



Autistische Züge bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung unter besonderer Berücksichtigung der Empathie

Katia Nanchen¹, Anne Brodführer¹, Markus Heinrichs², Alexandra Philipsen^{1,3}, Ludger Tebartz van Elst¹ und Swantje Matthies¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg

²Institut für Psychologie, Abteilung Biologische und Differentielle Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

³Medizinischer Campus Universität Oldenburg, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Karl-Jaspers-Klinik, Bad Zwischenahn

Zusammenfassung: Auch wenn in der Literatur über eine häufige Komorbidität zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und der Autismus-Spektrum-Störung (ASS) diskutiert wird und überlappende Merkmale zwischen diesen beiden Störungsbildern nachgewiesen wurden, finden sich bisher nur wenige empirische Untersuchungen zu diesem Thema. Zur Einschätzung der Ausprägung autistischer Züge in der BPS-Population wurde in Rahmen dieser Studie der Autism Spectrum Quotient (AQ) von 38 BPS-Patientinnen erhoben und Zusammenhänge zwischen der Symptomatik der beiden Störungsbilder untersucht. Mit Hilfe des Interpersonal Reactivity Index und der Toronto Alexithymia Scale wurden insbesondere die Bereiche Empathie und Alexithymie genauer betrachtet. Die explorative Auswertung dieser Studie ergab, dass fast die Hälfte der BPS-Patientinnen den Cut-off-Wert im AQ überschritten und somit autistische Züge in einer Subgruppe der BPS-Betroffenen ausgeprägt zu sein scheinen. Weiterhin fanden sich in dieser Subgruppe niedrigere Werte für kognitive Empathie und höhere Alexithymie-Werte. Die Relevanz und Implikationen dieser Ergebnisse im klinischen Kontext werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Borderline Persönlichkeitsstörung, Autismus-Spektrum-Störung, autistische Züge, Empathie

Autistic traits in patients with borderline personality disorder

Abstract: Clinical observation suggests that there might be an important overlap between Borderline personality disorder (BPD) and Autism spectrum disorders (ASS). Given this background it was the aim of this study to investigate autistic traits in patients with borderline personality disorder with special attention on cognitive empathy and alexithymia. 38 women with Borderline personality disorder participated. Autistic traits were assessed with the Autism Spectrum Quotient (AQ), facets of empathy with the Interpersonal Reactivity Index (IRI) and alexithymia with the Toronto Alexithymia Scale (TAS). The results show that almost half of the BPD patients scored beyond the ASS cut-off of the AQ. The subgroup with high autistic traits had lower scores for cognitive empathy and higher alexithymia scores. Implications for clinicians are discussed.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Autism Spectrum Disorders, autistic traits, empathy

Auf den ersten Blick scheint es zwischen BPS und ASS nur wenige symptomatische Überschneidungen zu geben. Dennoch lassen sich in der Literatur Hinweise auf eine vermutete häufige Komorbidität finden (Tebartz van Elst, Pick, Biscaldi, Fangmeier & Riedel, 2013). In empirischen Arbeiten der letzten Jahre fand sich bei 10–15 % der BPS-Betroffenen eine komorbide ASS (Rydén, Rydén & Hetta, 2008; Tebartz van Elst et al., 2013). Bei genauerer Betrachtung werden mögliche Gemeinsamkeiten deutlicher:

Als überlappende Merkmale beider Störungsbilder werden beispielsweise Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, Identitätsprobleme, Impulsivität, Probleme bei der Kontrolle von Wut oder eine inadäquate Einschätzung sozialer und emotionaler Signale angesehen (Domes, Schulze & Herpertz, 2009; Fitzgerald, 2005; Pelletier, 1998; Remschmidt & Kamp-Becker, 2009; Roy, Dillo, Emrich & Ohlmeier, 2009). Weiterhin können Schwierigkeiten beim Aufbau adäquater sozialer Bezie-

hungen als typische Folge beider Störungsbilder verstanden werden (American Psychiatric Association, 2013).

Trotz dieser Überlappungen in der Symptomatik von BPS und ASS, wurden das gemeinsame Auftreten beider Störungsbilder und die Auswirkungen dieser Komorbidität auf die Psychopathologie bisher nur in wenigen empirischen Arbeiten untersucht. In der Studie von Rydén et al. (2008) zeigte sich, dass BPS-Patientinnen mit komorbider ASS mehr Suizidversuche unternahmen, ein negativeres Selbstbild hatten und ein niedrigeres globales Funktionsniveau aufwiesen als BPS-Patientinnen ohne ASS. Eine deutlich höhere Anfälligkeit für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit ließ sich wiederum für die BPS-Patientinnen ohne ASS nachweisen.

Darüber hinaus wurden auch eine eingeschränkte kognitive Empathiefähigkeit und Schwierigkeiten beim Erkennen nonverbaler Signale als Gemeinsamkeit beider Störungsbilder diskutiert (Roy et al., 2009). Der Begriff kognitive Empathie meint in diesem Zusammenhang die Fähigkeit von Menschen, implizit ohne analytische Reflexion die Gedanken, Emotionen, Impulse und Absichten anderer Menschen zu erkennen. Die Begriffe Theory-of-Mind (TOM) Fähigkeit oder Mentalisierung meinen weitgehend dasselbe (Tebartz van Elst, 2016). Nicht zu verwechseln ist der Begriff der kognitiven Empathie mit dem der emotionalen Empathie, der so viel wie emotionales Mitleid bedeutet und nach Meinung von Dziobek voraussetzt, dass eine Situation, in der es Mitleid zu entwickeln gilt, zuvor im Sinne einer intakten kognitiven Empathie oder TOM erkannt wurde (Dziobek et al., 2008). Der Begriff Alexithymie (Gefühlsblindheit) beschreibt in Abgrenzung davon die isolierte Fähigkeit von Menschen die eigenen Gefühle zu erkennen im Sinne einer gedachten Teilleistung (Warnes, 1986).

Bei ASS-Betroffenen wurde in verschiedenen Studien über Defizite der kognitiven Empathie berichtet und diese gelten manchen Autoren als Charakteristikum dieses Störungsbildes (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Demurie et al., 2011; Roy et al., 2009). Bei BPS-Betroffenen finden sich bezüglich der Empathiefähigkeit widersprüchliche Resultate, so dass vom «Borderline empathy paradox» gesprochen wird (Dinsdale & Crespi, 2013): Denn verschiedene Studien deuten darauf hin, dass sich BPS-Patientinnen durch eine niedrige kognitive Empathie bei gleichzeitig hoher emotionaler Empathie auszeichnen (Guttman & Laporte, 2000; Harari et al., 2010; New et al., 2012). Dinsdale und Crespi (2013) berichteten in einem Review, dass sich in der Literatur vergleichbar viele Befunde finden lassen, die im Vergleich zu Kontrollen bei BPS-Patienten eine höhere, ähnliche oder eingeschränkte Empathiefähigkeit finden, was weitere Forschung zur Erklärung dieser heterogenen Ergebnissen notwendig macht. Eine Mitberücksichtigung autistischer Züge bei der

Untersuchung der Empathiefähigkeit bei BPS könnte möglicherweise Aufschluss über die Inkonsistenz der bisherigen Ergebnisse geben, da solche Züge einerseits bei BPS-Patientinnen eine Rolle zu spielen scheinen (Rydén et al., 2008; Tebartz van Elst et al., 2013) und andererseits stark mit der Empathiefähigkeit zusammenhängen (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

Es ist zu vermuten, dass in diesem Zusammenhang auch das Konzept der Alexithymie von besonderer Bedeutung ist, da Alexithymie in der Literatur sowohl mit ASS in Verbindung gebracht wird (Fitzgerald & Bellgrove, 2006) als auch eine Beeinträchtigung der kognitiven Empathiefähigkeit mitbedingen kann (Guttman & Laporte, 2002). Darüber hinaus deuten Studien zu Alexithymie bei BPS auf eine hohe Relevanz dieses Konstruktes für das Störungsbild hin (Guttman & Laporte, 2002; Loas et al., 2012; New et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund wurde in der vorliegenden Studie die Ausprägung autistischer Merkmale bei BPS-Patientinnen explorativ untersucht und deren Verbindung zur BPS-Symptomatik näher betrachtet. Außerdem wurde eine differenzierte Betrachtung von kognitiver Empathie und Alexithymie bei BPS in Abhängigkeit vom Ausmaß autistischer Züge vorgenommen.

Methoden

In der Studie wurden 38 weibliche Patientinnen (zwischen 18 und 45 Jahren) eingeschlossen, die sich für einen Therapieplatz auf der Spezialstation für die Behandlung von BPS der Universitätsklinikums Freiburg vorgestellt hatten und die DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer BPS erfüllten. Als Ausschlusskriterium galt das Vorliegen einer der folgenden psychischen Störungen: Dissoziale Persönlichkeitsstörung, organische psychische Störung, Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung, bipolare affektive Störung sowie aktueller Missbrauch oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Die Diagnosestellung der BPS erfolgte durch erfahrene Psychiater und Psychotherapeuten anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II (SKID II; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997). Der Schweregrad der Borderline-Symptomatik wurde mit der Borderline-Symptom-Liste (BSL-95; Bohus et al., 2001) ermittelt. Zur Diagnostik weiterer psychischer Störungen wurde ein ausführliches Anamnesegespräch durchgeführt und folgende Verfahren eingesetzt: Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I-Störungen (SKID-I; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) und Achse II-Störungen (SKID II; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997), das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck & Steer, 1987; deutsche Überset-

zung nach Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994), die Wender Utah Rating Scale und die ADHS-Selbstbeurteilungsskala aus den Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz, 2008). Weiterhin erfolgte bei Verdacht auf ein Asperger-Syndrom ergänzend eine separate klinische Diagnostik.

Zur Erhebung der Zielvariablen wurden Selbstbeurteilungs-Fragebögen eingesetzt, die eine hohe psychometrische Güte aufweisen (Bach et al., 1996; Davis, 1983; Woodbury-Smith et al., 2005). Das Ausmaß der autistischen Symptomatik wurde mit dem Autism-Spectrum Quotient (AQ; Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner et al., 2001; deutsche Übersetzung nach Freitag et al., 2007) erfasst. Sowohl die kognitive als auch die emotionale Empathie wurde mithilfe des Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980) erhoben und die Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker et al., 1994) wurde zur Erfassung der Alexithymie herangezogen. Diese Fragebögen wurden von den Patientinnen, die im Rahmen des Projektes «Effekte von Oxytocin bei Patientinnen und Patienten mit BPS» an der Studie teilnahmen, während der ersten Wochen des stationären Aufenthaltes ausgefüllt. Die Datenerhebung erfolgte zwischen Mai 2012 und Februar 2014.

Für die statistische Auswertung wurden das Ausmaß der autistischen Züge durch den AQ-Gesamtwert und die fünf Subskalen des AQ operationalisiert. Die abhängigen Variablen kognitive und emotionale Empathie ergaben sich aus der Operationalisierung der IRI-Skalen Perspektivenübernahme respektive Empathische Anteilnahme und Persönliches Leid. Alexithymie wurde durch die Skalen der TAS-20 und die BPS-Symptomatik durch die Skalen der BSL-95 gemessen. Um einen Vergleich zwischen Patientinnen mit stark ausgeprägten autistischen Zügen (BPS-AS(+)) und denen mit niedrig ausgeprägten autistischen Zügen (BPS-AS(-)) hinsichtlich Empathie und Alexithymie zu ermöglichen, wurde ein Mediansplit am Gesamtwert des AQ durchgeführt. Die so entstandenen Gruppen wurden auf Mittelwertunterschiede in den AQ-Subskalen sowie die abhängigen Variablen kognitive und emotionale

Empathie, Alexithymie und BPS-Symptomatik untersucht. Zur Analyse der Gruppenunterschiede wurden multivariate Varianzanalysen (MANOVA) durchgeführt.

Ergebnisse

In der BSL-95 erreichten die untersuchten BPS-Patientinnen Werte zwischen 0.89 und 3.02, die auf eine mittlere Ausprägung der BPS-Symptomatik hinweisen. Weitere psychische Störungen wurden bei 37 Patientinnen neben der BPS diagnostiziert. Dabei waren Affektive Störungen, Angststörungen und ADHS die häufigsten festgestellten komorbiden Störungen.

Autistische Züge bei BPS

Eine zuvor nicht diagnostizierte komorbide Asperger-Diagnose wurde lediglich bei einer BPS-Patientin (2,63 %) vergeben und der Verdacht auf ein Asperger-Syndrom lag bei zwei weiteren BPS-Patientinnen vor. Diese 3 Patientinnen wurden in die weitere Analyse der Untersuchung eingeschlossen, da sie keine Ausreißer darstellen.

Der AQ-Cut-Off-Wert von 26 Punkten wurde von 18 BPS-Patientinnen (47,4 %) überschritten. Dementsprechend lag der Median des AQ-Gesamtwertes relativ hoch und betrug 24,5 Punkte. Die zwei BPS-Subgruppen, die durch Mediansplit generiert wurden, unterschieden sich signifikant im AQ-Gesamtwert und auf allen Subskalen des AQ außer Detailfokussiertheit (multivariates $F(5,32) = 23.31, p < .001$, partielles $\eta^2 = .785$). Die F-Werte der univariaten Vergleiche sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Hinsichtlich Soziale Fähigkeiten, Aufmerksamkeitswechsel, Kommunikation und Imagination zeigte die BPS-AS(+)-Gruppe höhere Werte, die auf eine stärkere Ausprägung der autistustypischen Züge bei diesen Patientinnen hinweisen.

Tabelle 1. Deskriptive Statistiken des AQ für die gesamte Stichprobe und Mittelwertvergleich für die Untergruppen

	BPS-gesamt (N = 38)	BPS-AS(+) (n = 19)	BPS-AS(-) (n = 19)	F	P
AQ-Gesamtwert	24.89 (6.59)	30.47 (3.91)	19.32 (2.89)	100.22	< .001
Soziale Fähigkeiten	5.42 (2.14)	6.89 (1.33)	3.95 (1.75)	34.25	< .001
Aufmerksamkeitswechsel	6.21 (2.13)	7.32 (1.57)	5.11 (2.08)	13.71	.001
Detailfokussiertheit	5.05 (2.07)	5.63 (2.27)	4.47 (1.71)	3.16	.084
Kommunikation	4.26 (2.33)	5.53 (2.19)	3.00 (1.73)	15.51	< .001
Imagination	3.95 (2.19)	5.11 (1.91)	2.79 (1.84)	14.45	.001

Anmerkungen. Werte sind Mittelwerte, Standardabweichung in Klammer. F und p für univariate Mittelwertvergleiche zwischen BPS-AS(+) und BPS-AS(-).

Tabelle 2. Mittelwerte der BSL-95 und ihrer Subskalen für die beiden Untergruppen

	BPS-AS(+) (n = 19)	BPS-AS(-) (n = 19)
BSL-95-Gesamtskala	2.04 (0.75)	1.64 (0.68)
Selbstwahrnehmung	1.63 (1.04)	1.19 (0.77)
Affektregulation	2.54 (0.77)	2.05 (0.95)
Autoaggression	2.13 (0.92)	1.78 (1.01)
Dysphorie	3.09 (0.64)	2.95 (0.34)
Soziale Isolation	1.98 (0.85)	1.28 (0.87)
Intrusionen	0.92 (0.81)	0.87 (0.66)
Feindseligkeit	1.83 (0.95)	1.14 (0.98)

Anmerkungen. Werte sind Mittelwerte, Standardabweichung in Klammer.

Bezüglich der BSL-95-Skalen (siehe Tabelle 2) wurde kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen BPS-AS(+) und BPS-AS(-) gefunden. Auf univariater Ebene zeigte sich zwar in einer MANOVA für die BPS-AS(+)-Gruppe eine Tendenz zu stärkerer sozialer Isolation ($F(1,36) = 6.25, p < .017$), höherer Feindseligkeit ($F(1,36) = 4.76, p < .036$) sowie insgesamt höhere Skalenmittelwerte. Der multivariate F-Test der MANOVA wurde jedoch nicht signifikant, $F(8,29) = 1.61, p < .165$, partielles $\eta^2 = .308$.

Empathie

Die deskriptiven Werte des IRI für die Gesamtstichprobe und die beiden Untergruppen sind Tabelle 3 zu entnehmen. Höhere Werte weisen jeweils auf eine stärkere Ausprägung des jeweiligen Empathieaspektes hin.

Für drei der vier Skalen des IRI wurde eine MANOVA durchgeführt. Auf multivariater Ebene ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Gruppe, $F(3,33) = 3.48, p < .027$, partielles $\eta^2 = .240$. In der Skala Perspektivenübernahme (entsprechend kognitiver Empathie) zeigte die BPS-AS(+)-Gruppe signifikant niedrigere Werte als die BPS-AS(-)-Gruppe ($F(1,35) = 7.36, p < .010$, partielles $\eta^2 =$

.174). Für die Skalen Persönliches Leid ($F(1,35) = 1.69, p < .202$) und Fantasie ($F(1,35) = 0.001, p < .970$) konnten jedoch univariat keine signifikante Gruppenunterschiede gefunden werden. Für die Skala Empathische Anteilnahme (entsprechend emotionale Empathie) wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, der ebenso keinen signifikanten Unterschied ergab ($U = 166.50, p = .686$).

Alexithymie

In Tabelle 4 sind die deskriptiven Werte der TAS-20 für die Gesamtstichprobe und die beiden Untergruppen wiedergegeben.

Für die normalverteilten Skalen ergab der multivariate F-Test der MANOVA einen signifikanten Gruppeneffekt, $F(3,33) = 3.12, p < .032$, partielles $\eta^2 = .232$. Auf univariater Ebene wurden für die BPS-AS(+)-Gruppe ein signifikant höherer Gesamtwert in der TAS-20 ($F(1,35) = 10.22, p < .003$, partielles $\eta^2 = .226$) und größere Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen ($F(1,35) = 5.62, p < .023$, partielles $\eta^2 = .138$) im Vergleich zur BPS-AS(-)-Gruppe gefunden. Bezüglich des externalen Denkstiles ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Zur Analyse des Gruppenunterschiedes für die Skala Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen wurde der nonparametrische Mann-Whitney-U-Test herangezogen. Hier ergab sich ein signifikanter Unterschied, $U = 87.00, p = .010$. Die Patientinnen der BPS-AS(+)-Gruppe berichteten über größeren Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen als die Patientinnen der BPS-AS(-)-Gruppe.

Diskussion

Autistische Züge bei BPS

Unter Berücksichtigung des AQ-Cut-Off von 26 Punkten scheinen autistische Eigenschaften bei einem erheblichen

Tabelle 3. Ausprägungen der Empathieaspekte des IRI für die gesamte Stichprobe und die Untergruppen

	BPS gesamt (N = 38)	BPS-AS(+) (n = 19)	BPS-AS(-) (n = 19)
Perspektivenübernahme*	14.74 (6.76)	11.79 (6.62)	17.68 (5.63)
Empathische Anteilnahme	19.68 (5.95)	18.95 (6.70)	20.42 (5.19)
Persönliches Leid	15.57 (5.05)	16.67 (5.30)	14.53 (4.71)
Fantasie	15.24 (6.86)	14.95 (7.76)	15.53 (6.03)

Anmerkungen. Werte sind Mittelwerte, Standardabweichung in Klammer.

* Signifikanter Unterschied zwischen BPS-AS(+) und BPS-AS(-) auf einem α -Niveau von 5 %.

Tabelle 4. Deskriptive Statistiken der TAS-20 für die gesamte Stichprobe und die Untergruppen

	BPS gesamt (N = 37)	BPS-AS(+) (n = 19)	BPS-AS(-) (n = 18)
TAS-20-Gesamtwert *	63.41 (12.26)	69.00 (9.31)	57.50 (12.44)
Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen*	24.53 (5.92)	26.68 (5.24)	22.37 (5.9)
Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen*	19.14 (4.71)	21.16 (3.27)	17.00 (5.12)
External orientierter Denkstil	19.73 (4.95)	21.16 (4.14)	18.22 (5.4)

Anmerkungen. Werte sind Mittelwerte, Standardabweichung in Klammer.

* Signifikanter Unterschied zwischen BPS-AS(+) und BPS-AS(-) auf einem α -Niveau von 5 %.

Anteil (47,4 %) der BPS-Patientinnen eine Rolle zu spielen. Im Vergleich zu den von Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner et al. (2001) untersuchten Gruppen erzielten die BPS-Patientinnen in dieser hier vorgestellten Studie auf der Gesamtskala ($AQ_{\text{gesamt}} = 24.9$) und auf den meisten Subskalen des AQ höhere Werte als die gesunden Frauen ($AQ_{\text{gesamt}} = 15.4$) in Baron-Cohens Stichprobe, jedoch niedrigere Werte als die dort untersuchten autistischen Frauen ($AQ_{\text{gesamt}} = 38.1$). Neben dem Nachweis einer insgesamt hohen Ausprägung autistischer Merkmale bei den BPS-Patientinnen ließen sich in dieser Population mittels Mediansplit zwei Subgruppen definieren, die sich signifikant im AQ-Gesamtwert und auf den AQ-Subskalen Soziale Fähigkeiten, Aufmerksamkeitswechsel, Kommunikation und Imagination voneinander unterschieden. Ein Gruppenunterschied hinsichtlich der Borderline Symptomatik war jedoch, möglicherweise aufgrund der zu geringen Stichprobengröße, nicht feststellbar (Faul et al., 2007), auch wenn die BPS-Patientinnen mit hohen autistischen Zügen tendenziell höhere Werte auf den BSL-95-Skalen erreichten.

Diese Ergebnisse weisen möglicherweise auf eine klinisch bedeutsame Komorbidität zwischen autistischen Entwicklungsbeeinträchtigungen und Borderline Störungen hin. Die Entwicklung einer BPS auf dem Boden von Entwicklungsstörungen erscheint – auch vor dem Hintergrund der bekannten hohen Komorbidität der BPS mit der ADHS – plausibel. Ungünstige Lerngeschichten, dysfunktionale und invalidierende Erfahrungen sind bei abweichenden Eigenschaften, die bereits früh in der Entwicklung auftreten, wahrscheinlich. Es stellt sich damit aus klinischer Perspektive die Frage, ob eine möglicherweise subsyndromal ausgeprägte Variante des Autismus im Sinne eines Persönlichkeitsmusters (Tebartz van Elst, 2016) Basisstruktur für eine sich daraus psychoreaktiv entwickelnde Borderline-Persönlichkeitsstörung sein könnte (Tebartz van Elst et al., 2013).

Vor dem Hintergrund des gefundenen hohen Ausmaßes autistischer Eigenschaften bei einem Anteil der BPS-Patientinnen betrug die tatsächliche Komorbiditätsrate des Asperger-Syndroms in der untersuchten Stichprobe aller-

dings lediglich 2,6 %. Dieser Prozentsatz lag deutlich unter dem von Rydén et al. (2008) gefundenen Komorbiditätswert von 15 % zwischen BPS und ASS. Das Vorliegen von subsyndromalen Formen von ASS bei einem Teil der BPS-Patientinnen (Pelletier, 1998), die durch die hier verwendeten Diagnoseverfahren nicht erfassbar waren, sich jedoch in hohen subjektiven Angaben zu autistischem Charakteristika ausdrücken, wäre eine mögliche Erklärung dafür. Weiterhin ist die Validität des AQ für BPS-Stichproben nicht für jede Skala dieses Fragebogens sichergestellt. Es ist möglich, dass gerade Items der AQ-Skala Soziale Fähigkeiten wie beispielsweise «Ich finde soziale Situationen einfach» oder «Ich finde es schwierig, neue Freunde zu finden» nicht spezifisch autistischem Verhalten erfassen, sondern mit BPS-typischen interpersonellen Schwierigkeiten überlappen (Bohus & Schmahl, 2006; Tebartz van Elst et al., 2013) und störungsbedingt höher eingeschätzt wurden, ohne dass tatsächlich eine starke Ausprägung autistischer Züge vorliegt. In zukünftigen Studien sollte der Charakter autistischer Züge bei BPS genauer betrachtet werden und beispielsweise untersucht werden, ob BPS-Patientinnen mit stark ausgeprägten autistischen Zügen auch das für BPS-Patientinnen mit komorbider ASS gefundene niedrigere globale Funktionsniveau, und das Muster aus zahlreichen Suizidversuchen und negativerem Selbstbild (Rydén et al., 2008) aufweisen oder ob bei BPS-Patientinnen mit stark ausgeprägten autistischen Zügen auch repetitive und stereotype Verhaltensmuster auftreten.

Dass im Bereich der Detailfokussiertheit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gefunden werden konnte, mag darauf hinweisen, dass es sich bei dieser Skala um ein spezifischeres Maß für autistische Probleme handelt.

Empathie

In der vorliegenden Untersuchung wurden emotionale und kognitive Aspekte der Empathie getrennt voneinan-

der betrachtet. Das Ausmaß der autistischen Züge schien sich lediglich auf die kognitiven Aspekte der Empathie auszuwirken. BPS-Patientinnen mit stark ausgeprägten autistischen Merkmalen erreichten nämlich signifikant niedrigere Werte auf der Skala Perspektivenübernahme als die BPS-Patientinnen mit niedrig ausgeprägten autistischen Merkmalen, während sich bei den emotionalen Empathie-Skalen des IRI (Emotionale Anteilnahme und Persönliches Leid) keine signifikanten Gruppenunterschiede finden ließen. Das könnte ähnliche Befunde aus einer entsprechenden Studie an Patienten mit hochfunktionalem ASS von Dziobek und Mitarbeitern bestätigen (Dziobek et al., 2008). Weiterhin wurden in dieser Studie von den BPS-Patientinnen mit niedrig ausgeprägten autistischen Zügen ein ähnlicher Wert in der Skala Perspektivenübernahme ($M = 17.68$) erreicht wie von einer Gruppe gesunder Frauen ($M = 17.96$) in der Untersuchung von Davis (1980). Diese Patientinnen scheinen demnach keine Einschränkungen in diesem kognitiven Empathiebereich aufzuweisen. Im Gegensatz dazu zeigten BPS-Patientinnen mit stark ausgeprägten autistischen Zügen deutlich niedrigere Werte bei der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme ($M = 11.79$) und verzerren somit den Mittelwert bzgl. dieses Merkmals bei der gesamten Gruppe der BPS-Patientinnen. Diese Beobachtung unterstützt die Hypothese, dass die bisher berichteten heterogenen Ergebnisse bezüglich der Ausprägung der kognitiven Empathie bei BPS (Dziobek et al., 2011; Fertuck et al., 2009; Harari et al., 2010) sich möglicherweise auf eine mangelnde Berücksichtigung des Ausmaßes autistischer Züge bei BPS-Patientinnen zurückführen lassen.

Eine überdurchschnittliche hohe Sensitivität für mentale Zustände anderer, wie im Borderline Empathy Paradox (Dinsdale & Crespi, 2013; Krohn, 1974) postuliert wird, ließ sich durch die Ergebnisse dieser Studie nicht unterstützen. Bei der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme erreichte die Subgruppe der BPS-Patientinnen mit niedrigen autistischen Zügen zwar ähnliche, jedoch nicht höhere Werte als die gesunde Vergleichsgruppe von Davis (1980).

Bezüglich der emotionalen Aspekte der Empathie schienen bei BPS-Patientinnen eine niedrigere empathische Anteilnahme und ein höheres persönliches Leid vorzuliegen als bei gesunden Kontrollgruppen oder anderen klinischen Gruppen (Davis, 1980; Dziobek et al., 2011; Guttman & Laporte, 2000; New et al., 2012; Ritter et al., 2011). Diese Beobachtungen unterstützen Ergebnisse aus früheren Studien, nach denen eine starke Ausprägung unreifer Aspekte der Empathie, wie Persönliches Leid, bei BPS-Patientinnen vorliegt, während Aspekte der Empathie, die im Verlauf der Entwicklung ausreifen, wie Perspektivenübernahme oder Empathische Anteilnahme, eher niedrig ausgeprägt sind (Guttman & Laporte, 2000; New et al., 2012).

Alexithymie

Bei der Betrachtung autissuspezifischer Züge bei BPS scheint das Konstrukt der Alexithymie von besonderer Bedeutung zu sein. BPS-Patientinnen mit stark ausgeprägten autistischen Zügen erreichten in dieser Studie einen signifikant höheren TAS-20-Gesamtwert als die BPS-Patientinnen mit niedrig ausgeprägten autistischen Zügen und berichteten auf der Ebene der Einzelskalen über größere Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen. Weiterhin zeigten sich in dieser Studie sowohl für die gesamte Stichprobe ($M = 63.4$) als auch für die beiden Subgruppen ($M = 69.0$ respektive 57.5) höhere TAS-20-Gesamtwerte als in der studentischen (Frauen: $M = 47.4$) und psychiatrischen Kontrollstichprobe (Frauen: $M = 54.5$) von Bagby, Parker et al. (1994). Diese Beobachtung deutet auf eine besondere Relevanz des Konstruktes der Alexithymie bei BPS-Patientinnen hin, insbesondere wenn stark ausgeprägte autistische Züge bei den BPS-Patientinnen vorliegen.

Klinische Implikationen

Es ist anzunehmen, dass sowohl das Ausmaß autistischer Merkmale als auch deren Einfluss auf die Variablen Perspektivenübernahme und Alexithymie, in der Behandlung von BPS-Patientinnen von Bedeutung sind und bei der Planung therapeutischer Maßnahmen berücksichtigt werden sollten. Beispielsweise spielt bei der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) das Erlernen von Fertigkeiten zur Emotionsregulation (Linehan, 1993) eine zentrale Rolle. Dazu soll zunächst die korrekte Identifikation von Gefühlen geübt werden, bevor konkrete Emotionsregulationsstrategien vermittelt werden (Bohus, 2009). Aufgrund der ausgeprägten Alexithymie ist davon auszugehen, dass Patientinnen mit stark ausgeprägten autistischen Zügen bereits bei der Identifikation der Gefühle mehr Probleme haben als andere BPS-Patientinnen, und somit mehr Zeit und therapeutische Unterstützung benötigen. Möglicherweise sind auch die dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategien als Folge der Alexithymie bei den Patientinnen mit hoher Ausprägung autistischer Züge stärker verfestigt (Swart et al., 2009; Taylor, 2000).

Auch hinsichtlich der zwischenmenschlichen Fertigkeiten, die im Rahmen der DBT vermittelt werden sollen (Linehan, 1993), sind für die BPS-Patientinnen mit ausgeprägten autistischen Merkmalen spezifische Schwierigkeiten zu erwarten. Möglicherweise liegen die Ursachen für interpersonelle Schwierigkeiten bei BPS-Patientinnen mit hoher Ausprägung autistischer Merkmale in anderen Bereichen als beispielsweise bei BPS-Patientinnen, die ein starkes Interesse an anderen Menschen zeigen. Letztere

können aufgrund ihrer Impulsivität oder emotionalen Instabilität Schwierigkeiten beim Aufrechterhalten von Beziehungen zeigen (Bohus, 2009; Lieb et al., 2004), während Patienten mit ausgeprägten autistischen Zügen möglicherweise mehr Schwierigkeiten haben, überhaupt Kontakte aufzubauen bzw. die Motive und Ziele anderer einzuschätzen und soziale Situationen richtig zu deuten.

Aufgrund der reduzierten Fähigkeit zur Perspektivenübernahme stellt sich die Frage, inwieweit BPS-Patientinnen mit autistischen Zügen in Therapiegruppen profitieren können. Es ist anzunehmen, dass diese BPS-Subgruppe mehr Schwierigkeiten beim Transfer von Themen in den eigenen Alltag und bei Rollenspielen haben könnte. Daher kann spekuliert werden, dass BPS-Patientinnen mit autistischen Zügen zunächst ein spezifisches Training der Fähigkeit zur Emotionswahrnehmung und darauf aufbauend zur Perspektivenübernahme erhalten sollten, um den Nutzen einer sich anschließende Gruppentherapie zu erhöhen. Hier könnte auf diesbezüglich etablierte Konzepte aus dem Bereich der hochfunktionalen ASS zurückgegriffen werden (Fangmeier et al., 2008, Ebert et al., 2013). Dies sind allerdings bislang Spekulationen und mögliche Fragestellungen für zukünftige Untersuchungen.

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie sind drei wichtige Einschränkungen zu diskutieren. Erstens wurde in dieser Studie keine gesunde Kontrollgruppe herangezogen. Dadurch haben die Ergebnisse nur Gültigkeit für die Population der BPS-Patientinnen und Aussagen über Unterschiede im Ausmaß der autistischen Merkmale zwischen BPS-Patientinnen und gesunden Frauen können nur bedingt gemacht werden. Zweitens bestehen aufgrund der kleinen Stichprobengröße ($N = 38$) und des Ausschlusses männlicher BPS-Patienten offensichtlich Einschränkungen bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Hinblick auf das Geschlecht. Drittens wurden zur Erfassung der Zielvariablen ausschließlich Selbstbeurteilungsinstrumente herangezogen. Eine mögliche Verzerrung der Daten ist daher nicht auszuschließen. Insbesondere für die Zielvariable Empathie können sich je nach Art der Erhebung variable Ergebnisse zeigen (Dinsdale & Crespi, 2013).

Zusammenfassung und Ausblick

Fast die Hälfte der untersuchten BPS-Patientinnen weist ein hohes Ausmaß an autistischen Zügen auf. Die Sub-

gruppe der BPS-Patientinnen mit hoher Ausprägung an autistischen Zügen unterscheidet sich von anderen BPS-Patientinnen. Sie hatte eine signifikant reduzierte Fähigkeit zur Perspektivenübernahme (kognitive Empathie) und größere Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung der eigenen Gefühle, während sich keine Unterschiede in Hinblick auf die emotionale Empathie fanden. Möglicherweise könnte eine Berücksichtigung dieser autismusspezifischen Probleme bei der Planung therapeutischer Maßnahmen für diese Subgruppe zu einer besseren Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen führen.

Deklaration

Das Manuskript basiert auf der Masterarbeit «Autistische Züge bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung unter besonderer Berücksichtigung der Empathie» von Anne Brodführer.

Literatur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bach, M., Bach, D., de Zwaan, M. & Serim, M. (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 46, 23–28.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale – Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33–40.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163–175.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J. & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5–17.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory (BDI): Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Bohus, M. (2009). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2:*

- Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar (S. 533–559). Heidelberg: Springer.
- Bohus, M., Buchheim, P., Doering, S., Herpertz, S. C., Kapfhammer, H. P. & Linden, M. (2009). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T. & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40, 126–132.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.-D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 201–211.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, 3345–3352.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113–126.
- Demurie, E., De Corel, M. & Roeyers, H. (2011). Empathic accuracy in adolescents with autism spectrum disorders and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 126–134.
- Dinsdale, N. & Crespi, B. J. (2013). The borderline empathy paradox: Evidence and conceptual models for empathic enhancements in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 172–195.
- Domes, G., Schulze, L. & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder – a review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23, 6–19.
- Dziobek, I., Preissler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R. & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage*, 57, 539–548.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T. & Convit, A. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 464–473.
- Ebert, T., Fangmeier, A., Lichtblau, J., Peters, A., Riedel, L. & Tebartz van Elst, L. (2013). *Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Das Therapiemanual der Freiburger Autismus Studiengruppe*. Göttingen: Hogrefe.
- Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, P., Biscaldi-Schäfer, M., Ebert, D. & Tebartz van Elst, L. (2011). Psychotherapie des Asperger Syndroms im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt*, 82, 628–635.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 3, 175–191.
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C. & Wilson, S. T. (2009). Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39, 1979–1988.
- Fitzgerald, M. (2005). Borderline personality disorder and Asperger syndrome. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 9, 452.
- Fitzgerald, M. & Bellgrove, M. A. (2006). The overlap between Alexithymia and Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 573–576.
- Freitag, C. M., Retz-Junginger, P., Retz, W., Seitz, C., Palmason, H., Meyer, J., ... von Gontard, A. (2007). Evaluation der deutschen Version des Autismus-Spektrum-Quotienten (AQ) – die Kurzversion AQ-k. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 280–289.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H. U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Guttman, H. A. & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, 39, 345–358.
- Guttman, H. A. & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 448–455.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M. & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175, 277–279.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch*. Bern: Huber.
- Krohn, A. (1974). Borderline "empathy" and differentiation of object representations: A contribution to the psychology of object relations. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 3, 142–165.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364 (9432), 453–461.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottet, A., Perez-Diaz, F. & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 147–152.
- New, A. S., Rot, M., aan het, Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S. & Zipursky, E. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26, 660–675.
- Pelletier, G. (1998). Borderline personality disorder vs. Asperger's disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1128.
- Remschmidt, H. & Kamp-Becker, I. (2009). Das Asperger-Syndrom – eine Autismus-Spektrum-Störung. *Deutsches Ärzteblatt*, 1, 36a-i.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preissler, S., Rüter, A., Vater, A. & Fydrich, T. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241–247.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R. D. (2008). *HASE-Homburger ADHS Skalen für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Roy, M., Dillo, W., Emrich, H. M. & Ohlmeier, M. D. (2009). Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 106, 59–64.
- Rydén, G., Rydén, E. & Hetta, J. (2008). Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: A cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 5, 22–30.
- Swart, M., Kortekaas, R. & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: Characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *Public Library of Science One*, 4, 1–7.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134–142.
- Tebartz van Elst, L. (2016). *Autismus und ADHS. Zwischen Normvarianze, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T. & Riedel, A. (2013). High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic con-

- cepts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263 (Suppl. 2), 189–196.
- Tebartz van Elst, L., Richter, H. & Philipsen, A. (2013). Autism-Spektrum-Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In L. Tebartz van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 223–228). Berlin: MWV.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Woodbury-Smith, M. R., Robinson, J., Wheelwright, S. & Baron-Cohen, S. (2005). Screening adults for Asperger syndrome using the AQ: A preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 331–335.
- Warnes, H. (1986). Alexithymia, clinical and therapeutic aspects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46, 96–104.

PD Dr. med. Swantje Matthies

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstrasse 5
79104 Freiburg
Deutschland

swantje.matthies@uniklinik-freiburg.de