

1. EINLEITUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde bei Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) das Nebennierenrinden-Hormon Cortisol untersucht sowie dessen Beziehung zu dem psychologischen Konstrukt ‚aversive innere Spannung‘ und Dissoziationsphänomenen.

Die BPS kennzeichnet eine durchgängige Instabilität der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes bei ausgeprägter Impulsivität. Es liegt eine Störung der Affektregulation vor als große Sensibilität bei emotionaler Stimulation, intensiver Reaktion auf diese Stimulation und schließlich langsamer Dämpfung des emotionalen Erregungszustandes. Emotionen können von Menschen mit BPS häufig nicht klar zugeordnet werden, es kommt stattdessen zu subjektiv aversiv erlebten Spannungszuständen und parallelen Dissoziationsphänomenen. Auffällig ist selbstschädigendes Verhalten, das zur Beendigung von Spannung eingesetzt wird.

Etwa 3/4 der klinisch auffälligen Frauen mit BPS weisen anamnestisch schwere, langanhaltende Traumata wie Mißbrauch, Mißhandlung oder Vernachlässigung auf. Ohne daß beim derzeitigen Stand der Forschung ein kausaler Zusammenhang von Trauma und nachmaliger BPS als bewiesen angenommen werden darf, ist die Parallele zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auffällig, bei der es in der Folge von Trauma zu Flashbacks, Alpträumen, erhöhter psychischer Sensitivität, Hypervigilanz, Reizbarkeit und Wutausbrüchen kommt. Bei etwa 2/3 der Frauen mit BPS wird eine comorbide PTBS gefunden.

Das Hormon Cortisol ist im menschlichen Organismus das Ausgangsprodukt der Hormonkaskade, die von der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) vermittelt wird. Die HHNA ist tragender Teil der Streßregulation, wobei unter objektiver oder subjektiv wahrgenommener - vor allem psychischer - Belastung vermehrt Cortisol ausgeschüttet wird. In Abhängigkeit vom Störungsbild wird überwiegend Hyper- oder Hypocortisolismus ausgebildet. Für die PTBS wurde vielfach Hypocortisolismus gefunden.

Auf diesem Hintergrund wurde untersucht, ob bei BPS in Analogie zur PTBS Hypocortisolismus auftritt. Außerdem wurde untersucht, ob der Cortisolspiegel fällt bei Selbstschädigung oder Anwendung von ‚Skills‘ bzw. ganz allgemein, bei Verminderung von Spannung.

Untersucht wurde eine Gruppe von Frauen mit BPS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe aus gesunden Frauen. Die Erhebung wurde als Feldstudie mittels portabler Kleinstcomputer (Palmtops vom Typ PSION) durchgeführt.

2. GRUNDLAGEN

2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel wird das Störungsbild ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ mit Ausrichtung auf das anliegende Forschungsvorhaben vorgestellt. Dabei wurde auf den historischen Überblick der Konzeptentwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung verzichtet, ebenso auf einen Überblick über die derzeitigen Therapieansätze. Die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist im wesentlichen auf dem Hintergrund der Modellvorstellungen nach M. Linehan dargestellt. Eingefügt ist ein Abriß zu pränataler Schädigung, deren spätere Symptomatik möglicherweise zur BPS aufschließt. Diagnostik wird in späteren Kapiteln berücksichtigt, soweit sie für die Auswahl der teilnehmenden Frauen zum Einsatz kam bzw. zur Konstruktion des Computerfragebogens diente. Den Abschluß des Kapitels bildet eine Skizze zur wirtschaftlichen Bedeutung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Der Begriff ‚Borderline‘ steht in psychoanalytischen und psychiatrischen Traditionen sehr verschiedener Konzepte. Zudem führten Überschneidungen von ‚Borderline‘ mit comorbiden Störungsbildern dazu, daß der Begriff in der psychotherapeutischen Praxis vielfach den Charakter einer „Residualkategorie“ (Rohde-Dachser, 1989) hatte, in die als schwierig wahrgenommene Patienten abgeschoben wurden. Wesentlich auf dem Hintergrund der Arbeiten von Kernberg (1980; 1975) sowie Spitzer & Endicott (1979) konnte eine eigenständige Kategorie „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (BPS) abgegrenzt werden. Deskriptiv und schulenübergreifend wurde ein Syndrom etabliert, das Eingang in das DSM („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association – APA; aktuell: DSM-IV, 1994) und das ICD (World Health Organisation, WHO; Internationale Klassifikation psychischer Störungen; aktuell: ICD-10, 1991) gefunden hat.

Anhand der neun Kriterien des DSM-IV wird die BPS (301.83) wesentlich durch Aspekte gestörter Impulskontrolle und selbstschädigenden Verhaltens charakterisiert sowie durch ein instabiles Selbstbild und der Unfähigkeit zu stabilen zwischenmenschlichen Beziehungen, durch chronische innere Leere sowie episodische schwere Dissoziationen. Das ICD-10 charakterisiert die ‚Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus‘ (F60.31) durch die „deutliche Tendenz, Impulse auszuagieren, ohne Berücksichtigung von Konsequenzen“ sowie durch die häufig „wechselnden launenhaften Stimmungen. Die Fähigkeit voranzuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu gewalttätigem und explosivem Verhalten führen. Zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und ‚innere Präferenzen‘ unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber

unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen“ (nach: WHO, Dilling et al., 1991). Selbstverletzungshandlungen kommen bei 69-80% (Clarkin et al., 1983; Gunderson, 1984; Kullgren et al., 1988; 1986), vollendete Suizide bei 5-10% (Frances et al., 1986) der Betroffenen vor.

Auffällig ist eine Geschlechterimbalance: ca. 3/4 der Personen mit der Diagnose BPS sind Frauen (Widiger & Weissman, 1991). Auf diesem Hintergrund und wegen des - in der klinischen bzw. kriminalistischen Praxis - beobachteten Gegensatzes von bevorzugt autoaggressivem Verhalten bei Frauen bzw. bevorzugt heteroaggressivem Verhalten bei Männern wurde im ICD (nicht im DSM) eine übergeordnete Diagnose geschaffen, die „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ (F60.3); neben dem oben schon dargestellten „Borderline-Typus“ (F60.31) ist ein „impulsiver Typus“ (F60.30) diagnostizierbar. Inwieweit eine solche, durchaus klischeekonforme Dichotomisierung der Geschlechter unter einer gemeinsamen, übergeordneten Diagnose bei wissenschaftlicher Überprüfung Bestand haben wird, bleibt abzuwarten (Fiedler, 1995).

Ein hoher Prozentsatz der Patienten mit BPS weist zusätzliche, comorbide Störungen auf. Im Vordergrund stehen 81-100% affektive Erkrankungen und 24-81% Angststörungen (Prasad et al., 1997; Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1989) sowie 21-67% Substanzmißbrauch (Dulit et al., 1990; Koenigsberg et al., 1985). Die Beobachtungen für comorbide psychotische Erkrankungen liegen bei 0-44% (Fyer et al., 1997; Prasad et al., 1997; Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1989), für Eßstörungen bei 14% (Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1989). Häufig ist auch das gemeinsame Auftreten der BPS mit anderen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Dependenten Persönlichkeitsstörung (50% aller BPS-Patientinnen), der Ängstlich Vermeidenden Persönlichkeitsstörung (40%), der Passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung (25%) und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung (15%). Eine comorbide Paranoide Persönlichkeitsstörung wird bei Männern signifikant häufiger gefunden (Bohus, 2002).

Eine comorbide Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird gemäß Gunderson & Sabo (1993) bei zwei Dritteln des BPS-Klientels gefunden. Dieser hohe Prozentsatz war für die Hypothesenbildung (Kap. 2.4) der vorliegenden Arbeit wichtig: Ätiologisch kann die BPS als traumaassoziierte Störung (PTBS, Dissoziative Störungen) aufgefaßt werden. Durchgehend haben die nachmaligen Frauen mit Borderline-Störung eine Kindheit erlebt, die wesentlich von Traumata, sexuellem Mißbrauch, Gewalt und schwerer physischer und psychischer Vernachlässigung geprägt war (Herman, Perry & van der Kolk, 1989; Überblick: Zanarini et al., 1997b). Weitere im Rahmen dieser Arbeit bedeutsame Ätiologiemodelle sind die Auffassungen von der BPS als Impulskontrollstörung (Zanarini, 1993; vergl. die Diagnosekriterien gemäß DSM-IV) sowie als Affektstörung (Akiskal, 1981) mit ihrer

durchgehenden Dysphorie und ihrer affektiven Instabilität.

Von den *potentiellen neurobiologischen Ursachen der BPS* weiß man noch wenig. In der Folge von frühen Hirnfunktionsstörungen sollen demnach Verhaltensweisen wie Impulsivität, Dysphorie, Konzentrationsmängel und Hyperaktivität auftreten, die dann der Ausbildung einer BPS vorbauen. Neurobiologische Hypothesen zur BPS sind Serotoninmangel (Siever & Davies, 1991), cholinerge Fehlfunktion (Figuroa & Silk, 1997) oder eine niederschwellige Aktivierbarkeit des limbischen Systems (Cowdry, Pickar & Davies, 1985).

Die Vielzahl der ätiologischen Modelle (Überblick: Zanarini, 1997a) für das sehr komplexe Syndrom ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung‘ ließ die Forderung nach einem multidimensionalen Ansatz laut werden, nach einem ‚biopsychosozialen Ätiologiemodell‘ (Paris, 1993b). Ein solches Modell will das ‚biosoziale Ätiologiemodell‘ nach Linehan (1996; 1993) sein; dieses fokussiert eine Störung der Affektregulation auf dem Hintergrund erhöhter emotionaler Vulnerabilität und paralleler Unfähigkeit zur Einschätzung und Steuerung der eigenen Gefühle. Die emotionale Vulnerabilität ist charakterisiert durch eine Triade von besonderer Empfindsamkeit für Stimuli, dann überdurchschnittlich heftige Reaktionen auf diese sowie eine verlangsamte Dämpfung der emotionalen Reaktion bei Rückkehr auf das Ausgangsniveau. Das emotionale Grundniveau wird darüber hinaus als generell erhöht angenommen im Vergleich zu Frauen ohne BPS. Dabei soll die biologisch bedingte emotionale Verletzbarkeit aber noch nicht notwendig zur Entwicklung einer BPS führen, sondern es soll maligner Umweltbedingungen bedürfen, die Linehan ein „invalidierendes soziales Umfeld“ nennt. Ein solches Umfeld sind Familien, in denen es physischen und/oder psychischen Mißbrauch gibt. Prototypisch ist sexueller Mißbrauch als extreme Form physischer Ohnmacht, die dann von dem Mißbrauchenden zur Liebe umgewertet und als scheinbar adäquate Reaktion auf das natürliche Liebesverlangen des Kindes dargestellt werden kann; die Tiefenpsychologie nennt solche Situationen treffend emotionale Doppelbindung, „double bind“ (Rohde-Dachser, 1989). Von solchem Mißbrauch Betroffene haben gelernt, ihren emotionalen Erfahrungen zu mißtrauen und eigene, unabhängige Emotionen zu unterdrücken, stattdessen aber ihre Umwelt auf Hinweise nach erwünschten Verhaltensweisen genau zu beobachten. So entstehen Personen, die hinter einer Maske¹ von angepaßtem Denken, Fühlen und Handeln unfähig sind, eigene Emotionen einzuschätzen und angemessen damit umzugehen. Extreme Reaktionen, Gefühlsausbrüche oder Selbstschädigung sind folglich ein erlerntes Mittel, um soziale Unterstützung einem mißbrauchenden sozialen Umfeld abzutrotzen, ebenso wie ein Mittel,

¹ Etymologisch: ‚persona‘ für (Theater-)Maske; von lat. ‚personare‘ für hindurchklingen

um quälend hochgefahrene, weil nicht adäquat kanalisierbare Erregung zu beenden. Linehan spricht von „emotionalen Erregungszuständen“, die nichts anderes sind als die aversive Spannung (Stiglmayr, 2001b), die weiter unten (Kap. 2.2) definiert wird. Das Linehansche Modell befindet sich in Übereinstimmung mit einer Argumentation zu kognitiven Prozessen bei BPS (Gilligan & Bower, 1984). Intensive Emotionen führen demnach zur Verengung der Aufmerksamkeit auf emotionskongruente interne (z.B. physische) und externe (z.B. Verhalten anderer Menschen) Anteile, was die Emotion weiter aufschaukelt im Sinne einer positiven Rückkoppelungsschleife. Anzumerken bleibt, daß beim biosozialen Ätiologiemodell nach Linehan der Einfluß biologischer und genetischer Anteile zwar als notwendig eingeräumt wird, diese aber kaum auch nur skizziert sind - was im wesentlichen dem heutigen Kenntnisstand zur BPS entspricht.

Die vorliegende Arbeit ist keine Therapiestudie. Nicht näher eingegangen werden soll deshalb auf die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), ursprünglich konzipiert von M. Linehan für die Therapie von suizidalen Frauen mit schwerer BPS. Im verhaltenstherapeutischen Kontext der DBT - an der Universitätsklinik Freiburg und der Medizinischen Universität Lübeck - erfolgte die Rekrutierung der Frauen mit BPS. Ein Aspekt der DBT ist von besonderer Bedeutung: Den Frauen werden Techniken beigebracht, sog. *Skills* (vergl. Tab. 4 in Kap. 3.2.6 ‚Erhebungsdesign‘), die es erlauben sollen, die unkontrolliert einschießenden Spannungszustände nicht durch Selbstschädigung, sondern durch Anwendung eben dieser Skills zu beenden. Die Anwendung der Skills wurde mit dem Computerfragebogen zu dieser Studie erfaßt und unter Kapitel 4.4.2.2 ‚Cortisol und Spannung bei Anwendung von Skills‘ ausgewertet.

Einen wesentlichen Anteil an der Diskussion zur Ätiologie der BPS zwischen Erbe und Umwelt könnten zukünftige *Ergebnisse zu pränatalen und perinatalen Einflüssen* haben. Solche sehr frühen Streßerfahrungen und die Frage nach den Wirkungen von Belastung der werdenden Mutter auf die reagible HHNA des Fetus sowie die Frage nach einem dauerhaften, lebenslangen Priming in der Schwangerschaft finden zunehmend Interesse. In der Abtlg. Prof. Hellhammer laufen zur Zeit mehrere Projekte; das erste, eine Vorstudie, ist abgeschlossen (Gernhardt, 2002). Im Folgenden ein Abriß zu pränataler Schädigung. Gegenstand ist *nicht* die BPS, aber die dargestellten Phänomene schließen möglicherweise symptomatologisch zur BPS auf.

Bei Belastung des mütterlichen Organismus durch psychosozialen Streß wird die fetale HHNA über die Plazenta beeinflusst und modifiziert; in der Folge kommt es zu Frühgeburt, kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen sowie Streßanfälligkeit beim Nachwuchs. Für die Dauer der Schwangerschaft bilden Mutter, Fetus und Plazenta die