidenheit und Gutherzigkeit. Personen mit hohen Merkmalsausprägungen sind hilfsbereit, entgegenkommend, vertrauensbereit und bemüht, anderen zu helfen.

Gewissenhaftigkeit (C): Diese Dimension bezieht sich auf den aktiven Prozess des Planens, der Organisation und Ausführung von Aufgaben. Personen mit einer hohen Merkmalsausprägung sind demnach zielstrebig und willensstark, leistungs- und pflichtbewusst, genau, pünktlich und zuverlässig. Die Subskalen zu dieser Dimension sind Kompetenz, Ordnungsliebe, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin und Besonnenheit.

Objektivität

Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind durch die Fragebogenform mit vorgegebenen Antworten und die standardisierte Art von Durchführung (Instruktion) und Auszählung (Auswertungs- und Profilbögen) gesichert. Die Interpretationsobjektivität wird durch die Normwerte und die ausführliche inhaltliche Beschreibung der Skalen gestützt.

Reliabilität

Für die Form S (Selbstbeurteilung) beträgt Cronbachs α , N = 11.724 (N = .92, E = .89, O = .89, A = .87 und C = .90).

Validität

Im Test-Manual sind sehr umfassend verschiedenartige Validitätsuntersuchungen für die Formen S (Selbstbeurteilung) und F (Fremdbeurteilung) dargestellt. Für alle Items sind ausführliche Statistiken (MW, SD, Schiefe, Exzess, Trennschärfe) verfügbar. Berichtet werden weiterhin Interkorrelationen der Skalen und Facetten, faktorielle Validität, Übereinstimmung mit der amerikanischen Faktorenstruktur und Kongruenzen der Faktorenstrukturen in verschiedenen (Teil-)Stichproben. Zahlreiche Faktorenanalysen aus verschiedenen Studien werden berichtet, bei denen das NEO-PI-R gemeinsam mit anderen Fragebögen vorgegeben wurde, dazu gehörten u. a. Gießen-Test (GT), Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF), Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung (BIP), Leistungsmotivationsinventar (LMI), Myers-Briggs Typenindikator (MBTI), Feelings, Reactions and Beliefs Survey (FRBS), 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test Revidierte Fassung (16 PF-R), Eysenck Personality Questionnaire – Form R (EPQ-R), Personality Research Form (PRF), Allgemeiner Interessen-Strukturtest (AIST), Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK), Bonner Test (Bote) oder Leistungsprüfsystem (LPS). Die Faktorenstrukturen zeigen recht übereinstimmend, dass sich die Skalen der anderen Verfahren anhand ihrer Ladungen sinnvoll den NEO-PI-R-Dimensionen (Faktoren) zuordnen lassen.

Normierung

Normwerte liegen als t-, Stanine- und Prozentrangwerte für die Gesamtgruppe und die in den Profilbögen spezifizierten Subgruppen vor.

2.3 Statistik

Alle statistischen Analysen wurden mittels SPSS Version 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) durchgeführt. Als nonparametrische Verfahren kamen der Chi²-Test und der Mann-Whitney-U-Test für kategoriale und metrische Daten zum Einsatz. Bei metrischen Daten wurde der t-Test nach Student durchgeführt. Es erfolgte eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA), die als festen Faktor das Geschlecht und als abhängige Variablen den GSI vom SCL-90-R, die Fünf-Faktoren des NEO-PI-R und die Anzahl der aktuellen Diagnosen auf der Achse-I und -II betrachtete (Wilks' Lambda, F, df, p), um darzustellen, ob ein signifikanter Geschlechtsunterschied bei diesen Variablen nachzuweisen ist. Für Normvergleiche wurden Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe des NEO-PI-R-Manuals verwendet, folgend Varianzhomogenitätstests und t-Test durchgeführt und sofern keine Varianzhomogenität vorlag, der t-Test welch-korrigiert. Für signifikante Unterschiede wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha < 0.05$ bei beidseitiger Testung festgesetzt.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Die BPS-Frauen unserer Studie waren im Mittel 27 Jahre alt, die BPS-Männer im Mittel 28 Jahre alt. Es zeigte sich in der Gesamtstichprobe dementsprechend kein signifikanter Altersunterschied (t (df) = 0,670 (83); p = 0,5) zwischen den Geschlechtern (Frauen: M [SD] = 26,86 [5,542]; Männer: M [SD] = 27,67 [5,451]). Das Bildungsniveau von Männern und Frauen, das zwischen keinerlei Abschluss und Abitur lag, unterschied sich ebenfalls nicht signifikant (χ^2 (df) = 4,426 (4); p = 0,351). Ein schlechter sozioökonomischer Status und hohe Arbeitslosigkeit waren insgesamt kennzeichnend für beide Geschlechter: 72% der Männer und 69% der Frauen erhielten Arbeitslosengeld, Sozialhilfe oder Rente.

3.2 Geschlechtsunterschiede in Achse-I und Achse-II-Störungen:

Frauen (M [SD] = 2,24 [0,743]) und Männer (M [SD] = 2,4 [0,744]) unterschieden sich nicht signifikant (t (df) = 0,859 (83); p > 0,5; χ^2 (df) = 1,200 (3); p = 0,753) in der Anzahl ihrer zusätzlichen Achse-I-Diagnosen (Tabelle 1). Bezüglich komorbider Achse-II-Diagnosen fanden sich ebenso keinerlei signifikante Unterschiede (Frauen: M [SD] = 1,57 [0,61]; Männer: M [SD] = 1,50 [0,56]; t (df) = 0,550 (83); p = 0,583). Tabelle 1 zeigt die prozentuale Häufigkeit und die statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf komorbide Achse-I und II-Diagnosen. Nicht-signifikante Unterschiede wurden in der Tabelle nicht aufgeführt.

45% der weiblichen BPS-Gruppe und 31% der BPS Patienten litten unter einer komorbiden Depression (χ^2 (df) = 1,797 (1); p = 0,180). 24% der Frauen und 22% der Männer hatten eine Dysthymia (χ^2 (df) = 2,321(1), p = 0,128). Eine PTBS lag bei 43% der Frauen vor, wogegen lediglich bei 19% der BPS-Männer, was einen signifikanten Geschlechterunterschied ausmacht (χ^2 (df) = 5,150(1) = p = 0,023) (siehe Tabelle 1). 35% der Patientinnen und 6% der Patienten litten unter einer Essstörung (χ^2 (df) = 22,665 (1); p = 0,000). 16% der BPS Patientinnen erfüllten die Kriterien für Polytoxikomanie, ebenso wie 22% der Patienten (χ^2 (df) = 0,472 (1); p = 0,492). 20% der Patientinnen und 47% der Patienten waren

alkoholabhängig (χ^2 (df) = 6,884 (1); p = 0,009). Dreizehn Patientinnen litten unter einer Panikstörung und 8% der Patientinnen unter einer Soziophobie. Aus der männlichen Gruppe der BPS-Patienten litten 14% der Patienten unter einer generalisierten Angststörung. Weiterhin wiesen 14% mit einer BPS ebenso eine Cannabisabhängigkeit auf. Auf Achse-II wiesen 33% BPS-Patientinnen eine selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung auf, was bei 19% BPS-Patienten der Fall war (χ^2 (df) = 1,834(1); p = 0,176). 14% Frauen und 8% Männer hatten eine abhängige Persönlichkeitsstörung. 10% der Frauen und 36% der Männer erfüllten die Kriterien einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (χ^2 (df) = 8,345(1); p = 0,004). 4% Frauen erfüllten die Kriterien einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, wogegen dies 39% Männer taten. Es zeigte sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied im "Global Severity Index" der "Symptom Checklist" SCL-90-R (p = 0,36).

Tabelle 1 : Signifikante komorbide Erkrankungen

Komorbide Diagnosen	Frauen M (SD) N = 49	Männer M (SD) N = 36	p
Achse-I			
PTBS	43% (21)	19% (7)	0,023
Essstörung	35% (17)**	6% (2)	0,000
Alkoholabhängigkeit	20% (10)	47% (17)*	0,009
Achse-II			
Antisoziale PS	4% (2)	39% (14)**	0,000
Narzisstische PS	10% (5)	36% (13)*	0,004

*Die Daten werden als Prozentzahl der Gesamtgruppe dargestellt. Es handelt sich um gegenwärtige DSM-IV-Diagnosen. ** $p < 0.001$; * $p < 0.01$; PS = Persönlichkeitsstörung, PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.*

3.3 Symptombelastung anhand der Subskalenuntersuchung der SCL-90-R

Die Subskalenuntersuchung der SCL-90-R ergab einen statistisch signifikanten Geschlechtsunterschied zwischen den männlichen und den weiblichen Probanden bezüglich der Depressivität ($p = 0,045$), wobei die Frauen sich durch depressive Symptome stärker belastet fühlten (s. Tabelle 2). Eine nicht-signifikante Tendenz bezüglich eines Geschlechtsunterschieds zeigte sich bei dem Faktor Ängstlichkeit ($p = 0,083$). Auch hier wiesen die Frauen die höheren Werte auf.

Tabelle 2: Subskalen der SCL-90-R

SCL-90-R Subskalen	Frauen M (SD)	Männer M (SD)	p
Somatisierung	1,28 (0,84)	1,15 (0,66)	0,469
Zwanghaftigkeit	1,95 (0,69)	1,94 (0,77)	0,979
Unsicherheit im Sozialkontakt	2,24 (0,87)	1,91 (0,91)	0,101
Depressivität	2,39 (0,71)	2,05 (0,83)	0,045*
Ängstlichkeit	1,90 (0,80)	1,60 (0,76)	0,083
Aggressivität/Feindseligkeit	1,63 (0,90)	1,82 (1,03)	0,384
Phobische Angst	1,76 (1,10)	1,42 (0,99)	0,156
Paranoides Denken	1,69 (1,11)	1,79 (0,94)	0,647
Psychotizismus	1,33 (0,71)	1,44 (0,68)	0,458

** $p < 0.05$*

3.4 Psychometrische Daten –

Ergebnisse des NEO-PI-R: Normvergleich der klinischen Stichprobe

Der NEO-PI-R erfasst differenziert Merkmalsbereiche des Fünf-Faktoren-Modells (FFM). Da leider einige Fragebögen wegen fehlender Angaben nicht ausgewertet werden konnten, reduzierte sich die klinische Stichprobe bei Betrachtung des NEO-PI-R auf 35 weibliche und 31 männliche Probanden.

Die Hauptmerkmale der klinischen Stichprobe inklusive ihrer Subskalen wurden für Männer und für Frauen berechnet und mit der im Manual des NEO-PI-R (Tabelle 19) angegebenen Norm-Stichprobe in Beziehung gesetzt.

3.4.1 BPS-Frauen

Bei den BPS-Frauen konnten signifikante Unterschiede zwischen klinischer Stichprobe und Norm-Stichprobe ermittelt werden bei den Persönlichkeitsfaktoren: *Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit*

und den Subskalen: *Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, Soziale Befangenheit, Impulsivität, Verletzlichkeit, Herzlichkeit, Geselligkeit, Durchsetzung, Frohsinn, Fantasie, Gefühle, Handlungen, Werte, Vertrauen, Altruismus, Kompetenz, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin und Besonnenheit.*

Keine signifikante Differenz lag vor zwischen den BPS-Frauen und der Norm-Stichprobe bezüglich der Variablen *Verträglichkeit* (siehe Tabelle 3).

3.4.2 BPS-Männer

Der Vergleich der BPS-Männer mit der Norm-Stichprobe ergab signifikante Unterschiede in allen Variablen des FFM: *Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit*

und bei den Subskalen: *Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, Soziale Befangenheit, Impulsivität, Verletzlichkeit, Herzlichkeit, Geselligkeit, Durchsetzung, Frohsinn, Fantasie, Gefühle, Handlungen, Werte, Vertrauen, Altruismus, Entgegenkommen, Bescheidenheit, Kompetenz, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin und Besonnenheit* (siehe Tabelle 4).

Tabelle 3 : Vergleich BPS-Frauen mit der Norm-Stichprobe

Variablen	Gruppen		Welch-korrigierter t-Test
	Klinische SP M (SD)	Norm-SP M (SD)	p
Neurotizismus	144.94 (16.28)	95.01 (23.26)	<0.0001
Ängstlichkeit	25.78 (4.37)	17.70 (5.63)	<0.0001
Reizbarkeit	22.51 (4.73)	14.94 (4.85)	<0.0001
Depression	27.47 (4.16)	14.47 (6.09)	<0.0001
Soziale Befangenheit	23.89 (5.21)	16.94 (4.87)	<0.0001
Impulsivität	20.34 (4.64)	17.59 (4.55)	0.0013
Verletzlichkeit	24.70 (4.23)	13.38 (4.95)	<0.0001
Extraversion	78.83 (22.45)	111.03 (19.54)	<0.0001
Herzlichkeit	16.21 (5.25)	22.49 (3.82)	<0.0001
Geselligkeit	11.74 (6.25)	18.72 (5.30)	<0.0001
Durchsetzung	10.00 (5.42)	15.02 (5.22)	<0.0001
Aktivität	17.00 (5.30)	18.50 (4.32)	0.1037
Erlebnishunger	15.15 (6.29)	14.53 (4.99)	0.5642
Frohsinn	10.86 (6.55)	21.78 (5.19)	<0.0001
Offenheit	108.79 (17.01)	125.74 (18.63)	<0.0001
Fantasie	18.23 (5.00)	20.79 (5.39)	0.0048
Ästhetik	21.48 (4.69)	23.05 (4.80)	0.0564
Gefühle	20.68 (5.11)	23.85 (4.04)	0.0008
Handlungen	13.78 (4.99)	17.89 (4.35)	<0.0001
Ideen	17.70 (5.97)	19.02 (5.12)	0.2004
Werte	18.70 (3.29)	21.15 (3.57)	0.0001
Verträglichkeit	111.40 (18.18)	114.91 (16.36)	0.2622
Vertrauen	10.81 (5.74)	18.61 (4.59)	<0.0001
Freimütigkeit	18.67 (5.10)	18.22 (4.30)	0.6056
Altruismus	20.40 (3.65)	22.25 (3.75)	0.0051
Entgegenkommen	14.77 (5.81)	16.33 (4.33)	0.1219
Bescheidenheit	24.08 (4.71)	17.80 (4.54)	0.1472
Gutherzigkeit	22.45 (3.85)	21.69 (3.31)	0.2518
Gewissenhaftigkeit	88.85 (20.40)	113.80 (19.75)	<0.0001
Kompetenz	12.58 (4.19)	20.32 (3.69)	<0.0001
Ordnungsliebe	16.63 (5.92)	18.32 (4.79)	0.1009
Pflichtbewusstsein	19.00 (4.97)	21.83 (4.14)	0.0019
Leistungsstreben	16.50 (4.12)	18.81 (4.50)	0.0022
Selbstdisziplin	11.67 (5.28)	18.47 (5.27)	<0.0001
Besonnenheit	12.94 (5.46)	16.05 (4.78)	0.0019

Normstichprobe N = 7505 (Tabelle 19 im NEO-Manual),

Klinische Stichprobe N = 35 Frauen mit BPS

Tabelle 4 : Vergleich der BPS-Männer mit der Norm-Stichprobe

Variablen	Gruppen		Welch-korrigierter t-Test
	Klinische SP M (SD)	Norm-SP M (SD)	p
Neurotizismus	136.66 (16.34)	84.18 (22.48)	<0.0001
Ängstlichkeit	22.61 (4.21)	14.75 (5.32)	<0.0001
Reizbarkeit	22.94 (4.55)	13.76 (4.73)	<0.0001
Depression	26.06 (3.29)	12.87 (5.84)	<0.0001
Soziale Befangenheit	22.35 (4.69)	15.36 (4.78)	<0.0001
Impulsivität	20.43 (3.78)	16.24 (4.42)	<0.0001
Verletzlichkeit	22.26 (3.93)	11.21 (4.64)	<0.0001
Extraversion	82.51 (20.03)	109.56 (20.40)	<0.0001
Herzlichkeit	15.09 (5.31)	20.99 (4.17)	<0.0001
Geselligkeit	11.61 (5.50)	17.48 (5.47)	<0.0001
Durchsetzung	11.45 (3.74)	16.73 (5.24)	<0.0001
Aktivität	15.66 (4.64)	17.92 (4.47)	0.0112
Erlebnishunger	17.65 (4.70)	15.89 (4.89)	0.0465
Frohsinn	11.03 (6.12)	20.55 (5.32)	<0.0001
Offenheit	109.21 (22.10)	120.38 (20.14)	0.0087
Fantasie	19.03 (6.08)	19.66 (5.46)	0.5694
Ästhetik	19.55 (6.08)	20.15 (5.63)	0.5879
Gefühle	19.97 (4.93)	21.81 (4.49)	0.0147
Handlungen	14.97 (4.65)	17.19 (4.57)	0.0190
Ideen	17.61 (5.67)	20.46 (5.22)	0.0091
Werte	18.06 (3.59)	21.10 (3.88)	<0.0001
Verträglichkeit	99.38 (18.83)	108.56 (17.29)	0.0111
Vertrauen	10.81 (5.75)	17.77 (4.62)	<0.0001
Freimütigkeit	16.71 (5.07)	16.74 (4.44)	0.9740
Altruismus	17.84 (4.86)	20.98 (4.06)	0.0012
Entgegenkommen	12.32 (5.02)	16.16 (4.23)	0.0002
Bescheidenheit	21.61 (3.55)	16.61 (4.66)	<0.0001
Gutherzigkeit	20.08 (3.67)	20.30 (3.91)	0.7419
Gewissenhaftigkeit	80.40 (20.69)	114.08 (20.74)	<0.0001
Kompetenz	12.97 (4.29)	20.68 (3.84)	<0.0001
Ordnungsliebe	13.65 (4.67)	18.19 (4.69)	<0.0001
Pflichtbewusstsein	16.23 (4.92)	21.30 (4.31)	<0.0001
Leistungsstreben	15.58 (4.45)	19.06 (4.68)	0.0002
Selbstdisziplin	10.94 (4.97)	18.21 (5.46)	<0.0001
Besonnenheit	11.05 (4.39)	16.64 (4.77)	<0.0001

Normstichprobe N = 4219 (Tabelle 19 im NEO-Manual),

Klinische Stichprobe N = 31

3.5 Geschlechtervergleich der klinischen Stichprobe:

BPS-Männer versus BPS-Frauen im NEO-PI-R

Der Vergleich der fünf Hauptkategorien bezüglich der Geschlechter erbrachte einen Unterschied im Faktor *Verträglichkeit* ($p = 0,019$; $F = 5,832$), die Männer zeigten einen signifikant niedrigeren Wert als die Frauen. Der Faktor *Neurotizismus* stellt sich als Tendenz dar ($p = 0,056$) (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5 : Geschlechtervergleich BPS-Männer versus BPS-Frauen im NEO-PI-R

		M	SD	p	F
Neurotizismus:	männlich	136,6620	16,34066	0,056	3,792
	weiblich	144,6256	16,35821		
Extraversion:	männlich	82,5086	20,02984	0,492	0,477
	weiblich	78,8254	22,44513		
Offenheit:	männlich	109,2059	22,10480	0,933	0,007
	weiblich	108,7920	17,01220		
Verträglichkeit:	männlich	99,3782	18,83175	0,019*	5,832
	weiblich	110,2455	17,16589		
Gewissenhaftigkeit:	männlich	80,4049	20,68702	0,105	2,702
	weiblich	88,8499	20,40093		

M= Mittelwert, *SD*= Standardabweichung, ***= $p < 0,05$

3.6 Geschlechtervergleich unter Berücksichtigung zusätzlicher Variablen

Wie im vorangehenden Kapitel dargestellt, zeigten sich intergeschlechtliche Unterschiede innerhalb der Borderline-Population. Um folgend abschätzen zu können, wie aussagekräftig die gefundenen Unterschiede unter genauerer Betrachtung sind und ob die beobachteten Geschlechterdifferenzen unabhängig von Störvariablen interpretiert werden können, wurde eine weitere Berechnung

durchgeführt. Diese Berechnung diente der Validitätsprüfung der Daten unter Berücksichtigung weiterer Faktoren: Die fünf Hauptskalen des FFM, der SCL-90-R und die Anzahl der Diagnosen auf Achse-I und –II der weiblichen und männlichen Probanden wurden in der Berechnung berücksichtigt.

Durch Einbeziehung von mehreren Tests (NEO-PI-R, SCL-90-R und Diagnosenanzahl) verringerte sich die Anzahl an Probanden erneut, da diese Berechnung nur mit den Daten der Probanden durchgeführt werden konnte, von denen die erhobenen Fragebögen komplett vorlagen: Daten von 29 weiblichen und 26 männlichen BPS-Patienten wurden ausgewertet.

Tabelle 6 : Geschlechtervergleich unter der Berücksichtigung des NEO-PI-R, dem GSI (SCL-90-R) und der Diagnosenanzahl auf Achse-I und –II

		M	SD	F	p	part. η^2
Wilks' Lambda				0,771	0,076	0,229
Neurotizismus:	männlich	138,1355	16,66197	2,222	0,142	0,040
	weiblich	144,9533	17,17606			
Extraversion:	männlich	80,0679	20,44974	0,029	0,866	0,001
	weiblich	79,0427	23,94117			
Offenheit:	männlich	108,1154	22,37021	0,010	0,920	0,000
	weiblich	107,5733	17,45011			
Verträglichkeit:	männlich	96,8486	19,40275	6,600	0,013	0,111
	weiblich	109,0724	15,85358			
Gewissenhaftigkeit:	männlich	77,4828	21,37375	4,111	0,048	0,072
	weiblich	89,0706	20,97101			
GSI (SCL):	männlich	1,8420	0,65733	0,088	0,768	0,002
	weiblich	1,8972	0,71659			
Diagnosenanzahl:	männlich	3,1538	2,18527	0,676	0,414	0,013
	weiblich	3,6552	2,31880			

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, F= Test der Varianzgröße, part. η^2 = Effektstärke

Der durchgeführte Test zur Ermittlung eines Gruppenunterschieds zeigte keine Signifikanz bezüglich eines Geschlechtsunterschieds (Wilks' Lambda: $p = 0,076$) (siehe Tabelle 6).

Das bedeutet, dass der gefundene Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht ausschließlich auf dem Vergleich von BPS-Männern mit BPS-Frauen beruht, sondern dass andere Faktoren dabei eine zusätzliche Rolle spielen.

Diese Faktoren, die einen Einfluss auf die vorliegenden Daten haben und einen möglichen Grund dafür darstellen, dass zwar ein Unterschied aufgezeigt werden kann, dieser auch für sich signifikant, aber unter Berücksichtigung weiterer Faktoren nicht valide ist, wird im folgenden Diskussionsteil zu besprechen sein.

Da der Wert zur Überprüfung des Geschlechtsunterschieds jedoch nur gering die Signifikanzgrenze überschreitet (Wilks' Lambda: $p = 0,076$), lassen sich die Daten als Tendenz interpretieren: es zeichnet sich ein Unterschied in den Faktoren Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit ab (s. Tabelle 6). Eine Tendenz kann jedoch lediglich eine Richtung andeuten, dementsprechend ist ihre Aussagekraft eingeschränkt und kann entweder als Ausblick dienen oder sollte im Diskussionsteil nur unter Berücksichtigung dieser eingeschränkten Aussagekraft herangezogen werden.

4 Diskussion

Die Frage nach Geschlechtsunterschieden bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung wird in den letzten Jahren immer häufiger gestellt und wissenschaftlich bearbeitet (Grilo, 2002). Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich anhand verschiedener Parameter wie u. a. Symptomatologie, Verlauf, Behandlungsresponse und komorbider Erkrankungen studieren und haben einen potentiell großen Einfluss auf Therapie und Krankheitsverlauf. In dieser Studie beschäftigen wir uns mit der Frage, ob sich weibliche und männliche Borderline-Patienten hinsichtlich ihrer allgemeinen Krankheitssymptome und den dimensionalen Persönlichkeitsfaktoren nach dem Modell des NEO-PI-R unterscheiden. Hierzu untersuchten wir weibliche und männliche Patienten mit einer BPS mittels eines Fragebogens zur Symptombelastung (SCL-90-R) und eines Fragebogens zur Erfassung von Persönlichkeitsfaktoren (NEO-PI-R).

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der Untersuchung vor dem Hintergrund der aktuellen Studienlage interpretiert und diskutiert werden. Es werden zunächst die Ergebnisse der Symptombelastung zwischen der Gruppe der Frauen und der Männer verglichen und die erfassten psychiatrischen Komorbiditäten betrachtet. Daraufhin werden die Ergebnisse des NEO-PI-R für Frauen und für Männer getrennt und dann im direkten Geschlechtervergleich diskutiert. Im Anschluss sollen eine kritische Reflexion der angewandten Methode und ein Ausblick auf ergänzende und fortführende Fragestellungen bezüglich der in dieser Arbeit dargestellten Befunde vorgenommen werden.

4.1 Geschlechtervergleich und SCL-90-R

In dieser Studie haben wir die Symptombelastung der Patienten mit der SCL-90-R erfasst, um Symptome und den Schweregrad der Erkrankung bei beiden Geschlechtern vergleichen zu können. Bei den Frauen lag der Global Severity

Index bei 1,83 versus 1,70 bei den Männern, wobei kein statistisch signifikanter Unterschied gezeigt werden konnte ($p = 0,369$). Diese Werte für BPS-Patienten auf der SCL-90-R-Skala befinden sich in Übereinstimmung mit den Werten aus der Studie von Bohus et al. (2000) und Dams et al. (2007) für weibliche BPS-Patienten. Somit konnten wir durch diese Messung ausschließen, dass sich durch eine wie auch immer geartete Selektion zumindest bei der Aufnahme der weiblichen Patienten ein Selektionbias ergeben hat.

Die SCL-90-R ist eine Beurteilung von Symptomausprägungen, erlaubt also keine Aussage über zugrunde liegende Persönlichkeitseigenschaften. Sie bietet jedoch die Möglichkeit, bestimmte Belastungs- oder Persönlichkeitsmerkmale herauszuarbeiten. In der spezifischen Untersuchung der 9 Subskalen dieser Checkliste SCL-90-R, die verschiedene Symptomkomplexe wiedergeben, zeigte sich ein Geschlechtsunterschied bei der *Depressivität* und eine nicht-signifikante Tendenz auf der Skala *Ängstlichkeit*. Die weiblichen Patienten waren demnach depressiver und hatten eine Tendenz zur stärkeren Ängstlichkeit verglichen mit den männlichen Patienten. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit einer Vielzahl von Studien, die bei weiblichen Patienten im Vergleich zu männlichen und bei weiblichen Normalpersonen im Vergleich zu männlichen Normalpersonen eine erhöhte Depressivität und Angst nachweisen konnten (u. a. Leach et al., 2008). Diese Werte decken sich mit unseren gefundenen Werten des NEO-PI-R zu *Neurotizismus* bei weiblichen BPS-Patienten, worunter auch die Kriterien Ängstlichkeit und Depression fallen.

Somit lässt sich anhand der SCL-90-R keine über die erhöhte Depressivität bei den weiblichen Patienten hinausgehende unterschiedliche Symptomkonstellation zwischen männlichen und weiblichen BPS-Patienten erkennen, die in die konzeptionellen Überlegungen zur etwaigen differentiellen Psychotherapie von weiblichen und männlichen BPS-Patienten Eingang finden müsste.

4.2 Ergebnisse der Geschlechtsunterschiede in Achse-I und -II

Um unsere Ergebnisse der dimensionalen Persönlichkeitserfassung vor dem Hintergrund der gängigen kategorialen Diagnostik diskutieren zu können, seien die entsprechenden Ergebnisse zuerst dargestellt. Die Komorbiditäten ähneln sich bei Männern und Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Männer zeigten signifikant gehäuft zusätzliche Achse-II-Störungen, die Frauen hingegen mehr Achse-I-Störungen. Speziell zu erwähnen ist das häufigere Auftreten von Essstörungen und PTBS bei Frauen versus komorbider Antisozialer und Narzisstischer PS und Alkoholabhängigkeit bei Männern. Unsere Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit anderen Studien. So hat die Studie von Johnson et al. (2003) auch eine höhere Prävalenz für die Komorbidität von BPS-Männern mit Narzisstischer und Antisozialer Persönlichkeitsstörung gezeigt und Zlotnick et al. (2002) berichten von gehäuftem Auftreten von Essstörungen bei BPS-Frauen. Eine neuere Studie von Tadic et al. (2009) kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass weibliche BPS-Patienten eher an einer Essstörung und männliche Patienten an einer Dissozialen PS und Alkoholabhängigkeit leiden.

Diese Ergebnisse stützen die aktuelle Studienlage zu den geschlechtsspezifischen Komorbiditäten insofern, als dass auch in diesen Ergebnissen Frauen eine Tendenz zu Komorbiditäten mit Internalisierungscharakter zeigen, während bei Männern mit BPS vermehrt Externalisierungstendenzen zu beobachten sind. Konkret bedeutet das, dass männliche BPS-Patienten ihre BPS oder sich selbst aggressiver, invasiver, im Sinne von eingreifend, störend und antisozial präsentieren, wohingegen BPS-Frauen ihre Wut und Aggressionen eher gegen sich selbst wenden (siehe auch Bradley et al., 2005). Diese geschlechtsbezogenen Unterschiede ähneln dem, was allgemein über psychiatrische Stationen berichtet wird (Kessler et al., 1994), und es bleibt zu bedenken, dass die gefundenen Unterschiede möglicherweise zu einem größeren Teil die allgemeinspsychiatrische Lage widerspiegeln als ein BPS-Spezifikum an sich.

Aktuelle Studien beschäftigen sich mit der Fragestellung von psychiatrischen Erkrankungen im Spektrum internalisierender und externalisierender Dimensionen (z.B. Krueger und Tackett, 2003; Krueger, 2005). Sie untersuchen, ob der

Unterschied der Geschlechter innerhalb von psychiatrischen Erkrankungen im Allgemeinen oder BPS im Speziellen (James und Taylor, 2003) nicht eher - anstatt in einer unterschiedlichen PS-Entität, wie das DSM-IV postuliert, - in einer unterschiedlichen Entität im Spektrum internalisierender versus externalisierender Krankheiten zu finden ist. So haben u. a. James und Taylor (2003) herausgefunden, dass die BPS sowohl mit der internalisierenden als auch externalisierenden Dimension korreliert. In ihrer Untersuchung zeigte sich eine stärkere Ausprägung der externalisierenden Dimension bei den BPS-Männern, was konsistent sowohl mit vorherigen Untersuchungen als auch den Ergebnissen dieser Untersuchung ist und einer starken Korrelation der internalisierenden Dimension bei BPS-Frauen, so dass bei Frauen mit BPS sogar annähernd von BPS als reiner internalisierender Erkrankung gesprochen werden könne. So wurde die BPS in einer vorherigen Studie sogar einmal als weibliches Äquivalent der antisozialen PS bezeichnet (Paris et al., 1997).

Unter Berücksichtigung dieser Datenlage lässt sich resümieren, dass die BPS ein multidimensionaler Indikator sowohl der externalisierenden als auch etwas stärker der internalisierenden Psychopathologie zu sein scheint.

4.3 Ergebnisse des NEO-PI-R bei der weiblichen Patientengruppe

Bei Betrachtung der Ergebnisse für die BPS-Frauen zeigte sich eine Diskrepanz zwischen den Werten der vorgelegten Untersuchung und publizierten Studien. Bei Pukrop (2002) und Brieger et al. (2000) zeigte die Gruppe der BPS-Patientinnen einen signifikant erhöhten Wert ausschließlich auf der *Neurotizismus*-Skala und erniedrigte Werte auf der Skala für *Verträglichkeit*. In unserer Studie zeigten die BPS-Frauen zwar auf der *Neurotizismus*-Skala in Übereinstimmung mit den genannten Studien einen signifikant erhöhten Wert, jedoch signifikant geringere Werte in den restlichen Skalen des NEO-PI-R - mit Ausnahme des Wertes für *Verträglichkeit*, bei dem kein Unterschied nachgewiesen werden konnte.

Die Kriterien der Persönlichkeitsdimension *Neurotizismus* (*Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, Soziale Befangenheit, Impulsivität, Verletzlichkeit*) weisen alle auf einen negativen Affekt und eine mangelnde Fähigkeit zur Regulation von Emotionen hin, was u. a. zu einem intensiveren Erleben von negativen Emotionen, einer langsameren Rückbildung von negativen Emotionen und einer hohen Anspannung und Reizbarkeit führt (Asendorpf, 2007). Genau diese Dysregulation von Emotionen und die Folge von impulsiven Handlungen sind es, die Linehan (1993) als grundlegend für die BPS beschrieb. Diese Auffassung wird mittlerweile von einer Reihe von empirischen Studien untermauert (Putnam und Silk, 2005).

Bei fast allen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ist der *Neurotizismus*-Wert erhöht (Widiger et al., 1994) und gilt darüber hinaus als Risikofaktor für nahezu alle psychischen Erkrankungen (Kahn et al., 2005). Allerdings ist der Wert für *Neurotizismus* bei den BPS-Patienten wesentlich stärker erhöht als bei Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Worey und Zanarini, 2000). Dennoch fehlt es bislang an einer ausreichenden Spezifität der Befunde von Persönlichkeitsdimensionen bei Patientinnen mit BPS, um alleinig mit ihnen eine alternative Diagnostik dieser und anderer Persönlichkeitsstörungen vornehmen zu können. Leider können wir in unserer Untersuchung keine Vergleiche zu anderen psychisch erkrankten Patienten ziehen, da wir solche nicht in unsere Untersuchung mit einbezogen haben.

Für jede Hauptskala des NEO-Persönlichkeitsinventars (1) *Neurotizismus*, (2) *Extraversion*, (3) *Soziale Verträglichkeit*, (4) *Gewissenhaftigkeit* und (5) *Offenheit für neue Erfahrungen* gibt es jeweils sechs Unterfaktoren, sog. Facetten. So hat der Faktor *Neurotizismus* die Facetten:

1. Ängstlichkeit
2. Reizbarkeit
3. Depression
4. Soziale Befangenheit
5. Impulsivität
6. Verletzlichkeit

In der Überprüfung, ob mit der Einbeziehung dieser Facetten eines Faktors ein differenziertes Bild und damit ein spezifischeres Ergebnis der Erfassung einer Persönlichkeitsstörung mit dem NEO-PI-R entsteht, stellte sich heraus, dass bei unseren Probanden die Facetten *Ängstlichkeit*, *Reizbarkeit*, *Depression*, *soziale Befangenheit*, *Impulsivität* und *Verletzlichkeit* erhöht waren und auch allesamt einen signifikanten Unterschied zur Norm-Stichprobe des NEO-PI-R boten. Die gesamte Dimension *Neurotizismus* gibt einen Eindruck über die emotionale Stabilität eines Menschen. Hohe Werte in dieser Skala sprechen für geringe emotionale Stabilität. Der hohe Ausschlag in den Sub-Facetten der Skala *Neurotizismus* drückt damit das Wesen der BPS-Patienten aus, hohe emotionale Beziehungen zu führen, die von einem starken Wechsel innerhalb dieser Beziehungen mit wiederkehrenden Mustern von Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet sind. Die Patienten sind davon geprägt, häufig negative Gefühlszustände zu erleben und diese nicht kontrollieren zu können. Das macht sie subjektiv angreifbar und unsicher.

In der Skala *Extraversion* zeigen sich signifikante Unterschiede zur Norm-Stichprobe in den Facetten *Herzlichkeit*, *Geselligkeit*, *Durchsetzung* und *Frohsinn*. Diese Dimension skizziert Aktivität und zwischenmenschliches Verhalten. Die genannten Subskalen sind signifikant erniedrigt. Eine niedrige Tendenz in dieser Skala ist für BPS-Patienten typisch (Pukrop, 2002).

Die Skala *Offenheit* mit den Facetten *Fantasie*, *Ästhetik*, *Gefühle*, *Handlungen*, *Ideen*, *Werte* gibt Auskunft über das Maß an Erlebnishunger, an Interesse für neuen Erfahrungen und Eindrücken. Hier zeigte sich in unserer klinischen Stichprobe ein Bild von signifikant geringeren Werten als der Normalbevölkerung. Personen mit niedrigen *Offenheits*werten ziehen Bekanntes Neuem vor und sind Unbekanntem gegenüber ängstlich, skeptisch und zurückhaltend. Hier zeigten sich Differenzen mit signifikant niedrigeren Werten als in der Norm-Stichprobe, mit Ausnahme der Subskalen *Ideen* und *Ästhetik*.

Die Skala *Gewissenhaftigkeit* zeigt in unseren Ergebnissen ebenfalls ein gemischtes Bild. Es werden signifikante Unterschiede zur Normalbevölkerung

deutlich, mit wiederholt derselben Richtung, nämlich mit einheitlich reduzierten Werten im Vergleich zur Norm-Stichprobe. Die reduzierten Subskalen des Faktors *Gewissenhaftigkeit* sind *Kompetenz*, *Pflichtbewusstsein*, *Leistungsstreben*, *Selbstdisziplin* und *Besonnenheit*- lediglich in der Subskala *Ordnungsliebe* konnte kein Unterschied gefunden werden.

Die niedrigen Werte in den Skalen *Extraversion*, *Offenheit* und *Gewissenhaftigkeit* spiegeln Persönlichkeitseigenschaften wider, zu denen unter anderem zählt, sich auf Bewährtes zu verlassen, bzw. Angst vor Neuigkeiten zu haben, häufig Misstrauen anderen Menschen gegenüber zu empfinden, jedoch ein eher gedämpftes Empfinden auf emotionale Reaktionen zu zeigen. Die geringen Werte auf der Skala für *Gewissenhaftigkeit* sind u. a. durch desorganisierte Verhaltensweisen, Sprunghaftigkeit, Impulsivität und Stimmungsschwankungen zu erklären. Diese Persönlichkeitseigenschaften entsprechen dem klinischen Eindruck von BPS-Patientinnen.

In der Literatur werden reduzierte Werte für die Skala *Verträglichkeit* als ein Borderline-Typikum beschrieben (u. a. Brieger et al., 2000; Pukrop, 2002). Bemerkenswert ist die Tatsache, dass in der Skala *Verträglichkeit* die BPS-Frauen in unserer Studie keine signifikante Erniedrigung zur Stichprobe der Normalbevölkerung zeigten. Eine Reduktion in dieser Skala wäre zu erwarten gewesen, da sich niedrige Werte der Skala *Verträglichkeit* bei den Patienten insbesondere in Misstrauen und Feindseligkeit äußern. Mögliche Gründe für diese Datenlage sollen im Vergleich von Männern und Frauen dargestellt und diskutiert werden.

4.4 Ergebnisse des NEO-PI-R bei der männlichen Patientengruppe

Abweichungen von der Norm zeigten sich bei Untersuchung der männlichen BPS-Probanden in den Persönlichkeitsdimensionen *Neurotizismus* (hier alle Subskalen erhöht: *Ängstlichkeit*, *Reizbarkeit*, *Depression*, *Soziale Befangenheit* und *Verletzlichkeit*), *Extraversion* (mit veränderten Werten in allen Facetten: *Herzlichkeit*, *Geselligkeit*, *Durchsetzung*, *Aktivität*, *Erlebnishunger* und *Frohsinn*, wobei *Erlebnishunger* als Ausnahme einen erhöhten Wert zeigt), *Offenheit* (hier Reduktion der Werte *Gefühle*, *Handlungen*, *Ideen* und *Werte*), *Verträglichkeit* (mit Reduktion der Subskalen *Vertrauen*, *Altruismus*, *Entgegenkommen* und erhöhtem Wert bei *Bescheidenheit*) und *Gewissenhaftigkeit* (mit niedrigen Facettenwerten in allen Subskalen: *Kompetenz*, *Ordnungsliebe*, *Pflichtbewusstsein*, *Leistungsstreben*, *Selbstdisziplin* und *Besonnenheit*).

Bei allen Faktoren des FFM trat bei den BPS-Männern eine signifikante Differenz zur Norm-Stichprobe zu Tage: *Neurotizismus* zeigte sich stark erhöht, die anderen Werte *Extraversion*, *Offenheit*, *Gewissenhaftigkeit* und speziell *Verträglichkeit* waren reduziert im Vergleich zur Norm-Stichprobe.

Reduzierte Werte auf der Skala *Verträglichkeit* sind in den oben genannten Untersuchungen zur dimensionalen Erfassung der BPS durchgehend ermittelt worden. Zum Faktor *Verträglichkeit* gehören die Subskalen *Vertrauen*, *Freimütigkeit*, *Altruismus*, *Entgegenkommen*, *Bescheidenheit*, *Gutherzigkeit*.. Wie auch die Skala *Extraversion* gibt *Verträglichkeit* einen Eindruck von interpersonellem Verhalten. Menschen mit niedrigen Werten in diesen Facetten werden als egozentrisch und misstrauisch beschrieben. Sie treten häufig in Wettstreit mit ihrer Umwelt und empfinden sich als Antagonisten.

Die Veränderungen in den gemessenen Parametern der BPS-Patienten entsprechen Extremvarianten aller Persönlichkeitsdimensionen (s. a. Bernstein et al., 2007) und führen deutlich vor Augen, in welchem Maße diese Patienten psychisch beeinträchtigt sind. Sie geben eine Vorstellung von dem enormen Leidensdruck, der aus der Unfähigkeit, eigene Emotionen regulieren und sich

selbst beruhigen zu können, resultiert, sowie ihren verzweifelten Versuchen, diesen Belastungen zu entfliehen, die jedoch in gleichem Maße maladaptiv wie auch erfolglos sind. Die beobachteten Veränderungen passen in den klinischen Eindruck von BPS-Patienten und entsprechen der Aussage von Bradley et al. (2005), nach dem die BPS-Patienten unter einem höheren psychologischen Distress leiden, als die diagnostischen Kriterien der Erkrankung vermuten lassen (s. a. Shedler und Westen, 1998).

Insgesamt lassen sich mit den auffälligen Werten auf den genannten Skalen die emotionale Dysregulation mit Stimmungsschwankungen, Wutausbrüchen u. ä. in Kombination mit besonders misstrauischen, feindseligen und aggressiven Tendenzen von BPS-Patientinnen erfassen. Es lässt sich hieraus der Schluss ziehen, dass es zwar eine Maximalvariante von Persönlichkeitsdimensionen mit typischen Ausprägungen bei BPS-Patienten gibt, deren Erfassung man als hohe Sensitivität des diagnostischen Instruments der Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen mit dem NEO-PI-R bezeichnen kann. Allerdings werden diese Konstellationen von Persönlichkeitsfaktoren auch bei Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen gefunden, so dass die Spezifität dieses diagnostischen Ansatzes bislang eher gering ist.

4.5 Ergebnisse des NEO-PI-R im Vergleich beider Geschlechter

Die grundsätzliche Frage nach den Geschlechtsunterschieden bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung wird seit einigen Jahren sehr intensiv verfolgt, da sich offensichtlich nicht zuletzt aufgrund genetischer Unterschiede und deren Auswirkung auf Temperamentsfaktoren potenzielle Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern ergeben (Grilo, 2002).

Bezüglich der Frage nach Geschlechtsunterschieden bei der dimensional Charakterisierung von BPS-Patienten fanden wir in unserer Studie einen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen BPS-Patienten für die Dimension *Verträglichkeit*. Die Männer zeigten die erwarteten reduzierten

Werte der Skala *Verträglichkeit*, während die Frauen mit fehlenden reduzierten Werten und einer fehlenden Diskrepanz zur Norm-Stichprobe imponierten. Für alle anderen Persönlichkeitsdimensionen zeigten Frauen und Männer gleichgerichtete signifikante Abweichungen von der Norm-Stichprobe.

Der Skalen-Wert der Männer lässt sich in die Ergebnisse der bisherigen Studien gut einbetten und korreliert mit den gefundenen Komorbiditäten. Die erniedrigten Werte auf der Skala *Verträglichkeit* lassen sich in inhaltliche Übereinstimmung mit dem Befund einer erhöhten Komorbidität mit der Dissozialen PS bringen.

Ein Erklärungsmodell, das herangezogen werden kann, um den Zustand zu erklären, dass die BPS-Männer reduzierte Werte bei der *Verträglichkeit* haben und die BPS-Frauen nicht, bezieht sich auf die Argumentation, die schon unter 4.2 aufgenommen wurde: Internalisieren versus Externalisieren. Die BPS hat sowohl externalisierende als auch internalisierende Anteile, die zu einem großen Teil geschlechtsspezifisch verteilt sind. Das Verhältnis von internalisierender zu externalisierender Dimension sei bei den BPS-Frauen so stark zu einer Seite ausgerichtet, dass schon fast von einer reinen internalisierenden Erkrankung bei den BPS-Frauen gesprochen werden könne (James und Taylor, 2003).

Eine weitere mögliche Einordnung besteht in der Heterogenität der Gruppe: In der Literatur wird die Existenz von BPS-Patienten diskutiert, die sich nicht über die bisher in Studien dargelegten Auffälligkeiten in den genannten Skalen charakterisieren lassen. Diese Patienten könnten einen weniger aggressiven und stärker introvertierten Subtyp der BPS darstellen (Pukrop, 2002)- und würden so in die Verteilung mit hohen *Neurotizismus*-Werten, jedoch keiner Reduktion der *Verträglichkeits*-Werte passen. Insofern könnte die Rekrutierung von BPS-Patientinnen, die sich für ein stationäres DBT-Programm angemeldet haben, einen Selektionbias darstellen.

Der Umstand, dass in den bisher veröffentlichten klinischen Studien fast ausschließlich weibliche BPS-Patienten untersucht wurden, könnte einerseits mit dem Krankheitsverhalten von weiblichen Patienten zusammenhängen und andererseits einen Sampling Bias darstellen (Skodol und Bender, 2003). Um die Geschlechtsverteilung der BPS verlässlich untersuchen zu können, müssten so

genannte Community-Studien als eine systematisierte Befragung der Bevölkerung hinsichtlich der Prävalenz der BPS durchgeführt werden. Hierzu gibt es eine Reihe von Studien, die jedoch zu unterschiedlichen Resultaten geführt haben. Die „Epidemiologic Catchment Area Survey“ von Swartz et al. (1990) fand 70% aller BPS-Erkrankungen bei Frauen. Eine Studie aus Norwegen wies eine Prävalenz der BPS bei 0,4% aller Männer und 0,9% aller Frauen nach (Torgersen et al., 2001). Eine Studie aus Großbritannien fand eine Prävalenz von 1% bei allen Männern versus 0,4% bei den Frauen (Coid et al., 2006). Zwei weitere Studien fanden gar keinen Unterschied in der Prävalenz der BPS bei beiden Geschlechtern (Torgersen et al., 2001; Lenzenweger et al., 2007). Demnach besteht bis heute keine Klarheit bezüglich der Frage, ob mehr Frauen als Männer an einer BPS leiden.

In diesem Zusammenhang muss man bezüglich der klinischen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen auch auf den sog. Geschlechts-Bias verweisen. Mittels so genannter Vignette-Studien, in denen Probanden ein und dieselbe Krankheitsgeschichte vorgelegt wurde, jedoch der einen Gruppe mit der Angabe, es handele sich um einen männlichen und der anderen Gruppe mit der Information, es handele sich um einen weiblichen Patienten, konnte eine unterschiedliche Bewertung und Einordnung von Symptomen bei Frauen und Männern nachgewiesen werden (Flanagan und Blashfield, 2003). In einer Reihe von diesbezüglichen Studien ergab sich ein solcher Bias hinsichtlich der Diagnose einer Histrionischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Frauen im Vergleich mit Männern (Ford und Widiger, 1989; Adler et al., 1990; Becker und Lamb, 1994).

Wenn man die Frage nach der Prävalenz der BPS bei Frauen und Männern außer Acht lässt, bleibt dennoch die wichtige Frage nach möglichen Unterschieden in dem klinischen Krankheitsbild der BPS bei Frauen und Männern. Die Antwort auf diese Frage hat eine große Bedeutung, da in diesem Zusammenhang auch Ergebnisse der neurobiologischen, genetischen, psychotherapeutischen und der Verlaufsforschung zu berücksichtigen sind. Insbesondere die Korrelation von

Persönlichkeitsfaktoren, neurobiologischen Strukturen und Genetik ist hierbei von großer Bedeutung.

Die Vererbbarkeit der Persönlichkeit wird heute auf der Ebene der Persönlichkeitsfaktoren (insb. NEO-PI-R) untersucht und ein hoher Grad an Vererbbarkeit einzelner Persönlichkeitsfaktoren gilt heute als erwiesen. Vererbte Persönlichkeitszüge bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung könnten auch als sog. Endophänotypen der Erkrankung betrachtet werden. Ein Endophänotyp ist ein Krankheitskorrelat, das genetisch beeinflusst und über die Zeit stabil vorhanden ist. Als Endophänotyp bei der BPS wird u. a. Impulsivität und Aggressivität untersucht und diskutiert (McCloskey et al., 2009). In diesem Sinne könnten auch Persönlichkeitsdimensionen wie *Neurotizismus* und *Verträglichkeit*, in Kombination mit Impulsivität, Aggressivität u. ä., ein Endophänotyp der BPS sein. Wenn man die Ergebnisse dieser Studie von McCloskey et al. (2009) betrachtet, scheinen diese Faktoren allerdings noch zu unspezifisch zu sein, um einen solchen Endophänotyp bei BPS-Patienten definieren zu können. Leider war die Stichprobengröße in dieser Studie zu gering, um die Ergebnisse der Subfaktoren verlässlich interpretieren zu können. Es steht zu erwarten, dass größer angelegte Studien sich dieser Frage in der Zukunft annehmen werden.

Die Datenlage zur Rolle genetischer Faktoren ist bisher nicht sehr umfangreich, jedoch richtet sich seit einigen Jahren der Fokus der Wissenschaft neben der Erforschung genetischer Grundlagen der BPS auf die Untersuchung spezifischer Veränderungen des Neurotransmittersystems bei BPS. Es wurden neurobiologische Veränderungen speziell für BPS herausgearbeitet: Es wird versucht, Merkmale von Persönlichkeitsstörungen, wie Affektregulation, impulsive Handlungsmuster, kognitive Organisation oder Angst, biologischen Korrelaten zuzuordnen. Beispielsweise werden die Persönlichkeitsfaktoren *Risikovermeidung* oder *Suche nach Neuem* aus dem TCI von Cloninger (s.o.) oder *Extraversion* aus dem NEO-PI-R mit der Serotonin- und Dopaminaktivität in Verbindung gebracht (u. a. Ebstein, 2006; Golimbet et al., 2007). Selbstzerstörerisches Handeln, darunter suizidales und parasuizidales Agieren und nach außen gerichtete Aggression, werden unter aggressiver Impulsivität subsumiert und mit Dysfunktionen im Serotoninsystem assoziiert (Gurvits et al., 2000).

Auf der anderen Seite konnte in mehreren Studien der Nachweis erbracht werden, dass eine Dysfunktion innerhalb des Serotoninsystems (5-HT) mit Impulsivität, Aggressivität, Affektlabilität und Suiziden verknüpft ist (Goodman und New, 2000; Audenaert et al., 2005; Bondy et al., 2006). Darüber hinaus erbrachten genetische Studien eine Korrelation bestimmter Polymorphismen von Genen des serotonergen Systems und der BPS (Ni et al., 2006; Ni et al., 2009). Die Studie von Ni et al. (2006) ergab sogar eine Korrelation eines bestimmten Polymorphismus mit der hohen *Extraversion* bei BPS-Patientinnen, was die Erfassung der Persönlichkeitsdimensionen bei diesen Patientinnen von Interesse erscheinen lässt. Bezeichnenderweise gibt es eine Reihe von Hinweisen auf Geschlechtsunterschiede in der Funktion des serotonergen Systems bei weiblichen und männlichen BPS-Patienten, die sich hypothetisch auch in der Ausprägung ihrer Persönlichkeitsfaktoren niederschlägt (Leyton et al., 2001; Soloff et al., 2003).

Die Komorbiditäten unserer BPS-Stichprobe decken sich also mit der vorhandenen Studienlage. Fraglich bleibt, weshalb die BPS-Frauen einen signifikanten Unterschied der *Verträglichkeit* zu den BPS-Männern aufweisen. Sind sie wirklich signifikant hilfsbereiter, entgegenkommender, vertrauensbereiter und stärker bemüht, anderen zu helfen als BPS-Männer? Die Komorbiditäten der BPS-Männer zeugen davon, dass Männer weniger „verträglich“ sind als die BPS-Frauen. Diese Annahme bestätigen unsere Ergebnisse.

Jedoch müssen wir in gewisser Weise die Umkehrfrage stellen:

Ausgehend von durchgeführten Studien kann angenommen werden, dass der Verträglichkeitswert für Borderline-Patienten reduziert sein müsse. Die BPS-Männer unserer Studie erfüllen die Erwartung, die Frauen dagegen nicht- es besteht folglich ein Unterschied zwischen den Geschlechtergruppen der BPS-Patienten. Deshalb sollte nicht gefragt werden: „Warum sind die Männer „un-verträglich“ als die Frauen?“, sondern wir müssen fragen: „Warum sind die BPS-Frauen weniger „un-verträglich“ als die BPS-Männer?“.

Verschiedene Erklärungsmodelle bieten sich an:

Einerseits kann es sich einfach um ein Problem der Stichprobenquantität handeln. Es bestand ein erheblicher quantitativer Unterschied zwischen dem untersuchten Kollektiv der weiblichen klinischen Stichprobe (N = 35) versus der NEO- Manual zugrunde liegenden Norm-Stichprobe (N = 7505).

Andererseits kann die Ursache der unerwarteten Ergebnisse daraus resultieren, dass unsere Untersuchung der weiblichen BPS-Stichprobe zu einem großen Teil den von Pukrop (2002) beschriebenen Teil von 30% innerhalb der BPS-Patienten abbildet, die sich gerade **nicht** charakterisieren lassen durch den zusätzlichen Verlust „verträglichen“ Verhaltens.

4.6 Analyse des Geschlechtervergleichs unter Berücksichtigung der allgemeinen Psychopathologie

Die genannten Modelle liefern einen Ansatz, erklären die vorliegenden Befunde in unseren Augen jedoch nicht suffizient.

Aus diesem Grund wollten wir die Daten – obwohl sie signifikante Werte erbracht haben – noch einmal präziser beleuchten, nämlich im Gesamtmodell unter Berücksichtigung der allgemeinen Psychopathologie. Das sollte dazu dienen, rechnerisch andere Gründe für den gefundenen Unterschied auszuschließen und die gefundenen Daten „hieb- und stichfest“ zu machen, indem wir überprüften, wie stark der Geschlechterunterschied wirklich ist (s. Tabelle 6).

Zu unserem Bedauern ergab diese Zusatzberechnung, dass der Grund für den gefundenen Unterschied nicht – wie angenommen – auf das Geschlecht der Probanden zurückzuführen, sondern dass weitere Faktoren Einfluss nehmen.

Da wir in der Berechnung viele potentielle Einflussfaktoren berücksichtigten, scheint die plausibelste Erklärung für diesen Befund zu sein, dass die Power der Untersuchung zu gering war.

Der errechnete Wert bewegt sich in einem Bereich, der zwar keinen klaren Unterschied belegt, jedoch eine Tendenz anzeigt. Deshalb erlauben wir uns einen Blick in Tabelle 6 unter der Prämisse, lediglich einen richtungsweisenden Eindruck zu erhalten, in welche Richtung Fragestellungen zukünftiger Arbeiten zu richten sind: Man sieht, dass die Skalen *Verträglichkeit*, wie es sich in diesen Daten auch schon andeutete, und zusätzlich *Gewissenhaftigkeit* bezüglich eines Geschlechtsunterschieds zwischen BPS-Männern und BPS-Frauen in Zukunft möglicherweise eine lohnenswerte Untersuchungsbasis darstellen.

Der Vorteil der Betrachtung der BPS unter dem Gesichtspunkt der dimensionalen Charakterisierung liegt zum einen in der Vorbereitung einer dimensional Diagnostik und zum anderen auch in der Differenzierung von weiblichen und männlichen BPS-Patienten hinsichtlich ihrer Symptomatik und damit auch deren potentiellen Problembereichen (Widiger und Sanderson, 1995). Wir hoffen also mit diesen kontroversen Ergebnissen zu den *Verträglichkeitswerten* der BPS-Patienten die zukünftige Forschung in diesem Bereich voranzutreiben, um klar differenzieren zu können, in welchem Maß sich die BPS-Männer von den BPS-Frauen auch in der Skala *Verträglichkeit* – und eventuell *Gewissenhaftigkeit* - voneinander unterscheiden.

Diese Ergebnisse sind jedoch auch im Rahmen der neueren Forschung zur Entwicklung einer dimensional Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen von Interesse (Widiger und Simonsen, 2005). Ein dimensionales Modell der Persönlichkeitsstörung verzichtet auf Kategorien wie BPS oder Dissoziale Persönlichkeitsstörung, und versucht, die Persönlichkeitsstörung durch die einzelnen Dimensionen zu erfassen. Diese dimensionale Diagnostik ist nicht zuletzt deswegen so interessant, weil die Vorstellung von „komorbiden Persönlichkeitsstörungen“ zunehmend kritisiert wird, da der betreffende Patient ja nicht zwei verschiedene Persönlichkeitsstörungen „hat“, die bei ihm unglücklicherweise zusammen auftreten. Vielmehr hat der Patient eine Persönlichkeitsstörung, die von der Erfüllung der kategorialen Kriterien sowohl der einen als auch der anderen Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden kann.

Dieses Problem der Diagnostik von komorbiden Persönlichkeitsstörungen zusammen mit der großen Zahl an Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, die keiner Kategorie zugeordnet werden kann und deswegen als Persönlichkeitsstörung NNB („nicht näher bezeichnet“) benannt werden muss, verlangt nach einer dimensionalen Diagnostik. Somit sind kontroverse Daten wie in unserer Untersuchung richtungsweisend für eine Persönlichkeitsstörung, die sich im Wesentlichen aus Anteilen sowohl der BPS als auch der Dissozialen Persönlichkeitsstörung zusammensetzt. Dies konnte auch in einer genetischen Studie von Torgersen et al. (2008) gefunden werden, zeigt aber auch speziell intergeschlechtliche Differenzen auf, deren gesonderte Betrachtung Berücksichtigung fordert. Hier würde sich diese Kombination aus BPS und der Dissozialen Persönlichkeitsstörung eher bei den männlichen BPS-Patienten vermuten lassen. Nichtsdestotrotz sollte die Geschlechterverteilung innerhalb der BPS ein Thema bleiben, da die männlichen Patienten, die sich aktiv um eine stationäre Therapie bemühen, eventuell eine andere Gewichtung der Persönlichkeitsdimensionen vorweisen als die anderen Borderline-Männer. Dementsprechend unterscheidet sich möglicherweise eine klinische männliche Stichprobe stark von einer Bevölkerungsstichprobe mit männlichen „Borderlinern“. Darüber hinaus bleibt interessant, inwiefern sich BPS-Männer in der Forensik von den sich in ambulanter Therapie befindlichen BPS-Männern unterscheiden. Erst, wenn diese Unterschiede innerhalb der Gruppe der BPS-Männer untersucht wurden, kann ein umfassendes Bild entstehen, wie die Ergebnisse eines BPS-Männer-Frauen-Vergleichs innerhalb der stationären Therapie zu bewerten sind. Es können untermauerte Therapieoptionen ins Leben gerufen werden, die an die jeweilige Borderline-Sub-Gruppe angepasst sind - womöglich unabhängig vom Geschlecht, sondern abhängig von einer Persönlichkeitsakzentuierung. Dies wird aber wahrscheinlich am besten durch ein dimensionales diagnostisches Konzept beschrieben und nicht durch kategoriale Diagnosen.

Somit ermöglicht zumindest die dimensionale Erfassung von Persönlichkeitsstörungen eine bessere Einschätzung des Krankheitsbildes des Patienten, das durch die kategoriale Diagnostik häufig nicht erfasst wird, und in Folge davon möglicherweise, wie eben genannt, eine spezifischere Therapie.

4.7 Mögliche Konsequenzen aus den Ergebnissen dieser Untersuchung

Die differenzierte Erfassung der Symptomkonstellation bei weiblichen und männlichen Patienten mit einer BPS hat durchaus auch praktische Konsequenzen für die klinische Arbeit. In den letzten zehn Jahren haben sich für mehrere manualisierte psychotherapeutische Programme in kontrollierten und randomisierten Studien gute Evidenzen bezüglich der Wirksamkeit ergeben, und zwar für die Dialektisch-Behaviorale Therapie (Linehan et al., 1991; Verheul et al., 2003), die Schematherapie (Giesen-Bloo et al., 2006), die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Bateman und Fonagy, 1999) und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Clarkin et al., 2007). Diese psychotherapeutischen Programme wurden jedoch ausschließlich an Frauen angewendet und untersucht und werden aktuell überwiegend von Frauen wahrgenommen. Über die Wirksamkeit dieser Programme an männlichen Patienten ist nichts bekannt, weshalb die hier berichteten Geschlechtsunterschiede in Kombination mit anderen Befunden zu geschlechtsspezifischen Unterschieden von großer Bedeutung für therapeutische Konzepte sein können.

So ist der Faktor *Verträglichkeit* möglicherweise richtungsweisend für therapeutische Strategien oder Module (DBT) bei einer geschlechtergetrennten Behandlung. Mit der Dimension *Verträglichkeit* werden Einstellungen und gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen in sozialen Beziehungen umschrieben. Personen mit hohen Merkmalsausprägungen sind, wie oben genannt, hilfsbereit, entgegenkommend, vertrauensbereit und bemüht, anderen zu helfen. Der Studienlage nach scheinen Männer mit BPS mehr als Frauen mit BPS feindselig und abweisend, weniger kooperativ und dominanter zu sein, was sich vielleicht auch in den stärker ausgeprägten narzisstischen und dissozialen Zügen bzw. komorbiden narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitsstörung äußert. Sie brauchen gesonderte Beachtung in der Geschlechtsdifferenz, die sich in diesen Ergebnissen zeigt - sollten sich unsere Ergebnisse in nachfolgenden Untersuchungen bestätigen. Eine Erfassung des Therapieverlaufs von Frauen und Männern und der Vergleich von Outcomes bzw. Therapieabbrüchen mit der komorbiden Diagnose der dissozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung,

sowie die Persönlichkeitsdimension *Verträglichkeit*, erscheint von besonderem Interesse.

4.8 Kritische Betrachtung des NEO-PI-R zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

An dieser Stelle muss die Überlegung angestellt werden, ob das NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R) ein viel versprechendes Instrument zur dimensionalen Erfassung von Persönlichkeitspathologie ist. Während die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu einer einheitlichen diagnostischen Entität führt, nämlich der jeweiligen Persönlichkeitsstörung, so garantiert diese Einheit keine einheitliche Symptomatik bei den verschiedenen Patienten, da der polythetische Ansatz der kategorialen Diagnostik die verschiedensten Symptomkonstellationen erlaubt. Aus einer Reihe von verschiedenen Symptomen muss der Patient eine Mindestzahl von Symptomen erfüllen, damit die Diagnose der jeweiligen Persönlichkeitsstörung vergeben werden darf (bei der BPS müssen 5 von 9 Symptomen zutreffen). Somit gibt es unterschiedliche Symptomkonstellationen, die zur gleichen Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung führen, obgleich es sich um durchaus sehr verschiedene Krankheitsbilder handelt.

Zu dieser Kritik und der Suche nach einem neuen, dimensional diagnostischen System hat der Umstand beigetragen, dass um die 60% aller Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung nicht durch eine Achse-II-Diagnose erfasst werden können (Westen und Arkowitz-Westen, 1998).

Da der NEO-PI-R zu dem Zweck der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zweckentfremdet wird, stellt sich automatisch die Frage, ob dieses dimensionale diagnostische Modell Bestand haben kann. So zeigten Saulsman und Page (2004), dass einige der Persönlichkeitsstörungen durch ein konsistentes Konstrukt

über den NEO-PI-R beurteilt werden können, sich dies jedoch nicht auf alle Persönlichkeitsstörungen ausweiten lässt. Die Erfassung der Persönlichkeitsdimensionen erscheint uneinheitlich und inkonstant, da ein Teil der Persönlichkeitsstörungen in angemessener Form differenziert und beurteilt wird, andere PS jedoch nur über einen erhöhten Wert erfasst werden, was aber keine PS adäquat zu kategorisieren vermag. Eine andere Erklärung für das NEO-PI-R als unzureichendes Diagnostikum ist, dass einige der Persönlichkeitsstörungen über Kriterien erfasst werden müssten, die dem NEO-PI-R als ursprünglichem Test zur Erfassung „normaler“ Persönlichkeitsdimensionen fehlen. Beispielsweise nicht eingeschlossen ist eine Dimension, die von der Regel abweichende Wahrnehmungen erfasst, was nötig sein könnte, um z.B. die schizotype Psychopathologie zu erfassen (Costa und McCrae, 1990). Ein weiteres Beispiel bezieht sich auf eine Studie, die zeigte, dass einige Items des NEO-PI-R die randständigen Pole der Persönlichkeitsdimensionen, wie *Verträglichkeit*, *Gewissenhaftigkeit* und *Offenheit*, nicht angemessen abbilden (Haigler und Widiger, 2001). Dementsprechend kann also davon ausgegangen werden, dass Persönlichkeitsstörungen, die durch diese Dimensionen beurteilt werden sollen, wie die Zwanghafte PS über hohe Werte bei *Gewissenhaftigkeit*, kein ausreichendes Beurteilungsmodell für diese Persönlichkeitsstörungen sind.

Vielleicht wäre ein dimensionales diagnostisches Persönlichkeitsmodell am sinnvollsten, dessen Persönlichkeitsfaktoren anhand von persönlichkeitsgestörten Patienten entwickelt wurde, also gewissermaßen ein Bottom-up-Modell. Ein Modell, das auf diesem Weg etabliert wurde, ist der DAPP-BQ, der Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (Livesley und Jackson, 2002). Der DAPP-BQ erfasst Persönlichkeitspathologie mittels 18 Persönlichkeitsmerkmalen niederer Ordnung und vier Dimensionen höherer Ordnung, die aus der Interkorrelation von 100 Selbstbewertungsskalen für Persönlichkeitsmerkmale anhand Literaturübersicht und klinischer Beobachtung identifiziert wurden. Die vier Dimensionen höherer Ordnung sind mit den vier Faktoren des Fünf-Faktoren-Modells vergleichbar, teilweise als umgekehrter Pol (siehe Abbildung 3).

Abb. 3: Persönlichkeitsfaktoren im Testvergleich

Big - Five (Costa und McCrae, 1992)	DAPP-BQ (Livesley und Jackson, 2002)
Neurotizismus	Emotionale Dysregulation
Extraversion	Gehemmtheit
Verträglichkeit vs. Aggressivität	Dissozialität
Gewissenhaftigkeit	Zwanghaftigkeit
Offenheit	----

In einer Studie von Pukrop (2002) wurde bei BPS-Patientinnen der NEO-PI-R-Faktor *Neurotizismus* und der DAPP-BQ-Faktor *Emotionale Dysregulation* erhöht gefunden. Demnach scheinen die beiden Faktoren die gleiche Persönlichkeitsdimension zu erfassen. Ob der DAPP-BQ eine über den NEO-PI-R hinausweisende Hilfe bei der dimensional Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beurteilt werden. Offensichtlich lässt sich die Spezifität der dimensional Diagnostik, d.h. die Abgrenzung der BPS von anderen Persönlichkeitsstörungen, dadurch steigern, dass man Persönlichkeitsdimensionen des NEO-PI-R mit denen des DAPP-BQ kombiniert (Pukrop, 2002). Insbesondere die Kombination aus geringen Werten bei der *Verträglichkeit* und hohen Werten beim *Dissozialen Verhalten* ist in Kombination mit hohen Werten auf der Dimension *Neurotizismus* spezifisch für die BPS. Hinzu kommen noch hohe Werte auf der Skala des *Neugierverhaltens* des TCIs, dem Temperament und Charakterinventar nach Cloninger et al. (1999). Der TCI ist ein Fragebogen, der überwiegend auf der Grundlage der psychobiologischen Theorie von Cloninger entwickelt wurde und nicht auf faktorenanalytischen Untersuchungen basiert (Cloninger et al, 1999, S.VII). Nach Cloninger wird zwischen den Bereichen Charakter- und Temperamentdimensionen unterschieden. Die vier Temperamentsdimensionen,

bestehend aus *Neugierverhalten*, *Schadensvermeidung*, *Belohnungsabhängigkeit* und *Beharrungsvermögen*, sollen vererbbar und wenig beeinflussbar sein. Die drei Charakterdimensionen werden durch *Selbstlenkungsfähigkeit*, *Kooperativität* und *Selbsttranszendenz* vertreten (Cloninger et al., 1999) und können sich in ihrer Ausprägung während der Entwicklung verändern.

Eine weitere berechtigte Kritik an der dimensional Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen ist der Umstand, dass die sichtbare Symptomatik der Patienten sich nicht in Form der Persönlichkeitsdimensionen, sondern in Form von Handlungen zeigt (phänomenologische Diagnostik). Somit ist eine klinische Einschätzung von Persönlichkeitspathologie ohne Einsatz von Messinstrumenten nicht anhand der fünf Persönlichkeitsdimensionen vorzunehmen, sondern nur an deren Ausprägung in Form von sichtbaren Verhaltensweisen, sprich Symptomen.

4.9 Methodenreflexion und Ausblick

Bei dieser Dissertation handelt es sich um die Analyse einer ersten Stichprobe von BPS-Patienten, die nach Abschluss dieser Dissertation jedoch fortlaufend erweitert wird. Die Fortführung der Untersuchung berücksichtigt neben einer erhöhten Power auch die Einbeziehung der DAPP-BQ, um Gruppenunterschiede zu identifizieren und die Facetten der Persönlichkeitsdimensionen des NEO-PI-R und des SCL-90-R umfassender zu untersuchen.

Im Rahmen dieser vorläufigen Auswertungen konnten nicht alle Ergebnisse der Komorbiditätserfassung zur Darstellung kommen. Darüber hinaus konnte keine Subgruppenanalyse z.B. der männlichen und weiblichen Patienten mit einer komorbiden Dissozialen Persönlichkeitsstörung in Bezug auf die Persönlichkeitsdimension *Verträglichkeit* vorgenommen werden. Eine solche Subgruppenanalyse wäre jedoch von großem Interesse, da man über diesen Vergleich nähere Informationen zu einem differenzierten Konzept zur dimensional Diagnostik käme.

Differenziertere Betrachtungen der BPS-Subgruppen, jeweils eingeteilt nach identischer Komorbidität, könnten Aufschluss über die Zusammensetzung von Ergebnissen von der Gesamtgruppe „Borderline“ geben. Diese Neuerungen für zukünftige Studiendesigns könnten zu einer feineren, abgestuften und in sich gegliederten Analyse beitragen, die „Borderline-Patienten“ nicht nur in einer Gesamtgruppe, sozusagen als Konglomerat zu betrachten, sondern könnten das klinische Bewusstsein für die Nuancen innerhalb der Krankheit stärken. Wie sehen die Gruppen aus, die als Komorbidität eine Essstörung oder PTBS haben - bei den Frauen - und eine PS-Komorbidität bei den Männern? Wie unterscheidet sich ein BPS-Mann mit komorbider antisozialer PS von einer BPS-Frau mit Essstörung oder PTBS? Wie ist die Symptombelastung, d.h., wie stark sind die Patienten durch ihre Erkrankung und Komorbidität beeinträchtigt und besonders: Kann man ein individuelles Persönlichkeitsprofil für diese Subgruppen erstellen? Es wäre auch interessant zu erfahren: ähnelt der BPS-Mann mit komorbider Alkoholstörung bei BPS überhaupt der BPS-Frau mit Alkoholstörung? Ist das noch als eine

einheitliche Krankheitsentität zu bezeichnen oder entfernen wir uns damit immer mehr - nicht nur von der kategorialen Vorstellung der BPS - sondern viel mehr auch von dem Gesamtkonstrukt Borderline-Persönlichkeitsstörung, wie es aktuell vorliegt?

Im Verlauf weiterer Studien zum Thema der Geschlechterdifferenz von BPS-Patienten sollte der stärkeren wissenschaftlichen Untermauerung geschlechtsspezifischer Unterschiede vermehrt Bedeutung eingeräumt werden, um die Behandlungsoptionen dimensionsorientiert und nicht mehr lediglich kategoriell durchführen zu können. Leider fehlt es bislang an einer ausreichenden Spezifität der Befunde von Persönlichkeitsdimensionen bei Patienten mit BPS, um alleinig mit ihnen eine alternative Diagnostik dieser und anderer Persönlichkeitsstörungen vornehmen zu können. Interessant wäre diesbezüglich noch, wie viele Patienten tatsächlich nicht durch dieses Schema der dimensionalen Persönlichkeitserfassung charakterisiert werden können.

Die Bedeutung von Neurobiologie und Genetik, verbunden mit einer Spezifizierung der Facetten des NEO-PI-R, also eine fortgesetzte Zuordnung von biologischen Korrelaten, mag zukünftig die Frage dazu, warum sich eine Subgruppe von BPS-Patienten im Vergleich zu einer anderen BPS-Gruppe in einer bestimmten Weise verhält, noch dezidierter beantworten, und wäre in Hinblick auf die multidisziplinäre Ätiologiekklärung der Erkrankung wünschenswert.

5 Zusammenfassung

Fragestellung: Die Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine häufige psychiatrische Erkrankung, die durch Symptome wie emotionale Labilität, selbstverletzendes Verhalten, chronische Suizidalität, Dissoziation und geringe Stresstoleranz gekennzeichnet ist. Die Angaben in Studien zur Geschlechtsprävalenz divergieren erheblich und die Mehrzahl aller durchgeführten Studien wird ausschließlich oder mit einem großen Anteil an weiblichen BPS-Patienten durchgeführt. Dementsprechend gering ist die verfügbare Datenlage differenzierter Aussagen zu geschlechtsspezifischen Fragestellungen. In dieser Studie wurden weibliche und männliche Patienten mit einer BPS mit der Frage nach geschlechtsspezifischen Charakteristika auf Grundlage eines dimensional Modells untersucht, um weiteren Aufschluss über bestimmte geschlechtsspezifische Eigenschaften von weiblichen und männlichen BPS-Patienten zu erhalten, die durch die übliche kategoriale Diagnostik und deren Symptome nicht erfasst werden können. Zudem wurden geschlechtsspezifische Komorbiditäten verglichen.

Methoden: Die beiden Patientengruppen wurden mit dem NEO-PI-R, einem Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen, dem SCL-90-R, einem Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Symptombelastung und dem SKID-I und SKID-II zur Bestimmung der psychiatrischen Diagnosen untersucht. Die Werte wurden jeweils zwischen den Geschlechtern und – beim NEO-PI-R - in Bezug auf eine Normalbevölkerungs-Stichprobe - betrachtet.

Ergebnisse: Die Komorbiditäten unterschieden sich zwischen den Geschlechtern signifikant. Die weiblichen BPS-Patienten wiesen vermehrt Posttraumatische Belastungs- und Essstörungen auf, wohingegen bei den männlichen BPS-Patienten häufiger Alkoholabhängigkeit und Narzisstische oder Antisoziale Persönlichkeitsstörungen zu beobachten waren. Die Ergebnisse des SCL-90-R sprechen für eine grundsätzliche Homogenität zwischen den Stichproben und zeigen mehr Depressivität und stärkere Ängstlichkeit bei den BPS-Frauen. In Bezug auf das NEO-PI-R konnte eine signifikante intergeschlechtliche Differenz

aufgezeigt werden. Die männlichen BPS-Patienten zeigten einen signifikanten Unterschied in allen Persönlichkeitsdimensionen im Vergleich zu der Norm-Stichprobe des NEO-PI-R-Manuals, bei den Frauen imponierten jedoch „normale“ Werte in der Skala *Verträglichkeit* und es konnte nicht, wie erwartet, ein deutlicher Unterschied zu den Frauen aus der Bevölkerungsstichprobe aufgezeigt werden.

Unter dezidierterer Betrachtung und Berücksichtigung der gesamten erfassten Psychopathologie zeigte sich kein signifikanter Effekt, so dass davon ausgegangen werden muss, dass die anfangs gefundenen Unterschiede Folge einer zu geringen Stichprobengröße waren.

6 Literaturverzeichnis

Ackenheil M, Sotz G, Dietz-Bauer R, Vossen A: M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview. German Version 5.0.0. München: DSM-IV (1999)

Adler D, Drake R, Teague G: Clinicians practices in personality assessment: does gender influence the use of DSM-III Axis II? *Comp Psychiatry* 31, 125-33 (1990)

APA – American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of mental health disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association (1994) [deutsch: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe (1996)]

Asendorpf JB: *Psychologie der Persönlichkeit*. Heidelberg: Springer Verlag (2007)

Audenaert K, Peremans K, Goethals I, Otte A, Dierckx R, van Heeringen C: Functional imaging of the suicidal brain. *Nucl Med Commun* 26, 391-393 (2005)

Ball SA: Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: introduction to special section. *J Pers* 69, 147-153 (2001)

Bateman A, Fonagy P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156, 1563-1569 (1999)

Becker D, Lamb S: Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice* 25, 55-61 (1994)

Bernstein DP, Iscan C, Maser J: Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorder classification system. *J Personal Disord* 21, 536-51 (2007)

Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N: Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord* 18, 226-239 (2004)

Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan M: Evaluation of inpatient dialectic-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Beh Res Ther* 38, 875-87 (2000)

Bondy B, Buettner A, Zill P: Genetics of suicide. *Mol Psychiatry* 11, 336-51 (2006)

Borkenau P, Riemann R, Angleitner A, Spinath FM: Genetic and environmental influences on observed personality: evidence from the german observational study of adult twins. *J Pers Soc Psychol* 80, 655-68 (2001)

Bradley R, Zittel Conklin C, Westen D: The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *J Child Psychol Psychiatry* 46, 1006-1019 (2005)

Brieger P, Sommer S, Blink F, Marneros AA: The relationship between five factor personality measurements and ICD-10 personality disorder dimensions: results from a sample of 229 subjects. *J Personal Disord* 14, 282-9 (2000)

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164, 922-928 (2007)

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: Das Temperament- und Charakter-Inventar (TCI), Manual. Frankfurt: Swets Test Services (1999)

Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S: Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 188, 423-431 (2006)

Costa PT, McCrae RR: Personality disorder and the five-factor model of personality. *J Personal Disorder* 4, 362-371 (1990)

Costa PT, McCrae RR: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory. Professional Manual. Odessa: Psychological Assessment Resources (1992)

Dams A, Schommer N, Röpke S, Heuser I, Lammers CH: Das Skilltraining und die poststationäre Effektivität der stationären Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach 6 Monaten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 57, 19-24 (2007)

Derogatis LR, Rockels K, Rock AF: The SCL-90-R and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 128, 280-289 (1976)

Derogatis LR: SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual – I for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale. Baltimore: Johns Hopkins University (1977)

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort M: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern: Hans Huber (2006)

Dudeck M, Barnow S, Spitzer C, Stopsack M, Gillner D, Freyberger HJ: Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Traumata bei forensischen Patienten mit Sexualdelikten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 56, 147-53 (2006)

Dulz B, Schneider A: Borderline-Störungen: Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer Verlag (1996)

Ebstein RP: The molecular genetic architecture of human personality: beyond self-report questionnaires. *Mol Psychiatry* 11, 427-445 (2006)

Fiedler P: Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz PVU (2007)

Flanagan EH, Blashfield RK: Gender bias in the diagnosis of personality disorders: the roles of base rates and social stereotypes. J Personal Disord 17, 431-446 (2003)

Ford MR, Widiger TA: Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. J Consult Clin Psychol 57, 301-330 (1989)

Franke G: Symptom Checkliste (SCL-90-R). Göttingen: Beltz (1995)

Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen H-U: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe (1997)

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 63, 649-658 (2006)

Golimbet VE, Alfimova MV, Gritsenko IK, Ebstein RP: Relationship between dopamine system genes and extraversion and novelty seeking. Neurosci Behav Physiol 37, 601-606 (2007)

Goodman M, New A: Impulsive aggression in borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep 2, 56-61 (2000)

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 69, 533-545 (2008)

Grilo CM: Are there gender differences in DSM-IV personality disorders? *Compr Psychiatry* 43, 427-430 (2002)

Gurvits IG, Koenigsberg HW, Siever LJ: Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23, 27-40 (2000)

Haigler ED, Widiger TA: Experimental manipulation of NEO-PI-R items. *J Pers Assess* 77, 339-358 (2001)

Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 146, 490–95 (1989)

Herman JL: Trauma and recovery. New York: Basic Books (1992)

Herpertz S, Saß H: Die Borderline Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Kernberg O, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer Verlag (2000)

Hoch PH, Catell JP: The diagnostic of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatr Q* 3, 17-42 (1959)

James LM, Taylor J: Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorder and the internalizing/ externalizing spectra. *Br J Clin Psychol* 47, 361-380 (2008)

Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, Jackson DN: Heritability of personality disorder traits: A twin study. *Acta Psychiatr Scand* 94, 438–444 (1996)

Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M: Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr* 66, 545-552 (1998)

Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Bender DS, McGlashan TH, Gunderson JG, Zanarini MC: Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorder study. *Compr Psychiatry* 44, 284-292 (2003)

Kahn AA, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS: Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 186, 190-196 (2005)

Kernberg O: Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 18, 595-635 (1967)

Kernberg O: *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta (1987)

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshelman S, Wittchen HU, Kendler KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 51, 8-19 (1994)

Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, Chapman AL, Reicherzer M, Stieglitz RD, Schmahl C: Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 196, 230-236 (2008)

Korzekwa MI, Dell PF, Pain C: Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep* 11, 82-88 (2009)

Krueger RF: Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *J Personal Disord* 19, 233-261 (2005)

Krueger RF, Tackett JL: Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *J Personal Disord* 17, 109-128 (2003)

Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P: Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43, 983-98 (2008)

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62, 553-564 (2007)

Leyton M, Okazawa H, Diksic M, Paris J, Rosa P, Mzengeza S, Young SN, Blier P, Benkelfat C: Brain regional alpha-[C-11]methyl-(L)-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 158, 775-782 (2001)

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline Personality disorder. *Lancet* 364, 453-461 (2004)

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48, 1060-1064 (1991)

Linehan MM: Dialectical behavioural therapy of borderline personality disorder. New York: Guilford (1993)

Livesley WJ, Jackson DN: Manual for the dimensional assessment of personality pathology. Port Huron (MI): Sigma Press (2002)

Livesley WJ, Jang KL, Jackson DN, Vernon PA: Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *Am J Psychiatry* 150, 1826–1831(1993)

Livesley WJ: A framework for integrating dimensional and categorical classification of personality disorder. *J Personal Disord* 2, 160-178 (2007)

McCloskey MS, New AS, Siever LJ, Goodman M, Koenigsberg HW, Flory JD, Coccaro EF: Evaluation of behavioral impulsivity and aggression tasks as endophenotypes for borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*, published ahead for print (2009)

Morey LC, Zanarini MC: Borderline personality: traits and disorder. *J Abnorm Psychol* 109, 733-737 (2000)

Morey LC, Gunderson JG, Quigley BD, Shea, MT, Skodol AE, McGlashan TH, Stout RL, Zanarini MC: The representation of borderline-avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *J Personal Disord* 16, 215-234 (2002)

Ni X, Bismil R, Chan K, Sicard T, Bulgin N, McCain S, Kennedy JL: Serotonin 2A receptor gene is associated with personality traits, but not to disorder, in patients with borderline personality disorder. *Neurosci Lett* 408, 214-219 (2006)

Ni X, Chan D, Chan K, McCain S, Kennedy JL: Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 33, 128-133 (2009)

Ostendorf F, Angleitner A: NEO-PI-R. NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae. *Diagnostica* 52, 95–103 (2004)

Paris J: Antisocial and borderline personality disorders: two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Compr Psychiatry* 38, 237-242 (1997)

Paris J, Zweig-Frank H: A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 42, 482-487 (2001)

Pope HG Jr, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Tohen M: An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 142, 1285-90 (1985)

Pukrop R, Gentil I, Steinbring I, Steinmeyer E: Factorial structure of the german version of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire in clinical and non-clinical sample. *J Personal Disord* 15, 450-456 (2001)

Pukrop R: Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls. *J Personal Disord* 16, 135-147 (2002)

Putnam KM, Silk KR: Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 17, 899-925 (2005)

Seckl JR, Meaney MJ : Glucocorticoid programming. *Ann N Y Acad Sci* 1032, 63-84 (2004)

Shedler J, Westen D: Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 5, 333-353 (1998)

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheenan K, Amorim P, Janays J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview-M.I.N.I.: The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry* 59, 22-23 (1998)

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ: The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biol Psychiatry* 51, 936-50 (2002)

Skodol AE, Bender DS: Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q* 74, 349-359 (2003)

Soloff PH, Kelly TM, Strotmeyer SJ, Malone KM, Mann JJ: Impulsivity, gender, and response to fenfluramine challenge in borderline personality disorder. *Psychiatr Res* 119, 11-24 (2003)

Swartz M, Blazer D, Georg L, Winfield I: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 4, 257-272 (1990)

Tadić A, Wagner S, Hoch J, Başkaya O, von Cube R, Skaletz C, Lieb K, Dahmen N: Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology* 42, 257-63 (2009).

Torgersen S, Lygren S, Oien P, Skre I, Onstadt S, Edvardsen J, Tambs K, Kringlen E: A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41, 416-425 (2000)

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58, 590-596 (2001)

Torgersen S, Czajkowski N, Jacobson K, Reichborn-Kjennerud T, Roysamb E, Neale MC, Kendler KS: Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in population-based sample of norwegian twins: a multivariate study. *Psychol Med* 38, 1617-1625 (2008)

Trull TJ, Widiger TA, Lynam DR, Costa PT: Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. *J Abnorm Psychol* 112, 193-202 (2003)

Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL: Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry* 153, 83–93 (1996)

Verheul R, Van den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van den Brink W: Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 182, 135-140 (2003)

Verheul R: Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *J Personal Disord* 19, 283-302 (2005)

Westen D, Arkowitz-Westen L: Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 155, 1767-1771 (1998)

Widiger TA, Trull TJ, Clarkin JF, Sanderson C, Costa PT: A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In: PT Costa & TA Widiger (Eds), *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association (1994)

Widiger TA, Sanderson CJ: Towards a dimensional model of personality disorders in DSM-IV and DSM-V. In WJ Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: Guilford Press (1995)

Widiger TA, Simonsen E: Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Personal Disord* 19, 110-130 (2005)

Widiger TA, Mullins-Sweatt SN: Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. *Annu Rev Clin Psychol* 5, 115-138 (2008)

Wiggins JS, Pincus AL: Conceptions of personality disorder and dimensions of personality. *Psychol Assess* 1, 305-316 (1989)

Willberg T, Urnes O, Friis S, Pedersen G, Karterud S: Borderline and avoidant personality disorders and the five-factor model of personality: a comparison between DSM-IV diagnoses and NEO-PI-R. *J Personal Disord* 13, 226-240 (1999)

Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR: Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 30, 18–25 (1989)

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 154, 1101–06 (1997)

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A: Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 155, 1733-1739 (1998)

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR: The McLean study of adult development (MSAD): overview and implications of the first six-years of prospective follow-up. *J Personal Disord* 19, 505-523 (2005)

Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M: The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 16, 277-282 (2002)

7 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ICD-10 und DSM-IV unterscheiden folgende PS.....	10
Abbildung 2: Diagnosekriterien der BPS (modifiziert nach DSM-IV).....	14
Abbildung 3: Persönlichkeitsfaktoren im Testvergleich.....	59

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Signifikante komorbide Erkrankungen.....	32
Tabelle 2: Subskalen der SCL-90-R.....	33
Tabelle 3: Vergleich der BPS-Frauen mit der Norm-Stichprobe.....	35
Tabelle 4: Vergleich der BPS-Männer mit der Norm-Stichprobe.....	36
Tabelle 5: Geschlechtervergleich BPS-Männer versus BPS-Frauen im NEO-PI-R.....	37
Tabelle 6: Geschlechtervergleich unter Berücksichtigung des NEO-PI-R, des GSI (SCL-90-R) und der Diagnosenanzahl auf Achse-I und -II.....	38

8 Anhang

8.1 Exemplarischer Auszug aus dem SCL-90-R

Codenummer / Name:		SCL-90-R
Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich	
Bildungsstand:	☐ Haupt-/Realschule ☐ Abitur ☐ abgeschl. Studium ☐ unbekannt	
Alter:		
Datum:		

Anleitung

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an.

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Stärke Ihrer Zustimmung:

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?					
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0	1	2	3	4
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	0	1	2	3	4
12. Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17. Zittern	0	1	2	3	4
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20. Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27. Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
30. Schermut	0	1	2	3	4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	0	1	2	3	4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234	66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234	67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234	68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	011234
44. Einschlafschwierigkeiten	011234	69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzu- kontrollieren, was Sie tun	011234	70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234	71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234	72. Schreck- und Panikanfällen	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234	73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	011234	74. der Neigung, immer wieder in Erörte- rungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234	75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	011234
51. Leere im Kopf	011234	76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234	77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234	78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234	79. dem Gefühl, wertlos zu sein	011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten	011234	80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234	81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234	82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohn- macht zu fallen	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234	83. dem Gefühl, daß die Leute Sie aus- nutzen, wenn Sie es zulassen würden	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234	84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234	85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	011234	86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	011234	87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	011234	88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	011234
64. frühem Erwachen am Morgen	011234	89. Schuldgefühlen	011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	011234	90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ih- rem Verstand nicht in Ordnung ist	011234

8.2 Exemplarischer Auszug aus dem M.I.N.I.

→ BEDEUTET: GEHEN SIE ZU DEN DIAGNOSEFELDERN, KREUZEN SIE ÜBERALL NEIN AN UND GEHEN SIE ZUM NÄCHSTEN MODUL.

P. ANTISOZIALE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG (optional)

P1 Bevor Sie 15 Jahre alt waren, haben Sie da:

- | | | | | |
|---|--|------|----|---|
| a | Wiederholt Schule geschwänzt oder sind Sie trotz Verbot der Eltern über Nacht von zu Hause weggeblieben? | NEIN | JA | 1 |
| b | Wiederholt gelogen, andere "hereingelegt", betrogen oder gestohlen? | NEIN | JA | 2 |
| c | Häufig Schlägereien angezettelt oder andere schikaniert, bedroht, oder eingeschüchtert? | NEIN | JA | 3 |
| d | Absichtlich Dinge zerstört oder Feuer gelegt? | NEIN | JA | 4 |
| e | Absichtlich Tiere oder Menschen verletzt oder gequält? | NEIN | JA | 5 |
| f | Jemanden zu sexuellen Handlungen gezwungen? | NEIN | JA | 6 |

WURDEN 2 ODER MEHR P1 FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?

→
NEIN JA

P2 KREUZEN SIE BEI DEN UNTENSTEHENDEN HANDLUNGEN NICHT JA AN, WENN DIESE AUSSCHLIEßLICH POLITISCH ODER RELIGIÖS BEGRÜNDET SIND

Haben Sie seit Ihrem 15. Lebensjahr:

- | | | | | |
|---|--|------|----|----|
| a | Wiederholt Verhaltensweisen gezeigt, die andere als unverantwortlich beurteilen würden, z.B. den finanziellen Verpflichtungen nicht nachzukommen oder keiner dauerhaften Tätigkeit nachzugehen? | NEIN | JA | 7 |
| b | Absichtlich Dinge getan, die gegen das Gesetz verstoßen, auch wenn Sie nicht dabei erwischt wurden (z.B. das Eigentum anderer zu beschädigen, Diebstähle zu begehen, Drogen zu verkaufen oder ein Kapitalverbrechen zu begehen)? | NEIN | JA | 8 |
| c | Handgreifliche Auseinandersetzungen gehabt (auch mit Ihrem Partner oder Ihren Kindern)? | NEIN | JA | 9 |
| d | Häufig gelogen oder andere Leute getäuscht, um sich einen Vorteil zu verschaffen oder einfach nur aus Spaß gelogen? | NEIN | JA | 10 |
| e | Andere Leute rücksichtslos in riskante oder gefährliche Situationen gebracht? | NEIN | JA | 11 |
| f | Ohne Gewissensbisse jemanden schlecht behandelt, verletzt oder angelogen oder gestohlen oder beschädigt? | NEIN | JA | 12 |

WURDEN 3 ODER MEHR P2 FRAGEN BEJAHT?

NEIN JA
ANTISOZIALE
PERSÖNLICHKEITS-
STÖRUNG
"LIFETIME"

M.I.N.I. 5.0.0 German version / DSM-IV / current (September 1999)

Y. Lecrubier, C. Weiller, Y. Herguez, P. Amorim, L.J. Bouvard, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)
German version: M. Ackenheil, G. Stolz, R. Dietz-Sauer, A. Vossen (Psychiatrische Universitätsklinik, MÜNCHEN, GERMANY)

8.3 Exemplarischer Auszug aus dem SKID-II

Kurzer Explorationsleitfaden

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrer Persönlichkeit stellen, d.h. wie Sie sich normalerweise verhalten und wie Sie empfinden. [Falls im SKID Achse-I-Interview eine DSM-IV Störung diagnostiziert wurde, fragen Sie :]
Es ist mir bekannt, daß es Zeiten gab, in denen Sie Probleme hatten, wie ...[bitte typische Symptome aus dem Achse-I-Interview entsprechend modifiziert als Beispiel geben]. Sie sollten versuchen, sich bei der Beantwortung meiner folgenden Fragen auf Zeiten zu beziehen, in denen Sie nicht unter derartigen Problemen gelitten haben. Ich möchte wissen, wie Sie sich normalerweise verhalten, also wenn Sie keine Probleme haben, wie z.B. Haben Sie dazu noch Fragen?

Fragen

Notizen

1. Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (Bitte vor Auftreten bzw. unabhängig von Achse-I Störung)
[Wenn keine spontane Antwort gegeben wird, fragen Sie weiter:]
2. Wie würden denn wohl andere Leuten Sie beschreiben ?
(Bitte vor Auftreten bzw. unabhängig von Achse-I Störung)
3. Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?
[Wenn nur Angehörige erwähnt werden:] Wie ist es mit Ihren Freunden, Arbeitskollegen, etc. ?
4. Wie kommen Sie im allgemeinen mit Ihnen aus?
5. Haben Sie den Eindruck, daß die Art und Weise, wie Sie üblicherweise auf Dinge und Ereignisse reagieren, zu Problemen im Umgang mit anderen Leuten führt (wie ist es zu Hause? in der Schule? bei der Arbeit?) (in welcher Weise?)
6. [Falls unklar:] Haben Sie schon einmal etwas getan, womit Sie andere Leute möglicherweise verärgert haben?

Borderline Persönlichkeitsstörung

(Leiten Sie die Fragen, die im Fragebogen bejaht sind, gegebenenfalls wie folgt ein:

„Sie sagten im Fragebogen, daß Sie...“ und formulieren Sie die Interviewerfrage um)

Kriterien

Ein durchgängiges Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, des Selbstbildes und der Affekte sowie ausgeprägte Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter; die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Mindestens *fünf* der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- | | | |
|---|---|----------------|
| <p>89. Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, daß jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verläßt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was haben Sie dann getan? <p>(Bedrängen oder bedrohen Sie ihn dann?)</p> | <p>(1) verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes Verlassenwerden zu vermeiden</p> <p>(= 3 = mehrere Beispiele)</p> <p>[Suizidales Verhalten oder Tendenz zur Selbstverletzung wie in Kriterium (5) hier nicht berücksichtigen]</p> | <p>? 1 2 3</p> |
| <p>90. Sind Ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreiben Sie das näher. <p>(Denken Sie manchmal, daß diese Beziehung genau Ihren Wünschen entspricht, ein anderes Mal wiederum, daß sie ganz schrecklich ist?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Ihrer Beziehungen waren oder sind so? | <p>(2) Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind</p> <p>(= 3 = entweder eine längere oder mehrere kürzere Beziehungen, in denen dieses schwankende Verhaltensmuster mindestens zweimal vorkommt)</p> | <p>? 1 2 3</p> |
| <p>91. Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, daß sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl darüber, wer Sie sind, plötzlich ändern?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nennen Sie mir einige Beispiele dafür. | <p>(3) Identitätsstörung: auffällig und durchgängig instabiles Selbstbild oder Selbstwahrnehmung</p> <p>(= 3 = Zustimmung)</p> <p>[Anmerkung: normale Pubertätsunsicherheiten hier nicht berücksichtigen]</p> | <p>? 1 2 3</p> |
| <p>92. Erleben Sie häufig krasse Veränderungen in dem, wie Sie sich selbst sehen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie das näher erläutern? | | |
| <p>93. Ändern Sie oft plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse Anschauungen und ähnliches?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erzählen Sie mir mehr davon. | | |

8.4 Exemplarischer Auszug aus dem NEO-PI-R

NEO-PI-R

Ihr Name oder
ggf. Ihre Kennziffer: _____

Datum: _____

Hinweise: Dieser Fragebogen umfasst 241 Aussagen, die sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen könnten. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der 241 Aussagen steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

SA (starke Ablehnung), wenn Sie der Aussage auf keinen Fall zustimmen oder sie für völlig unzutreffend halten.

starke Ablehnung
Ablehnung
neutral
Zustimmung
starke Zustimmung

☒ SA ☐ A ☐ N ☐ Z ☐ SZ

A (Ablehnung), wenn Sie der Aussage eher nicht zustimmen oder sie für unzutreffend halten.

☐ SA ☒ A ☐ N ☐ Z ☐ SZ

N (neutral), wenn die Aussage weder richtig noch falsch, also weder zutreffend noch unzutreffend ist.

☐ SA ☐ A ☒ N ☐ Z ☐ SZ

Z (Zustimmung), wenn Sie der Aussage eher zustimmen oder sie für zutreffend halten.

☐ SA ☐ A ☐ N ☒ Z ☐ SZ

SZ (starke Zustimmung), wenn Sie der Aussage nachdrücklich zustimmen oder sie für völlig zutreffend halten.

☐ SA ☐ A ☐ N ☐ Z ☒ SZ

Es gibt **keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten**, und Sie müssen kein Experte/keine Expertin sein, um den Fragebogen angemessen beantworten zu können. Sie erfüllen den Zweck der Befragung am besten, wenn Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich beantworten.

Bitte lesen Sie jede Aussage genau durch und kreuzen Sie als Antwort die Kategorie an, die Ihre Sichtweise am besten ausdrückt. Falls Sie Ihre Meinung nach dem Ankreuzen einmal ändern sollten, streichen Sie Ihre erste Antwort bitte deutlich durch. Bitte bewerten Sie die 241 Aussagen zügig aber sorgfältig. Lassen Sie keine Aussage aus. Auch wenn Ihnen einmal die Entscheidung schwer fallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an und zwar die, welche noch am ehesten auf Sie zutrifft. Beginnen Sie bitte jetzt mit der Beantwortung!

	starke Ablehnung	Ablehnung	neutral	Zustimmung	starke Zustimmung
1. Ich bin <i>nicht</i> leicht beunruhigt.	SA	A	N	Z	SZ
2. Die meisten Menschen, die mir begegnen, sind mir wirklich sympathisch.	SA	A	N	Z	SZ
3. Ich habe eine sehr lebhafte Vorstellungskraft.	SA	A	N	Z	SZ
4. Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.	SA	A	N	Z	SZ
5. Ich bin für meine Umsicht und meinen gesunden Menschenverstand bekannt.	SA	A	N	Z	SZ
6. Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	SA	A	N	Z	SZ
7. Ich gehe Menschenansammlungen aus dem Weg.	SA	A	N	Z	SZ
8. Ästhetik und Kunst bedeuten mir <i>nicht</i> sehr viel.	SA	A	N	Z	SZ
9. Ich halte mich <i>nicht</i> für jemanden, der listig oder gerissen ist.	SA	A	N	Z	SZ
10. Ich lasse mir lieber Entscheidungsmöglichkeiten offen, anstatt alles im Voraus zu planen.	SA	A	N	Z	SZ
11. Ich fühle mich selten einsam oder traurig.	SA	A	N	Z	SZ
12. Ich bin dominant, selbstsicher und durchsetzungsfähig.	SA	A	N	Z	SZ
13. Ohne starke Empfindungen wäre das Leben für mich uninteressant.	SA	A	N	Z	SZ
14. Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.	SA	A	N	Z	SZ
15. Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	SA	A	N	Z	SZ
16. Im Umgang mit anderen befürchte ich häufig, dass ich unangenehm auffallen könnte.	SA	A	N	Z	SZ
17. Ich arbeite und spiele in einer gemächlichen Art.	SA	A	N	Z	SZ
18. Ich bin ziemlich eingefahren in meinen Bahnen.	SA	A	N	Z	SZ
19. Ich würde lieber mit anderen zusammenarbeiten, als mit ihnen zu wetteifern.	SA	A	N	Z	SZ
20. Ich bin unbekümmert und gleichgültig.	SA	A	N	Z	SZ
21. Ich lasse mich selten zu übermäßig auf etwas ein.	SA	A	N	Z	SZ
22. Ich sehne mich häufig danach, mehr Aufregendes zu erleben.	SA	A	N	Z	SZ
23. Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	SA	A	N	Z	SZ
24. Es macht mir <i>nichts</i> aus, mit meinen Fähigkeiten und Leistungen anzugeben.	SA	A	N	Z	SZ

9 Danksagung

Ich danke Herrn PD Dr. med. Claas-Hinrich Lammers für die Überlassung des Themas.

Frau Dipl.-Psych. Kathrin Ritter und Herrn Dr. med. Stefan Röpke möchte ich für Mitarbeit und Hilfe bei der Datenbearbeitung und der statistischen Analyse danken.

Mein weiterer Dank gilt Herrn Dr. med. Birger Dulz für wertvolle Anregungen zur Thematik und Rekrutierung von Patienten.

Mein herzlichster Dank gilt Herrn PD Dr. med. Claas-Hinrich Lammers für seine Unterstützung, seine unermüdliche Hilfe und Beratung, ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. Vielen Dank!

10 Lebenslauf



Persönliche Daten:

Johanna Rönfeldt

Fährhausstraße 30

22085 Hamburg

J.Roenfeldt@web.de

Geboren am 28.01.1982 in Hamburg

Schulbildung:

1988-1992

Grundschule Humboldtstraße,
Hamburg

1992-2001

Wilhelm-Gymnasium Hamburg

2001

Abitur

Studium:

SS 2002	Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Universität Hamburg
2003-2004	Studentische Hilfskraft des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg (Kompetenznetz Demenz)
03/ 2005	Physikum
04/ 2008 – 07/ 2008	Wahl- Tertial des Praktischen Jahres in der Psychiatrischen Notaufnahme des Asklepios Klinikum Nord Ochsenzoll in Hamburg
08/ 2008 – 10/ 2008	Teil des Chirurgie- Tertials des Praktischen Jahres in Chirurgie an der Karlsuniversität in Prag, Tschechien
10/ 2008 – 12/ 2008	Teil des Chirurgie- Tertials des Praktischen Jahres in Chirurgie in den Schönkliniken Eilbek in Hamburg
01/ 2009 – 04/ 2009	Innere- Tertial des Praktischen Jahres in der Asklepios Klinik Barmbek in Hamburg
Herbst 2009	voraussichtlich Staatsexamen

Famulaturen und Praktika:

01/ 2002	Pflegepraktikum im Marienkrankenhaus (Neurologie)
01/ 2006	Famulatur in der Allgemeinarztpraxis Dr. med. Stefan Bernhardt, Hamburg

09/ 2006	Famulatur im Klinikum Nord Ochsenzoll, Hamburg (Abteilung für Borderline-Persönlichkeitsstörungen)
02/ 2007	Famulatur in der Asklepios Klinik Barmbek, Hamburg (Gastroenterologie)
09/ 2007	Famulatur in Zagreb, Kroatien (Kardiologie)

Allgemeines:

Fremdsprachen: Englisch fließend, Großes Latein, Tschechisch Grundkenntnisse

Hobbies:

Musik (Klavier, Kontrabass), Sport, Lesen

Sonstiges:

Aktuelles Projekt: Rudern für den Brustkrebs

Angehörige des Olympiakaders im Rudern 2005 bis 2007

Mitglied der deutschen Nationalmannschaft von 1999 bis 2009

„Sportlerin des Jahres“ der Stadt Hamburg 2004

Vizeweltmeisterin im Achter (´06)

Bronzemedallengewinnerin U-23 (´02)

Weltmeisterin U23 (´04)

Zweimalige Junioren-Vizeweltmeisterin (´99,´00)

Mehrfache Deutsche Meisterin