

**Entwicklung eines Fragebogens zur Trennung der
depressiven Symptomatik bei Patienten mit einer
Borderline Persönlichkeitsstörung und Patienten mit einer
Major Depression**

Inauguraldissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

des Fachbereichs Medizin

der Justus – Liebig – Universität Gießen

vorgelegt von Jennifer Kuhlmann

aus Frankfurt am Main

Gießen 2013

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Gießen & Marburg GmbH

Standort: Gießen

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer

Gutachter: Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer

Gutachter: Prof. Dr. phil. Dr. med. Petra Netter

Tag der Disputation: 30.06.2014

Inhaltsverzeichnis

1	Stand der Forschung	1
1.1	Vorwort und Kurzüberblick	1
1.2	Definition der Borderline Persönlichkeitsstörung	3
1.3	Definition der Major Depression	4
1.4	Was versteht man unter dem Begriff „Depression“?	5
1.5	Überlappungen in den diagnostischen Kriterien zwischen der Borderline Persönlichkeitsstörung und der Major Depression	7
1.6	Verlaufscharakteristika der Borderline Persönlichkeitsstörung mit komorbider Major Depression.....	9
1.7	Differentielle Beeinflussung der Borderline Persönlichkeitsstörung und der Major Depression durch psychopharmakologische Interventionen.....	11
1.8	Kritik an den Symptombeschreibungen des DSM-IV	12
1.9	Kritik an der Achseneinteilung des DSM-IV	14
1.10	Depression bei Borderline Persönlichkeitsstörung - Empirische Untersuchungen	16
2	Fragestellung	30
2.1	Präzisierung der Fragestellung	30
2.2	Formulierung der Hypothesen.....	31
3	Material und Methodik.....	34
3.1	Überblick.....	34
3.2	Beschreibung der Stichprobe	34
3.2.1	Rekrutierung der Versuchspersonen	34
3.2.2	Demographische Charakteristika der Stichprobe.....	34
3.3	Verwendete Fragebögen.....	38
3.3.1	Demographischer Fragebogen.....	38
3.3.2	Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik - Depression.....	38

3.3.3	Therapeutenfragebogen.....	39
3.3.4	Beck-Depressions-Inventar-II.....	40
3.3.5	Borderline-Symptom-Liste.....	42
3.4	Durchführung.....	44
3.4.1	Erhebungszeitraum.....	44
3.4.2	Aufklärung und Handhabung der Fragebögen.....	44
3.4.3	Testablauf.....	44
3.4.4	Reihenfolge der Fragebögen in der Testreihe.....	45
3.5	Statistische Auswertungsverfahren.....	45

4 Ergebnisse50

4.1	Auswertung des Therapeutenbogens.....	50
4.2	Vergleich der Gruppen an Hand des BDI-II.....	51
4.2.1	Hypothese 1a: Vergleich der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung, Major Depression und Gesunden.....	51
4.2.2	Hypothese 1b: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression.....	53
4.3	Vergleich der Gruppen an Hand der BSL.....	54
4.3.1	Hypothese 2a: Vergleich der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung, Major Depression und Gesunden.....	54
4.3.2	Hypothese 2b: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression.....	56
4.4	Vergleich der Gruppen an Hand des FEBS-D.....	57
4.4.1	Hypothese 3a: Entwicklung zweier Skalen – t-Test basiert.....	57
4.4.2	Hypothese 3b: Validierung der neuen t-Test-basierten FEBS-D-Skalen.....	60
4.4.3	Hypothese 3c: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression.....	63
4.4.4	Hypothese 4a: Entwicklung dreier Skalen – basierend auf klinischen Überlegungen.....	64
4.4.5	Hypothese 4b: Validierung der neuen klinischen FEBS-D-Skalen.....	69

4.4.6 Hypothese 4c: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression.....	71
5 Interpretation und Diskussion.....	73
5.1 Diskussion der BDI-II- und BSL-Ergebnisse.....	73
5.2 Diskussion der FEBS-D-Ergebnisse.....	78
5.3 Methodenkritik.....	87
5.4 Fazit.....	88
6 Zusammenfassung.....	90
7 Abkürzungsverzeichnis	95
8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	96
9 Literaturverzeichnis	98

Anhang

1 Stand der Forschung

1.1 Vorwort und Kurzüberblick

Die Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine häufig diagnostizierte Erkrankung, deren Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung mit 2% angegeben wird. Damit tritt sie deutlich häufiger auf als zum Beispiel die schizophrene Erkrankung (Bohus & Schmal 2006). In psychiatrischen Kliniken gehört sie mit etwa 20% zu den häufigsten Aufnahmediagnosen und verursacht in Deutschland jährlich Behandlungskosten von etwa 3,5 Milliarden Euro (APA 2000). Diese Summe entspricht ca. 25% der Gesamtkosten, die für die stationäre Behandlung psychischer Störungen ausgegeben werden (Bohus 2007). 90% dieser Kosten entstehen durch stationäre Behandlungen, wobei die durchschnittliche Liegezeit der Borderline-Patienten etwa 70 Tage beträgt (Berger 2009).

Die BPS gehört nach dem „internationalen Klassifikationssystem psychischer und anderer Erkrankungen“ (ICD-10, WHO 1994) zu den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Persönlichkeitsstörung (PS)). Der dort verwendete Begriff „emotional instabile Persönlichkeitsstörungen“ untergliedert sich in 2 Subtypen: den „impulsiven Typ“ und den „Borderline-Typ“. Der Borderline-Subtyp entspricht der „Borderline Persönlichkeitsstörung“ in den Kriterien des „diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen-IV – Text Revision“ (DSM-IV, APA 2000). Das Bild der BPS ist im Allgemeinen geprägt durch ein „tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“ (APA 2000, S.773). Zusätzlich zum eigenen klinischen Bild der BPS liegt eine hohe Komorbiditätsrate psychiatrischer Störungen vor. Unter den Komorbiditäten der Achse I finden sich mit der höchsten Prävalenz Major Depressionen (MD), Dysthymien, Bipolare Störungen, Substanzmissbrauchsstörungen, Posttraumatische Störungen, Soziale Phobien, Angststörungen und Essstörungen (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk 2004). Im Vordergrund steht dabei die depressive Störung mit einer Lebenszeitprävalenz (laut Berger (2009) und Bohus (2002) untersucht in 15 Studien) von bis zu 98%. Selbst Komorbiditätsraten mit anderen Persönlichkeitsstörungen, wie z.B. die dependente Persönlichkeitsstörung mit 50%, die ängstlich-vermeidende oder die paranoide Persönlichkeitsstörung mit jeweils 40%, erreichen nicht eine solch hohe Komorbiditätsrate wie die depressive Störung bei der BPS (Berger 2009).

In einer longitudinalen Studie (Gunderson et al. 2008) wurde an 478 Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung über 6 Jahre untersucht, wie häufig eine Major Depression bei diesen

Patienten neu auftritt oder rezidiert. Insgesamt stellte sich heraus, dass Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung eine Prävalenz von 84,9% für eine MD haben. Während bei 41% der Borderline-Patienten ohne eine bis dahin durchlebte depressive Phase innerhalb von 6 Jahren erstmalig eine MD auftrat, kam es bei 92% der Borderline-Patienten mit einer bis dahin durchlebten depressiven Phase zu Rezidiven.

Aufgrund dieser hohen Prävalenzen sehen Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychosomatiker, die die BPS behandeln, täglich viele symptomatische Ausprägungen der komorbiden Depression von Borderline-Patienten. Spricht man sie auf die Qualität der Depression dieser Patienten an, sind sich viele von ihnen einig, dass sich die Depressivität der BPS deutlich von der Depressivität der MD unterscheidet. Es existiert folglich ein möglicher Widerspruch zwischen den hohen Komorbiditätsraten und dem Erleben von Klinikern, dass die Depression bei BPS qualitativ andersartig ist. Auch in der Literatur wird das Thema immer wieder diskutiert und in vielen verschiedenen Studien an unterschiedlichen Schnittstellen untersucht.

Das Anliegen dieser Dissertation ist es, sich näher mit dem Aspekt und der Qualität der depressiven Störung der BPS zu beschäftigen. Schlussendlich soll mit dieser Arbeit ein Instrument entstehen, das die Qualität der „Borderline-Depression“ von der Qualität der Depression einer echten Major Depression unterscheiden kann. Ziel ist es, die qualitativ verschiedenen Empfindungen der beiden Störungsbilder differenzieren und damit genau benennen zu können.

In diesem Kapitel wird zuerst die, in dieser Arbeit im Mittelpunkt stehende, Borderline Persönlichkeitsstörung im Hinblick auf ihre Diagnostik und ihre depressiven Merkmale beleuchtet. Anschließend soll der Begriff der Depression genauer betrachtet werden, um eine Übersicht über dessen Tragweite zu gewährleisten. Mit dem erarbeiteten Wissen werden Gemeinsamkeiten und diagnostische Probleme der MD und der BPS erläutert. Zuletzt werden empirische Studien vorgestellt, die sich bereits mit den Beziehungen zwischen den beiden Störungsbildern befasst haben.

Anmerkung: Im Mai 2013 wurde das neue DSM-V veröffentlicht (DSM-V, APA 2013). Die Überlegungen und Erhebung der Daten dieser Dissertation erfolgten zum damaligen Stand 2011 nach den diagnostischen Konstrukten des DSM-IV. Aus diesem Grund bezieht sich diese Arbeit hauptsächlich auf das DSM-IV.

1.2 Definition der Borderline Persönlichkeitsstörung

Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist im DSM-IV unter die Persönlichkeitsstörungen der Achse II eingeordnet. Möchte man also die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung stellen, müssen vorerst die diagnostischen Kriterien des DSM-IV einer Persönlichkeitsstörung auf den Patienten zutreffen.

Eine Persönlichkeitsstörung ist im DSM-IV im Überblick wie folgt charakterisiert: Sie „(...) stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leid oder Beeinträchtigungen führt“ (APA 2000, S. 749).

Sind die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt, kann in einem zweiten Schritt über mindestens fünf der neun Kriterien im DSM-IV die BPS diagnostiziert werden. Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien der BPS besonders im Hinblick auf depressive Merkmale beschrieben:

Kriterium (1) beschreibt die verzweifelten Bemühungen des Menschen mit einer BPS, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden und damit eine drohende Trennung oder Zurückweisung zu vermeiden. Im Hinblick auf depressive Merkmale können schon diese Ängste eine Veränderung des Selbstbildes und der Affekte herbeiführen.

Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen stellt das Kriterium (2) dar.

Kriterium (3) beinhaltet eine Identitätsstörung mit einer ausgeprägten und andauernden Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

Anzeichen von Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen wie zum Beispiel Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren oder „Fressanfälle“ gehören zum Kriterium (4).

In Kriterium (5) werden suizidale Handlungen, Selbstverletzungsverhalten und Suizidandeutungen oder –drohungen beschrieben.

Ein für diese Arbeit möglicherweise sehr relevanter Aspekt, ist Kriterium (6): Personen mit einer BPS können eine affektive Instabilität zeigen. Diese ist geprägt von einer ausgesprochen enormen Reaktivität der Stimmung. Die „**dysphorische Grundstimmung**“ von Personen mit einer BPS kann dabei unterbrochen werden durch „Perioden der Wut, Angst oder Verzweiflung (...) [und] selten auch durch Perioden des Wohlbefindens oder der

Zufriedenheit“ (APA 2000, S. 774). Diese Verstimmungen halten gewöhnlich nur einige Stunden und selten länger als einige Tage an.

Noch bedeutsamer aber im Hinblick auf depressive Merkmale scheint Kriterium (7) zu sein. Es beinhaltet ein gequält sein von chronischen Gefühlen der Leere, dazu aber später mehr.

In Kriterium (8) geht es um unangemessene, heftige Wut und Schwierigkeiten, diese zu kontrollieren.

Im letzten Kriterium (9) werden vorübergehende paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (z. B. Depersonalisation) beschrieben, die gewöhnlich von geringem Ausmaß sind und daher keine zusätzliche Diagnose rechtfertigen.

Außer der hohen Komorbiditätsrate der BPS mit einer MD, werden im DSM-IV keine weiteren Angaben zu depressiven Gefühlszuständen gemacht.

Psychiatrische Lehrbücher (Berger 2009; Kaplan & Sadock 2000) beschreiben die BPS als eine Störung des gesamten Spektrums der Affektregulation, was die Stress- und Emotionsregulation sowie die Stimmungsmodulation und Impulskontrolle betrifft. Alpträume sowie Ein- und Durchschlafstörungen belasten das Allgemeinbefinden zusätzlich. Außer der hohen Komorbiditätsrate mit einer MD, gehen sie nicht näher auf eine dysphorische Stimmung oder einen depressiven Gefühlszustand der BPS ein.

In einem Lehrbuch der BPS (Bohus 2002) werden auf klinischer Ebene Störungen der Affektregulation im Zentrum der BPS gesehen. Borderline-Patienten erleben neben heftigen Spannungszuständen und hoch emotionalen Phasen in ihrer Affektregulation „plötzlich einsetzende Episoden der emotionalen ‚Taubheit‘ (numbness)“ (Bohus 2002, S.7). Dies wird beschrieben als eine vollständig fehlende Gefühlswahrnehmung, die von Borderline-Patienten als äußerst unangenehm und quälend empfunden wird. Im Hinblick auf speziell depressive Stimmungsmerkmale werden keine weiteren Angaben gemacht. In eine „depressive“ Kategorie eventuell einordnen könnte man die Beschreibung des Selbstbildes, bei der ein tiefgreifendes Gefühl der Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität und Integrität besteht. Erwähnenswert sind zusätzlich eine ausgeprägte Angst, verlassen zu werden, und das Gefühl „anders zu sein als alle anderen“ (Bohus 2002, S. 7).

1.3 Definition der Major Depression

In der Psychiatrie wird die Depression den affektiven Störungen zugeordnet. Im ICD-10 Kapitel 5 lautet die Krankheitsbezeichnung „depressive Episode“ (engl.: MDE- Major

depressive episode) oder „rezidivierende depressive Störung“ (engl.: MDD- Major depressive disorder).

Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (APA 2000) teilt in Achse I die Major Depression ebenfalls in „Episode einer Major Depression“ (MDE) und in „Major Depression“ (MD) ein. Dabei ist das Hauptmerkmal einer „Major Depression“ ein klinischer Verlauf mit einer oder mehreren „Episoden einer Major Depression“. Es wird darauf hingewiesen, dass die „Episode einer Major Depression“ nicht als unabhängige Einheit diagnostiziert werden kann, sondern vielmehr als Teilelement der eigentlichen Diagnose dienen soll (APA 2000, S.393). Die MDE ist in fünf Kriterien von A – E gegliedert, wobei sich unter dem Kriterium A neun Unterpunkte befinden. Um eine MDE oder MD zu diagnostizieren, müssen entweder Symptom (1) ‚Depressive Verstimmung‘ oder Symptom (2) ‚Verlust an Interesse oder Freude‘ und zusätzlich vier weitere Symptome der Kriterienunterpunkte bestehen. Unter Punkt drei bis Punkt neun finden sich die Symptome: (3) Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme, (4) Schlaflosigkeit, (5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, (6) Müdigkeit oder Energieverlust, (7) Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle, (8) Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten und (9) Suizidgedanken und/oder Suizidversuche. Die Kriterienpunkte B – C beinhalten noch (B) den Ausschluss einer Gemischten Episode, (C) eine Beeinträchtigung in Funktionsbereichen, (D) den Ausschluss einer Substanzwirkung auf den Körper oder den Ausschluss eines medizinischen Krankheitsfaktors und (E) den Ausschluss einer einfachen Trauer. Die Symptome einer MDE müssen in einer mindestens zweiwöchigen Zeitspanne vorliegen.

In der klinischen Praxis wird zusätzlich häufig in der Familienanamnese nach einer Major Depression gefragt und bestärkt, wenn diese positiv ausfällt, die Gültigkeit einer zu stellenden MD Diagnose (Kaplan & Sadock 2000).

1.4 Was versteht man unter dem Begriff „Depression“?

„Depression“ kommt ursprünglich aus dem lateinischen Wort „depressio“, was übersetzt „Niederdrückung, Senkung“ bedeutet, und im Duden mit dem Wort „(ugs.) Traurigkeit“ beschrieben wird (Kunkel-Razum, 2007).

In klassischen Lehrbüchern (Berger 2009; Kaplan & Sadock 2000) werden die Symptome detaillierter betrachtet als im DSM-IV. Das Gefühl der Depression wird bei vielen MD-Patienten als Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung oder aber auch bei anderen MD-Patienten als ein Gefühl der Gefühllosigkeit, sozusagen wie „emotional tot“

(Berger 2009, S.501), beschrieben. Sie wird oft qualitativ anders erlebt als die Gefühle einer normalen Trauer aufgrund von Verlusten oder Schicksalsschlägen. Neben der traurigen Verstimmung, die bei allen MD-Patienten zu finden ist, fanden Winokur et al. (1969) heraus, dass 100% der depressiven Patienten unter Schlafstörungen leiden. Somit zählt die Insomnie zu den häufigsten Symptomen der Major Depression. Nach Berger (2009, S.502) ist die Schlafstörung mit morgendlichem Früherwachen und grübelnd-sorgenvollem Wachliegen sogar oft das einzig fassbare Symptom einer depressiven Störung. Während es vielen MD-Patienten morgens besonders schlecht geht, kann sich ihre Stimmung im Laufe des Tages bessern und sich abends sogar gelegentlich normalisieren. Durch das morgendlich frühe Erwachen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen in der Nacht oder auch Hypersomnien kann es zu depressionsintensivierenden Gefühlen von Energielosigkeit und Müdigkeit kommen. Es besteht eine Antriebslosigkeit, wobei Alltagsaktivitäten wie Waschen, Anziehen oder das Pflegen sozialer Kontakte MD-Patienten sehr schwer fallen. Interessenverlust und Freudlosigkeit, als Anhedonie bezeichnet, stehen im Zusammenhang mit der Antriebslosigkeit und werden häufig von MD-Patienten beschrieben: Sie empfinden an ihren früheren Hobbys und Freizeitaktivitäten sowie beim Essen keine Freude mehr. Etwa 70% der MD-Patienten verlieren während einer depressiven Phase die Lust am Essen, da sie die Nahrungsaufnahme nicht mehr genießen können. Dadurch kommt es häufig zu massivem Gewichtsverlust (Berger 2009, S.503).

Aufgrund des Gefühls der Erschöpfung und der Energielosigkeit ziehen sich viele MD-Patienten täglich stundenlang in ihr Bett zurück in der vergeblichen Hoffnung, Ruhe, Schlaf und Erholung zu finden. Unter einer depressiven Stimmung werden außerdem Gefühle des Überfordertseins und Angstgefühle als Ausdruck einer starken Unsicherheit und Zukunftsängsten beschrieben. Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung erleben die Betroffenen in Hinblick auf ihre Zukunft, da sie durch einen massiven Selbstwertmangel die selbstverständliche Gewissheit bezüglich bisheriger positiver Eigenschaften und Kompetenzen verlieren und Angst haben, an den auf sie zukommenden Aufgaben des Lebens zu scheitern. Die eigene Vergangenheit kann durch die Selbstzweifel ebenfalls verzerrt werden, sodass es nachträglich zu erdrückenden Schuldgefühlen kommt. Die Selbstzweifel verursachen Gefühle der Wertlosigkeit und Nichtigkeit. Im Umgang mit MD-Patienten kann man eine psychomotorische Gehemmtheit, also eine verlangsamte Gestik, Mimik und Sprache beobachten. Häufig vorhanden sind ein subjektiv empfundenes eingeschränktes Konzentrations- und Denkvermögen sowie Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen. Zu einer stundenlang verzweifelten Prozedur kann zum Beispiel bereits schon die morgendliche Kleiderwahl oder die Unterschrift unter ein unbedeutendes Dokument ausarten. Diese vielen hier aufgezählten Symptome und der für MD-Patienten unerträgliche innere Gefühlszustand führen bei bis zu 80% der Betroffenen zu dem Wunsch,

möglichst schnell an einer unheilbaren Krankheit oder einem Unfall zu sterben. Einige von ihnen planen mehr oder weniger konkret, wie man sich aktiv das Leben nehmen kann und bereiten zum Teil schon ihren Suizid vor, indem sie sich zum Beispiel einen Strick oder eine Waffe besorgen. 2-4% der Patienten mit depressiven Erkrankungen beenden ihr Leben durch einen Suizid, was mit ca. 40-70% die häufigste Ursache für diese Art des Sterbens darstellt. Allein daran lässt sich schon erahnen, dass die Betroffenen extrem stark leiden. Selbst MD-Patienten, die bereits schwere Schicksalsschläge durchlebt haben, beurteilen die dadurch verursachten psychischen Schmerzen und ihr Leid als nicht mit den durch eine mehrmonatige Depression ausgelösten Qualen vergleichbar (Berger 2009 S.501ff; Kaplan & Sadock 2000, S.27040ff).

Der Begriff „Depression“ und das Adjektiv „depressiv“ werden im klinischen Alltag als Überbegriffe für eine niedergedrückte Stimmung genutzt und tauchen damit sehr oft in Diagnosen vieler Patienten mit oder ohne eine MD auf. Dann bezieht sich die Diagnose der „Depression“ nicht immer nur auf ein diagnostisches Konstrukt, sondern wird auch häufig für eine weite Varietät von depressiven Gefühlszuständen verwendet: Eine Depression kann also eine depressive Episode, eine Depression bei bipolarer Störung, eine Dysthymie, eine reaktive Depression, eine Depression NOS (not otherwise specified), Dysphorie, Pessimismus, ein normaler Trauerfall und frequenzweise die Depression in Persönlichkeitsstörungen umfassen (Silk 2010; Parker 2005). Parker (2005, S.469) kritisiert sehr treffend die Major Depression der Klinik: „It does not have a clear-cut clinical picture (a depressed mood state being the only obligatory component), [and] its boundaries are unclear (...)“ - Es hat kein fest umrissenes klinisches Bild (die depressive Stimmung ist die einzig obligatorische Komponente) [und] die Grenzen sind unklar(...).

1.5 Überlappungen in den diagnostischen Kriterien zwischen der Borderline Persönlichkeitsstörung und der Major Depression

Vergleicht man die diagnostischen Klassifikationen und die Beschreibungen der Lehrbücher über die BPS und die MD, kann man erkennen, dass die beiden Störungsbilder phänomenologische Hauptmerkmale miteinander teilen. Nach Widiger und Shea (1991) sind viele der definierenden Merkmale der BPS (die affektive Instabilität, das physikalisch selbstverletzende Verhalten, die chronischen Leeregefühle und die intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen) direkt oder indirekt mit einer affektiven Dysregulation verbunden.

Im DSM-IV besitzen beide Störungen ein sofort auffallendes ähnliches und inhaltlich gemeinsames Symptomkriterium: Das Kriterium A (9) der MD „Wiederkehrende Gedanken an den Tod(...), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids“ (APA 2000, S. 406) überlagert sich stark mit Kriterium (5) der BPS: „Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten“ (APA 2000, S. 777). Allein durch diese eine sehr deutliche Überlagerung erfüllen die Patienten im Prinzip sowohl ein Kriterium der BPS wie auch der MD.

Ein weiteres diagnostisches Kriterium der BPS, das eine Überlappung mit der Symptomatik einer MD aufweist, ist Kriterium (6). Es beschreibt „Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (**hochgradige episodische Dysphorie**, Reizbarkeit oder Angst, (...))“ (APA 2000, S. 406). Das DSM-IV erläutert zu dem Begriff der „affektiven Instabilität“, dass die „**dysphorische Grundstimmung** (...) häufig durch Perioden der Wut, Angst oder Verzweiflung (...), selten auch durch Perioden des Wohlbefindens oder der Zufriedenheit [unterbrochen wird]“ (APA 2000, S. 774). Diese „dysphorische Grundstimmung“ passt wiederum hervorragend zu Kriterium (1) der MD ‚depressive Verstimmung‘ und stellt somit möglicherweise einen weiteren Grund für die hohe Komorbiditätenrate dar. Allerdings unterscheiden sich die im DSM beschriebenen zeitlichen Merkmale für diesen Symptombereich. Bei der MD sind sie definiert als „an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages“, wohingegen sie für die BPS definiert werden als „gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage“. Und auch die ‚Reaktivität‘ (wichtiger Inhalt der affektiven Instabilität) der BPS trennt die beiden Kriterienpunkte dann doch merklich.

Kriterium (1) der Major Depression lässt sich aber auch gut in Beziehung bringen zu Kriterium (7) der BPS. Beide Störungsbilder kämpfen mit einem unerträglichen inneren Gefühlszustand: Borderline-Patienten häufig mit dem chronischen Gefühl der Leere (Kriterium 7) und MD- Patienten berichten selbst laut Kriterium (1) sich traurig oder leer zu fühlen: „depressive Verstimmung (...), vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) (...)“ (APA 2000 DSM-IV, S. 406). Spätestens an dieser Stelle kann man dann annehmen, dass Borderline- Patienten (sofern bei ihnen das Gefühl der chronischen Leere auftritt) das Kriterium (1) der Major Depression erfüllen.

Die Kriterien B-E der MD kann ein Borderline-Patient ebenfalls erfüllen: In Kriterium (B) dürfen die Symptome nicht die Kriterien einer Gemischten Episode erfüllen. Kriterium (C) beinhaltet Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. In Kriterium (D) gehen die Symptome nicht auf direkte körperliche

Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück. Und in Kriterium (E) können die Symptome nicht besser durch einfache Trauer erklärt werden.

Nach diesen bisher festgestellten Überlappungen der Kriterienpunkte müssen Borderline-Patienten, die Gefühle der chronischen Leere, eine Art dysphorische Grundstimmung und Suizidgedanken oder –handlungen durchleben, nur noch 3 zusätzliche Kriterien aus der Kategorie A der MD erfüllen, um die Diagnose einer komorbiden Major Depression zu erhalten. Insgesamt ist damit die Schwelle, eine MD bei einem Borderline-Patienten zu diagnostizieren, deutlich herabgesetzt.

Betrachtet man sich jetzt die vorgestellten Gemeinsamkeiten der beiden Störungsbilder, zeigt sich ein Überlappungsbereich, der möglicherweise eine Erklärung der hohen Komorbiditätsraten von bis zu 98% einer MD bei BPS bietet. Es stellt sich dabei die Frage, inwieweit die als Major Depression klassifizierten depressiven Symptome ein Teil der BPS oder eine eigenständige Störung neben der BPS sind?

Verlaufsuntersuchungen liefern Hinweise darauf, inwieweit BPS und MD unabhängig parallel existierende Erkrankungen darstellen, beziehungsweise in welchen Bereichen der Depressivität Unterschiede bestehen.

1.6 Verlaufscharakteristika der Borderline Persönlichkeitsstörung mit komorbider Major Depression

Schon 1968 diskutierten Wissenschaftler über die depressive Stimmungsmerkmale der BPS: „The borderline depression is a feeling of loneliness and isolation“ (Grinker, Werble & Dreye 1968). Und noch heute ist die „Borderline-Depression“ ein aktuelles Thema, das in modernen wissenschaftlichen Fachzeitschriften immer wieder auftaucht (Silk 2010; Goodman 2010). Mittlerweile ist eine beträchtliche Literatur über die Schnittstelle der BPS und der MD angewachsen und es kommen jährlich neue Untersuchungen dazu, die unterschiedliche Aspekte oder gegenseitige Beeinflussungen der beiden Störungsbilder beleuchten.

Joyce et al. (2003) und Bellino et al. (2005) untersuchten zum Beispiel die Symptomatik der BPS-Patienten mit einer MD im Vergleich zu depressiven Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung oder zu nur MD-Patienten. Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass Borderline-Patienten signifikant jünger sind beim erstmaligen Auftreten einer MD und eine höhere Rate an Selbstmordversuchen und Selbstverstümmelungen haben als Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung oder einer MD. Zusätzlich zeigen depressive

Symptome bei BPS und anderen Persönlichkeitsstörungen häufiger einen chronischen Verlauf (definiert über: in den letzten 5 Jahren mehr als 50% depressiv gewesen) (Joyce et al. 2003). Und in der Familienanamnese depressiver Borderline-Patienten lässt sich eine höhere Rate affektiver Störungen als bei depressiven Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung beobachten (Bellino et al. 2005).

Betrachtet man die gegenseitige Beeinflussung der beiden Krankheitsbilder, findet man drei Studien, die Zusammenhänge zwischen der BPS und der MD untersuchen. Die erste Studie, eine 2 Jahres Follow-up Studie von Shea et al. (2004), zeigt die gegenseitige Beeinflussung der beiden Störungen, wenn sie komorbid miteinander auftreten: Kommt es zu einer Remission von der BPS oder der MD, wird eine Besserung in der jeweils anderen Erkrankung prognostiziert. Eine zweite, im gleichen Jahr erschienene, Studie (Gunderson et al. 2004) zeigte - basierend auf 3 Jahres-Daten - mehr unidirektionale Ergebnisse: Eine Besserung oder Verschlechterung der BPS prognostizierte eine Veränderung bei der MD. Reziproke Effekte einer MD-Veränderung, die zu einer BPS-Veränderung führen, konnten nicht gezeigt werden. Ein Jahr später wurde eine dritte Studie publiziert, in der die BPS die Zeit für eine Besserung der MD signifikant verlängerte (Grilo et al. 2005). Generell zeigten diese Studien, dass komorbide Persönlichkeitsstörungen den Verlauf der MD negativ beeinflussen und dass Besserungen der MD in der Regel die BPS in ihrem Verlauf nicht beeinflussen (Gunderson et al. 2008).

Die Ergebnisse einer 10-Jahres Follow-up Studie unterstützen die Vermutung, dass eine Art der Depression ein Teil der BPS ist: Zanarini et al. (2007) untersuchten die Zeitspannen des Auftretens verschiedener Symptome einer BPS. Die Autoren unterschieden zwischen akuten und lang überdauernden Symptomen: Kam es zu einer Besserung der Symptome nach 6 Jahren bei mindestens 60% oder nach 10 Jahren bei mindestens 85% der Borderline-Patienten, wurden die Symptome als akut bezeichnet. Sie fanden heraus, dass Gefühle wie Depression, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Schuld, Zorn, Angst, Einsamkeit und Leeregefühle lang überdauern und nicht in ihre Eingrenzung der akuten Symptome fallen. Zu den akuten Symptomen werden unter anderen psychotische Gedanken, Substanzmissbrauch, Abhängigkeit, sexuelle Devianz, Selbstverletzung, Suizidversuche, stürmische Beziehungen, Abwertung, Manipulation, Sadismus und affektive Instabilität gezählt. Viele der langandauernden Gefühle charakterisieren im Besonderen auch die Major Depression, während die akuten Symptome wesentlich deutlicher eine BPS charakterisieren.

1.7 Differentielle Beeinflussung der Borderline Persönlichkeitsstörung und der Major Depression durch psychopharmakologische Interventionen

Einen weiteren Grund, warum die Depression der BPS als different zur Depression der MD angesehen wird, stellt die praktische Behandlung der BPS dar. Sie besteht hauptsächlich aus Medikationen, die ursprünglich für Störungen der Achse I entwickelt wurden. Hohe Raten an Polymedikationen bei Borderline-Patienten sind keine Seltenheit. 40% der Borderline-Patienten nehmen drei oder mehr, 20% vier oder mehr und 10% fünf oder mehr Medikamente gleichzeitig ein (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Silk 2003 zitiert nach Herpertz 2007).

Eine Anzahl von Studien und Metaanalysen zeigen, dass die pharmakologische Behandlung der Depression mit Antidepressiva, die eine standardisierte und effektive Behandlung im Bereich der MD darstellen, nicht einheitlich effektiv in der Behandlung von BPS wirken (Binks et al. 2006; Duggan, Huband, Smailagic, Ferriter, Adams 2008; Herpertz et al. 2007). Für BPS kommen außer Antidepressiva auch antipsychotisch wirksame Medikamente zum Einsatz. Gängige Wirkstoffgruppen der eingesetzten Antidepressiva sind zum Beispiel Trizyklische Antidepressiva, Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Alpha-2-Antagonisten und MAO-Hemmer. Gängige Wirkstoffgruppen antipsychotisch wirksamer Medikamente sind zum Beispiel typische und atypische Neuroleptika. Als Beispiel für eine vergleichbare antidepressive Wirkung eines Präparates bei MD und BPS kann eine Untersuchung von Joyce et al. (2003) dienen: In dieser Studie mit depressiven Borderline-Patienten und depressiven Patienten ohne eine BPS zeigte sich, dass eine Kurzzeittherapie (6 Wochen) mit dem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Fluoxetin bei depressiven Borderline-Patienten in seiner antidepressiven Wirkung vergleichbar ist mit der Wirkung bei depressiven Patienten ohne eine BPS. Im Gegensatz dazu steht die Kurzzeittherapie mit dem auf vorwiegend Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung ausgerichteten Nortryptilin, das bei depressiven Borderline-Patienten ein wesentlich schlechteres Therapieergebnis im Vergleich zu MD-Patienten oder Borderline-Patienten ohne eine komorbide MD hat. (Joyce et al. 2003). In einer Revision mehrerer Studien, ähnlich wie der obigen, kommen Koenigsberg et al. (1999) zu dem Schluss, dass beide Störungen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihrer zugrunde liegenden Biologie und ihrem Ansprechen auf Therapien zeigen.

Trotz einer weitgestreuten Verschreibung von Medikamenten für Persönlichkeitsstörungen ist der Nachweis für ihre Effektivität bezogen auf BPS überraschend schwach (Binks et al. 2006). In den Nice-guidelines werden vier Studien vorgestellt, in denen BPS-Patienten mit Antidepressiva mehr oder weniger erfolgreich behandelt wurden. Die Empfehlung der Nice-guidelines zur Antidepressivagabe wird zurückhaltend formuliert: "There is insufficient

evidence on which to base a recommendation for antidepressants in the general treatment of borderline personality disorder, although there is evidence that they may be helpful in reducing symptoms of depression where these co-exist" (NICE 2009, S.254).

Die uneinheitliche Wirkung der Arzneimittel ist also ein weiterer Hinweis darauf, dass die Depression von Borderline-Patienten andere Züge oder Ausprägungen besitzt als die von MD-Patienten.

1.8 Kritik an den Symptombeschreibungen des DSM-IV

Die Symptome der BPS sind im DSM-III, III-R, und IV oft kritisiert worden für ihre Überschneidung mit anderen PS und ihren polythetischen Algorithmus, der zu viel Heterogenität erlaubt (Gunderson 2010). Silk (2010) sieht einen Fehler im 1980 entworfenem DSM-III (der sich auch z.T. noch im DSM-IV wiederfindet) in der Symptomaufzählung der BPS. Seiner Meinung nach kann man eine interpersonelle Interaktion nicht in Symptome oder in sehr spezifische Verhaltensweisen übersetzen. Die aufgelisteten Symptome würden dadurch ihre Anerkennung, in Bezug auf die interpersonellen Beziehungen und affektiven Reaktionen von Borderline-Patienten und ihrem Umfeld, verlieren.

Das zeigt zum Beispiel eine Studie von Shedler und Westen (2004), in der 797 erfahrene Psychiater und klinische Psychologen dazu angehalten wurden, die Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) zu nutzen, um entweder derzeitige Patienten mit einer PS oder ihre Vorstellung eines Patienten mit einer PS zu beschreiben. Der SWAP-200 beinhaltet 200 persönlichkeitsbeschreibende Aussagen beziehungsweise Items, die mit Ziffern von null (trifft überhaupt nicht zu) bis sieben (trifft sehr gut zu) bewertet werden können. Von diesen 200 Items wurden jeweils die 20 Items mit der höchsten Bewertung (also Persönlichkeitsmerkmale, die einen Patienten am besten beschreiben) miteinander verglichen. Interessant an ihren Ergebnissen ist, dass die eigene Vorstellung der Psychiater und Psychologen von einer BPS zwar sehr gut mit dem diagnostischen Konstrukt des DSM-IV übereinstimmt, sich aber deutlich von den Items der von Psychiatern und Psychologen beschriebenen Patienten mit einer BPS unterscheidet. Die derzeitigen Borderline-Patienten wurden eher mit Items beschrieben, die emotionale Dysregulationen, intensives emotionales Leid und Dysphorie beinhalten. Außerdem wurden den „echten“ Borderline-Patienten Gefühle von Unzulänglichkeit, Depression, Hoffnungslosigkeit, Angst, Wut und ungerechter Behandlung zugeordnet. Da aber nur wenige dieser Persönlichkeitsmerkmale im diagnostischen Konstrukt des DSM-IV einer BPS erwähnt werden, schlussfolgern die Autoren, dass die DSM-IV Kriterien für das intensive emotionale Erleben, das in der BPS zentral zu sein scheint, unzureichend sind.

Skodol et al. (2010) bemängeln in einem Review mehrerer longitudinaler Studien ebenfalls die Symptombeschreibung des DSM-IV. Ihren Ergebnissen zufolge stimmt das diagnostische System nicht mit dem klinischen Bild der BPS überein. Hauptsächlich geht es um die Dauer und Stabilität der Erkrankung, die im Gegensatz zu den Achse-I-Störungen anhaltender und/oder bleibend sein soll. Im DSM-IV beginnen die Kriterienpunkte (A-F) in den allgemeinen diagnostischen Kriterien einer PS mit den Worten: (A) „Ein **überdauerndes** Muster von innerem Erleben und Verhalten (...)“, (B) „Das **überdauernde** Muster ist unflexibel und tiefgreifend (...)“, oder zum Beispiel (D) „Das Muster ist **stabil und langdauernd** (...)“ (APA 2000, S. 753-754). Zanarini et al. (2006) fanden aber in einer Studie mit einer Zeitdauer von 10 Jahren heraus, dass es bei 88% der stationierten Patienten mit einer BPS zu einer Remission kommt (die Remission wurde definiert als ein nicht mehr Zutreffen der Kriterien für BPS: DIB-R oder DSM-III-R). Von diesen 88% erfuhren 39,3% schon nach zwei Jahren, 22,3% dann nach vier Jahren, 12,8% nach acht Jahren und weitere 3,7% nach 10 Jahren eine Remission. Außerdem schienen die Remissionen sehr stabil zu sein, da bei nur etwa 6% der Borderline-Patienten ein erneutes Auftreten der BPS vermerkt werden konnte. Mit diesen Remissionsraten, kann man laut Skodol et al. (2010) eigentlich nicht mehr grundsätzlich von einem überdauernden oder einem stabilen Muster einer Persönlichkeitsstörung sprechen.

Nichtsdestotrotz sind Persönlichkeitsstörungen stabiler oder länger vorhanden als Affektive Störungen, denn Prozentraten einer fünf Jahres Studie zeigen, dass schon nach sechs Monaten über 50% und nach fünf Jahren 88% der Individuen mit einer MD genesen (Keller et al. 1992). Es kann also durchaus stabile Faktoren in der BPS geben, diese sind jedoch nicht alle richtig aufgeführt: Die Verhaltenskriterien sind Beispiele oder Manifestationen von Verhaltenskonstrukten, müssen aber nicht notwendigerweise kontinuierlich präsent sein. Zum Beispiel suizidales Verhalten oder spezifische Arten von selbstschädigendem Verhalten könnten Manifestationen von der affektiven Instabilität und oder der Impulsivität sein (Skodol et al. 2010).

Um solchen oder ähnlichen Problemen der Borderline-Symptombeschreibung gerecht zu werden, schlägt Gunderson (2010) eine alternative Möglichkeit der Symptombeschreibung der BPS vor, die sich an der derzeitigen Borderline-Symptomatik des DSM-IV orientiert. Diese Alternative ist verbessert durch die Ergebnisse verschiedener Forschungsarbeiten und geht sogar zum Teil auf die depressive Grundstimmung der BPS ein: Die affektive Instabilität soll ersetzt werden durch eine ‚negative Emotionalität (chronische Dysphorie) mit plötzlichen Schwankungen von Irritation oder Angst (zu Depression)‘ (Gunderson 2010, S. 696). Damit wäre die Depression als Teil der BPS in die Symptombeschreibung des DSM-IV aufgenommen. Es fehlt diesem neuen Vorschlag allerdings noch an der genauen

Differenzierung zwischen einer MD und der „Depression“ oder der „chronischen Dysphorie“. Diese Überlegungen legen jedoch nahe, dass man die 98% der Komorbiditätsrate nicht darauf zurückführen kann, dass fast jeder Borderline-Patient zusätzlich unter einer Major Depression leidet. Damit soll nicht ausgeschlossen werden, dass eine BPS mit einer echten MD einhergehen kann, jedoch erscheint es essentiell, diese Fälle von jenen abzugrenzen, die eine „normale“ Borderline-Depression ohne MD durchleben. Dazu erscheint eine präzise Charakterisierung der mit einer BPS einhergehenden depressiven Symptome notwendig.

1.9 Kritik an der Achseneinteilung des DSM-IV

Ein immer wiederkehrendes Thema im klinischen Alltag, in der psychiatrischen Nosologie und in der Literatur ist neben der Kritik an den Symptombeschreibungen die Achseneinteilung des DSM-III und seinen Nachfolgern. Persönlichkeitsstörungen wurden seit der Einführung einer multiaxialen Diagnostik im Format des DSM-III (APA 1980) von Mentalen Störungen in eine separate Achse getrennt. Achse II beinhaltet „Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung“, während sich in Achse I „klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme“ befinden (APA 2000, S.17f). Dabei ist umstritten, ob die BPS wirklich getrennt zu Achse II oder doch eher zur Achse I zugeordnet werden soll. Die Kritik reicht bis zu einem Infragestellen der Existenz von Achse II-Störungen an sich (Widiger & Shea 1991; Parker 2005; Skodol, Shea, Yen, White & Gunderson 2010; Silk 2010). Es wird dabei diskutiert, inwieweit die PS eine eigenständige Störungsgruppe auf Achse I darstellen oder ob sie eher aufgrund ihrer engen Beziehungen zu den affektiven Störungen zu diesen gezählt werden sollten. Die Frage ‚Ist die BPS eine Variante der unipolaren affektiven Störung?‘ verneint McGlashan (1987) und begründet dies mithilfe seiner Untersuchungen, bei denen nur eine geringe Rate (6%) an Patienten von einer zuerst diagnostizierten reinen BPS im Laufe der Langzeitstudie einen absoluten Wechsel zu einer unipolaren affektiven Störung erfuhren. Eine Komorbidität war dabei ausgeschlossen.

Ein Lösungsvorschlag, der die Zugehörigkeit der BPS klären soll, kommt von Widiger et al. (1991, S. 400): „Borderline personality disorder may represent a comparable instance of a mental disorder diagnosis that is literally on the boundary of the personality and mood disorders and may then represent both a personality and a mood disorder.“ (- Die BPS kann die Diagnose einer psychischen Störung sein, die sich buchstäblich auf der Grenze der Persönlichkeitsstörungen und den affektiven Störungen befindet und dann sowohl eine Persönlichkeits- als auch eine affektive Störung darstellen kann.) Man könnte also die BPS für beide Achsen kodieren.

Eine klare Abgrenzung der BPS zu den Achse I Störungen sehen Henry et al. (2001) in ihren Untersuchungen. Sie vergleichen die BPS mit einer anderen Affektiven Störung, der Bipolar II Störung, mit Hilfe der „Affective Lability Scale“ (Harvey, Greenberg & Serper 1989) und der „Affect Intensity Measure“ (Larsen, Diener & Emmons 1986). In ihren Ergebnissen zeigen Borderline-Patienten eine signifikant höhere affektive Labilität zwischen Euthymie und Zorn, während Bipolar II-Patienten eine signifikant höhere affektive Labilität zwischen Euthymie, Depression und Begeisterung zeigen. Hohe Ergebniswerte für Impulsivität und Feindseligkeit waren nur bei Borderline-Patienten zu beobachten. Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse der beiden Gruppen in Bezug auf die affektive Instabilität schlussfolgern die Autoren, dass die BPS nicht als abgeschwächte Gruppe affektiver Störungen angesehen werden kann.

Im Hinblick auf das neue DSM-V (APA 2013), das kein multiaxiales System mehr besitzt, prognostizierten Skodol et al. schon 2010, dass die Unterscheidung zwischen der BPS und der MD noch diffiziler wird und neue nosologische Konventionen benötigt werden, um unterschiedliche Diagnosen zu erstellen.

Aber nicht nur am diagnostischen Konstrukt der BPS, sondern auch am diagnostischen Konstrukt der MD wird Kritik geübt: Das DSM-Konzept der MD hat laut Parker (2005) zwar einen hohen angewachsenen Status, demonstriert aber eine limitierte Nutzbarkeit seit seiner Einführung. Die ‚Major Depression‘ sei weder eine intrinsisch reliable noch valide Einheit und habe unter anderem versäumt, die notwendige Klarheit in Bezug zur Ätiologie oder zur Ansprechbarkeit durch verschiedene Therapien aufzuzeigen (Parker 2005). Eine MD kann schon nach einer Zeitspanne von 2 Wochen anhaltenden spezifischen Symptomen diagnostiziert werden. Das ist nach Horwitz und Wakefield (2007) ein solch kurzes Zeitfenster, dass normale Trauer oder Traurigkeit schnell mit klinischer Depression verschmelzen kann.

Paris (2010) bemängelt ebenfalls die unscharfen Grenzen der MD und ihre große Heterogenität in Bezug auf BPS-Patienten, da diese oft genug Symptome zeigen, die die Kriterien einer MD erfüllen. Es komme zu Überschneidungen zwischen MD und BPS, die sogar die Regel und nicht die Ausnahme darstellen. Diese Überlagerungen würden oft, aber irreführenderweise, als Komorbiditäten bezeichnet, die die Präsenz von mehr als einer Krankheit anzudeuten scheinen (Paris 2010). In der Literatur gibt es immer häufiger Stimmen wie die von Paris (2010), die die Validität der hohen Komorbiditätsraten, aufgrund der mangelhaften Abgrenzung beider Krankheitsbilder, anzweifeln. Levy et al. (2007) zum Beispiel warnen (S.138): “The quality and symptoms of depression in patients with borderline

personality disorder needs to be carefully assessed, and the mere presence of depression cannot necessarily be assumed to indicate an Axis I major depression.” (- Die Qualität und die Symptome der Depression bei Patienten mit BPS müssen vorsichtig bewertet werden und beim bloßen Vorliegen einer Depression kann nicht notwendigerweise angenommen werden, dass eine Achse I Depression vorliegt.)

Die in Bezug auf die BPS und die affektiven Störungen am häufigsten diskutierte Möglichkeit, diesen Verwirrungen ein Ende zu setzen, wäre, Kriterien zu den diagnostischen Konstrukten hinzuzufügen, die es erleichtern würden, die beiden Störungen zu trennen. Wie bereits vorerwähnt (vgl. Kap.1.8, S.13), veröffentlichte Gunderson (2010) eine mögliche Weiterentwicklung der diagnostischen Symptome. In seiner Version fehlen aber dennoch Antworten auf die vielen Fragen, die die beiden Störungsbilder betreffen. Wenn zum Beispiel die unterschiedliche Qualität der Depression der beiden Störungen genauer dargestellt werden könnte, wäre die Differenzierung zwischen einer reinen BPS und einer BPS mit einer echten MD wesentlich vereinfacht.

1.10 Depression bei Borderline Persönlichkeitsstörung - Empirische Untersuchungen

In der Literatur existieren verschiedene Studien, die empirisch versuchten, die „Borderline-Depression“ genauer darzustellen. Die Mehrzahl der Studien stammt aus den frühen 90er Jahren und erst in den letzten Jahren stieg wieder vermehrt das Interesse an diesem Thema inklusive neuerer Studien an. Dabei wurden depressive Symptome im Wesentlichen bei vier Patientenkollektiven miteinander kontrastiert. Diese Gruppen sind:

- Borderline-Patienten **ohne** eine komorbide MD-Diagnose (reine BPS-Patienten),
- Borderline-Patienten **mit** einer Major Depression-Diagnose (BPS+MD-Patienten),
- Major Depression-Patienten ohne eine BPS (MD-Patienten)
- und Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung als die BPS (PS-Patienten).

Um Emotionen, Symptome und Merkmale einer psychischen Störung zu erfassen, werden in der Forschung häufig Fragebögen in den verschiedensten Formen angewendet. Es gibt bereits eine Reihe verschiedener Instrumente, die eine BPS spezifisch erfassen und von anderen psychischen Erkrankungen differenzieren. Neben dem international hauptsächlich angewandten „Diagnostischen Interview für das Borderline-Syndrom - revidierte Fassung“ (DIB-R: Zanarini, Gunderson, Frankenburg, Chauncey 1989), gibt es als Fremdbeurteilungsverfahren das „Strukturelle Interview von Kernberg“ (1977), das „Schedule for Interviewing Borderlines“ von Baron (1981), die „Borderline Personality Disorder Scale“

von Perry (1982) und als Selbstbeurteilungsverfahren den „Borderline Syndrom Index“ von Conte et al. (1980) sowie das in Deutschland entwickelte „Borderline-Persönlichkeitsinventar“ von Leichsenring (1997). Zur Erfassung des Schweregrades und zur Beurteilung des Therapieverlaufs einer BPS konstruierte Bohus et al. (2001) die „Borderline-Symptom-Liste“ (BSL). Zuletzt entwickelten Renneberg et al. (2005) einen „Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen“, der zur Erfassung der charakteristischen Kognitionen und Grundannahmen von Personen mit einer BPS dient.

Um spezifische Emotionen oder Komorbiditäten der BPS zu erfassen, werden in der Forschung häufig Instrumente angewendet, die ursprünglich für andere nosologisch abgrenzbare Störungsbilder konzipiert wurden, wie zum Beispiel für Depression die „Hamilton-Depressions-Skala“ (HAM-D: Hamilton 1960) oder für Angst die „Hamilton-Angstskala“ (HAM-A: Hamilton 1959). Diese Messinstrumente scheinen jedoch, angewandt bei BPS-Patienten, eine limitierte Nützlichkeit zu haben. In vielen Studien, in denen BPS-Patienten Depressions-Fragebögen ausfüllen oder über Depressionsfragebögen in der Schwere ihrer Depression bewertet werden, erreichen BPS-Patienten das gleiche oder sogar ein höheres Ergebnis als Patienten mit einer MD. Obwohl man annehmen müsste, dass somit alle mit einem solchen Ergebnis getesteten Borderline-Patienten zusätzlich eine Major Depression aufweisen, erhalten trotzdem nicht alle von ihnen die komorbide Diagnose einer MD.

Eine Studie zu diesem Thema kommt von Comtois und Kollegen (Comtois, Cowley, Dunner & Roy-Byrne 1999), die die Schwere der Depression an reinen BPS-Patienten, BPS+MD-Patienten, PS-Patienten und an MD-Patienten untersuchten. Insgesamt wurden 283 ambulante Patienten in die Studie aufgenommen und mit Messinstrumenten, wie unter anderem dem „structured clinical Interview for DSM-III-R“ (SCID: First, Spitzer, Gibbon, Williams 1996) für Achse I und II, der HAM-D, der HAM-A und der „Beck Depression Inventory“ (BDI: Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh 1962), untersucht. Reine BPS- und BPS+MD-Patienten zeigten im Schnitt aller Depressionsmessinstrumente die höchste Wertung in der Schwere der Depression. Es folgten Patienten mit einer anderen PS und zuletzt MD-Patienten. Diesen Umstand betrachteten Comtois et al. (1999) genauer: Während BPS+MD-Patienten in der HAM-D (einem Fremdbeurteilungsverfahren) die höchste Wertung in der Schwere ihrer Depression erreichten, erzielten diesen Stellenwert im BDI (einem Selbstbeurteilungsverfahren) die reinen BPS-Patienten. Comtois et al. (1999) resümieren die Daten ihrer Studie so, dass die untersuchte Schwere der Depression zum Teil abhängig von der Struktur der Fragebögen ist, je nachdem, ob es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren oder ein Fremdbeurteilungsverfahren handelt. Daraufhin resümierten sie, dass (in Abwesenheit einer Standardkonstellation der depressiven Symptome) eine objektive

Evaluation der Patientendepression die subjektive Erfahrung des Patienten unterschätzen kann (Comtois et al. 1999).

Aber nicht nur die Schwere der Depression dieser Gruppen wurde von Forschern durch Depressionsfragebögen untersucht, sondern im Besonderen auch die Qualität der Depression. In der Literatur wird von einer unterschiedlichen Qualität der depressiven Störung der BPS im Vergleich zu der bei Affektiven Störungen von MD-Patienten gesprochen. Anfang der 90er Jahre findet man fünf und in jüngerer Zeit drei Studien zu diesem speziellen Thema. Fast alle von ihnen bedienen sich mehrerer Depressionsfragebögen, vergleichen zum Teil die Messwerte der verschiedenen Patientengruppen und untersuchen, ob signifikante Messwertdifferenzen der einzelnen Subskalen oder Items zwischen den Patientengruppen auftreten. Alle Studien fanden Eigenschaften oder Symptome, die die Depression einer BPS von einer MD unterscheiden könnten. Diese sind aber, fasst man sie zusammen, sehr heterogen und stellen häufig bloße Übereinstimmungen mit Borderline-spezifischen Symptomen dar. Damit tragen sie nur zum Teil zur Differenzierung der depressiven Qualität von BPS und MD bei. Einen Überblick über die vorhandenen Studien gibt Tabelle 1 (siehe folgende Seiten).

Tabelle 1: Überblick über die vorhandenen Studien über die Symptomatik der Depression bei der BPS

Autoren	Jahr	Kollektiv	Kontrollfragebogen Vergleich der Endmesswerte der Gruppen	Spezifisch untersuchter Fragebogen	Ergebnis (1) Items, die signifikant different bewertet wurden von den jeweiligen Versuchsgruppen (Patientengruppe: sign. höhere Werte im Vergleich zu übrigen Pat.)	Ergebnis (2) Items, die (wie Ergebnis 1) signifikant different bewertet wurden, aber auch in der DSM-IV BPS-Diagnostik zu finden sind
Bellodi, Battaglia, Gasperini, Scherillo, Brancato	1992	15 BPS+MD-Patienten 45 MD-Patienten	HAM-D: keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtergebnissen der beiden Gruppen Also theoretisch kein Unterschied in der Schwere der Depression	SCL- R-90	MD-Patienten: melancholische Formen der Depression	BPS+MD-Patienten: erhöhte Persistenz ihrer Persönlichkeitsstruktur (Definition einer PS) Höhere Zornes- Intensität (Punkt 8) und Schwierigkeiten diese zu kontrollieren
Westen, Moses, Silk, Lohr, Cohen, Segal	1992	16 BPS+MD-Patienten, 17 reine BPS-Patienten, 14 MD- Patienten	HAM-D: keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtergebnissen der drei Gruppen Also theoretisch kein Unterschied in der Schwere der Depression	DEQ	BPS- und BPS+MD- Patienten: Abhängigkeitsfaktor, Selbstkritikfaktor und diffuse negative Affektivität (Einsamkeit, Angst und Hoffnungslosigkeit)	BPS und BPS+MD: Inkonstante(s) Selbstkonzept und Selbstachtung (Punkt 1), Leeregefühle (Punkt 7), Zorn (Punkt 8), Verlassensängste (Punkt 1)
Sullivan, Joyce, Mulder	1994	20 BPS+MD-Patienten, 35 MD-Patient mit einer anderen PS, 48 MD-Patient und keine PS	HAM-D: keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtergebnissen der drei Gruppen Also theoretisch kein Unterschied in der Schwere der Depression	SCL-R- 90	MD-Patienten mit einer BPS oder einer anderen Persönlichkeitsstörung: Erhöhte zwischenmenschliche Sensitivität	Paranoide Ideation und Psychotizismus (Punkt 9), Wut und Feindlichkeit (Punkt 8)

Tabelle 1: Fortsetzung

Autoren	Jahr	Kollektiv	Kontrollfragebogen Vergleich der Endmesswerte der Gruppen	Spezifisch untersuchter Fragebogen	Ergebnis (1) Items, die signifikant different bewertet wurden von den jeweiligen Versuchsgruppen (Patientengruppe: sign. höhere Werte im Vergleich zu übrigen Pat.)	Ergebnis (2) Items, die (wie Ergebnis 1) signifikant different bewertet wurden, aber auch in der DSM-IV BPS-Diagnostik zu finden sind
Southwick, Yehuda, Giller	1995	26 BPS-Patienten (mit und ohne MD) 12 MD-Patienten	HAM-D: keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtergebnissen der beiden Gruppen	DEQ	BPS-Patienten (mit und ohne MD): Subskala der Selbstkritik	-
Rogers, Widiger, Krupp	1995	16 BPS-Patienten 18 MD-Patienten	BDI (u. a.): keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtergebnissen der beiden Gruppen Also theoretisch kein Unterschied in der Schwere der Depression	Eigen erstelltes Depressionskonstrukt mit 11 Kategorien (insges. 149 Items, die aus versch. Fragebögen stammen)	BPS-Patienten erreichen höhere Messwerte: Selbstverurteilung, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit	BPS-Patienten erreichen höhere Ergebnisse: Selbstzerstörung (Punkt 5), Verlassensängste (Punkt 1)
Wilson, Stanley, Oquendo, Goldberg, Zalsman, Mann	2007	72 BPS+MD-Patienten 71 MD-Patienten (ohne eine Persönlichkeitsstörung)	HAM-D: keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtergebnissen der beiden Gruppen BDI: BPS+MD-Patienten erreichen ein höheres (also depressiveres) Endergebnis als MD-Patienten	HAM-D	BPS+MD-Gruppe erreicht höhere Level der kognitiven Symptome (Schuld, Suizidgedanken, Depersonalisation, Zwangsgedanken) und Angst	BPS+MD-Gruppe erreicht höhere Ergebnisse der paranoide Gedanken (Punkt 9)

Tabelle 1: Fortsetzung

Autoren	Jahr	Kollektiv	Kontrollfragebogen Vergleich der Endmesswerte der Gruppen	Spezifisch untersuchter Fragebogen	Ergebnis (1) Items, die signifikant different bewertet wurden von den jeweiligen Versuchsgruppen (Patientengruppe: sign. höhere Werte im Vergleich zu übrigen Pat.)	Ergebnis (2) Items, die (wie Ergebnis 1) signifikant different bewertet wurden, aber auch in der DSM-IV BPS-Diagnostik zu finden sind
Levy, Edell, McGlashan	2007	29 BPS+MD-Patienten, 10 reine BPS-Patienten, 17 MD-Patienten	SCL-90-R-DS: keine signifikanten Unterschiede in den Endergebnissen der drei Gruppen	DEQ	BPS- Patienten: Anaklitische Bedürftigkeit (Hoffnungslosigkeit, Ängste und Befürchtungen hinsichtlich Zurückweisung, Trennung, Frustrationserfahrungen und Verlust von Zufriedenheit) <i>kein Unterschied zwischen den Versuchsgruppen in der Subskala der Selbstkritik!</i>	-
Berrocal, Ruiz Moreno, Rando, Benvenuti, Casiano	2008	25 BPS- Patienten 19 MD-Patienten	-	MoodS SR	BPS-Patienten: kognitive Symptome (Hyperkritik, verschlechterte tägliche Aktivitäten, Schuld, Gedanken über allgegenwärtige Feindlichkeit, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken und -versuche)	-

Im Folgenden werden diese Studien jeweils kurz vorgestellt und es wird erläutert, welche Teile der Ergebnisse für diese Arbeit nützlich für eine Differenzierung depressiver Symptome bei BPS und MD sein könnten und welche nicht.

1992 untersuchten **Bellodi und Kollegen** (Bellodi, Battaglia, Gasperini, Scherillo & Brancato 1992) die „Natur der Depression“ an 15 BPS+MD-Patienten und an 45 MD-Patienten. Sie kontrollierten und bewerteten die Schwere der Depression mit der HAM-D und der „90-Item Symptom Checklist“ (SCL- 90: Derogatis 1983). Es fanden sich in beiden Patientengruppen keine signifikanten Unterschiede in der Gesamt-Punktzahl der zwei Messinstrumente. Allerdings gab es Differenzen zwischen den Gruppen in verschiedenen Items: Während MD-Patienten signifikant höhere Werte in Items, die auf melancholische Formen der Depression bezogen waren, erreichten, zeigten BPS+MD-Patienten weniger spezifische Symptome und eine erhöhte Persistenz ihrer Persönlichkeitsstruktur. Sie erfuhren eine höhere Zornes-Intensität und hatten Schwierigkeiten, diese zu kontrollieren (Bellodi et al. 1992). Betrachtet man jetzt die vermeintlich abgefragten depressiven Symptome wie „unkontrollierter Zorn“ und „Persistenz ihrer Persönlichkeitsstruktur“ genauer, erkennt man, dass sie eher auf die bei Borderline-Patienten im DSM-IV (APA 2000, S.777) bekannten Symptome wie die unangemessene heftige Wut (Punkt 8) oder der langandauernden Zeitzuschreibung einer Persönlichkeitsstörung abzielen, als dass sie eine andere Qualität oder eine genauere Beschreibung der Depressivität darstellen würden. Interessant ist hier nur der Teil, in dem die MD-Patienten höhere Werte in melancholischen Items erzielen als BPS+MD-Patienten. Es fehlt der Studie allerdings eine reine BPS-Vergleichsgruppe.

Westen und Kollegen (1992) untersuchten die Qualität der Depression an 16 BPS+MD-Patienten und 17 reinen BPS-Patienten und verglichen diese mit 14 MD-Patienten. Obwohl die reine BPS-Gruppe nicht die Kriterien für eine komorbide depressive Störung erfüllten, unterschieden sich die drei Gruppen (kontrolliert durch die HAM-D) nicht in der Schwere ihrer Depression. Die Qualität der Depression wurde mit dem „Depressive Experiences Questionnaire“ (DEQ) (Blatt, D’Afflitti & Quinlan 1976) bewertet, der durch eine Faktorenanalyse in drei Teile gegliedert wurde: Abhängigkeit, Selbstkritik und Effektivität. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass reine BPS-Patienten an der Qualität ihrer Depression von MD-Patienten unterschieden werden können. Reine BPS- und BPS+MD-Patienten erreichten im Abhängigkeitsfaktor und im Selbstkritikfaktor signifikant höhere Werte als MD-Patienten, während im Bereich der Effektivität keine signifikanten Unterschiede festgestellt wurden. Die Autoren zeigen in ihrer Studie, dass die Qualität der Depression der BPS deutlich geprägt ist von Einsamkeit, diffuser negativer Affektivität (was Zorn, Einsamkeit, Angst und Hoffnungslosigkeit beinhaltet), einem merklich inkonstantem Selbstkonzept und Selbstachtung, Leeregefühlen, Abhängigkeit und Verlassensängsten.

Wie auch schon bei Bellodi et al. (1992) zeigen viele der von Westen et al. (1992) erforschten depressiven Symptome wie „Verlassensängste“, „inkonstantes Selbstkonzept und Selbstachtung“ und „Zorn“ die im DSM-IV beschriebenen Symptome der BPS, wie die Verlassensängste (Kriterium 1), die Identitätsstörung (Kriterium 3) oder unangemessene heftige Wut (Kriterium 8), und haben weniger speziell mit dem Begriff der Depression zu tun. In diesen Fällen ist es also nicht verwunderlich, dass BPS-Patienten hier einen höheren Messwert erreichen. Auch „Leeregefühle“ sollen die depressiven Symptome von reinen BPS- und BPS+MD-Patienten genauer beschreiben. Dieses Symptom wird in der Diagnostik, wie oben bereits festgestellt (vgl. Kap. 1.5), beiden Störungsbildern zugeschrieben: Kriterium 7 der BPS und Kriterium 1 der MD. Interessant wird es bei den Subskalen der Selbstkritik, Abhängigkeit und Teilen des untersuchten Symptoms der diffusen negativen Affektivität, bei dem es ebenfalls zu signifikanten Messwert-Differenzen zwischen reinen BPS- und MD-Patienten in Items (wie zum Beispiel „After an argument, i feel lonely“ - DEQ) kommt. Selbstkritik, Abhängigkeit, Angst, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit, könnten also dabei behilflich sein, die Depression der beiden Gruppen zu unterscheiden.

Wixom, Ludolph und Westen kamen **1993** nach ihrer Studie zu einem ähnlichen Resultat wie Westen et al. (1992): Mädchen (im Alter von 14-18 Jahren) mit einer BPS erzielten signifikant höhere Ergebnisse in den DEQ-Faktoren der Abhängigkeit und der Selbstkritik als ihre Vergleichsgruppe depressiver Mädchen ohne BPS (Wixom, Ludolph, Westen 1993).

Sullivan und seine Kollegen kritisieren **1994** in einem Artikel die beiden zuerst vorgestellten Studien von Westen et al. (1992) und Bellodi et al. (1992): Beide Untersuchungsreihen besäßen eine große konzeptionelle Schwäche beim Vergleich der depressiven Patienten mit und ohne BPS. In beiden Fällen seien die Kontroll-Gruppen (definiert durch die Abwesenheit einer BPS) heterogen und umfassen Individuen mit keiner Persönlichkeitsstörung und mit keiner BPS. Konsequenterweise sei es schwierig zu erörtern, ob Differenzen eher spezifisch seien für die BPS oder doch der Präsenz oder dem Fehlen anderer Persönlichkeitsstörungen zugeordnet werden können.

In ihren eigenen Forschungen wurden depressive Studienteilnehmer (mit einem HAM-D Index von ≥ 14) in 3 Gruppen aufgeteilt: 1. MD und keine Persönlichkeitsstörung, 2. MD mit einer (oder mehreren) anderen Persönlichkeitsstörung(en) und 3. MD mit einer BPS. Auch hier erreichten wieder alle Gruppen in der HAM-D und in der Anzahl der melancholischen, atypischen und spezifischen depressiven DSM-III-R-Kriterien ein etwa gleich hohes Ergebnis. Bei der Auswertung ihrer Studien fielen Differenzen der MD- Charakteristika in den Symptomskalen des SCL-90 auf. Erhöhte zwischenmenschliche Sensitivität und paranoide Ideation charakterisierten depressive Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (also Gruppe zwei und drei), während Psychotizismus, Wut und Feindlichkeit im Besonderen die

BPS+MD-Gruppe (Gruppe drei) charakterisierten. Außer des Symptoms der zwischenmenschlichen Sensitivität kann man wieder alle anderen von Sullivan et al. gefundenen Merkmale einer Borderline-Depression den diagnostischen Kriterien des DSM-IV zuordnen: Paranoide Ideation und Psychotizismus fallen unter Kriterium (9) und Wut und Feindlichkeit fallen unter Kriterium (8) des DSM-IV. Auch diese stellen wiederum keine depressiven Symptome dar. Dieser Studie fehlt, wie bereits der ersten vorgestellten Studie, eine reine BPS-Vergleichsgruppe.

Ähnlich wie Westen und seine Kollegen (1992) nutzten **Southwick, Yehuda und Giller (1995)** die HAM-D und den DEQ. Die HAM-D wurde eingesetzt, um die Schwere der Depression zu bewerten: 26 BPS-Patienten erreichten gleich hohe Ergebnisse wie 12 MD-Patienten. Ein Unterschied der beiden Gruppen zeigte sich in der Subskala der Selbstkritik des DEQs: Auch hier, wie schon bei Westen et al. (1992) und Wixom et al. (1993), erreichten reine BPS-Patienten wesentlich höhere Messwerte als MD-Patienten. Daraufhin untersuchten die Autoren die Beziehung zwischen der Schwere der Depression (ermittelt durch die HAM-D) und der Selbstkritik-Subskala und fanden bei BPS-Patienten eine signifikante Korrelation der beiden. „Selbstkritik“ scheint also, wie schon in mehreren Studien untersucht, wichtig für die qualitative Depression der BPS zu sein. Generell schlussfolgerten Southwick et al. (1995), dass quantitative Instrumente wie die HAM-D eine limitierte Nützlichkeit bei Charakterisierung der Qualität der Depression von Borderline-Patienten besitzen und dass Gefühle der Selbstkritik in der depressiven Borderline-Symptomatik bisher zu wenig beachtet wurden.

Im gleichen Jahr wie Southwick und seine Kollegen forschten auch **Rogers, Widiger und Krupp (1995)** an „Aspects of depression associated with borderline personality disorder“. Ähnlich wie schon bei den anderen Studien zuvor nutzten sie verschiedene Tests und strukturierte Interviews, u.a. den BDI, um die Schwere der Depression zu messen. 16 BPS-Patienten und 18 MD-Patienten erreichten dabei einen etwa gleich hohen Messwert. Aus mehreren bereits existierenden Fragebögen wurden insgesamt 149 Items gesammelt und diese dann 11 depressiven Symptomkategorien zugeordnet. In ihren Ergebnissen beschrieben die Autoren, dass die höchsten signifikanten Korrelationen bei BPS-Patienten im Gegensatz zu MD-Patienten in den Item-Konstrukten der Selbstverurteilung, den Verlassensängsten, der Einsamkeit, der Selbstzerstörung und der Hoffnungslosigkeit zu finden waren, während die Attribute Schuld und Hilflosigkeit die niedrigsten Koeffizienten und Langeweile und somatische Beschwerden sogar überhaupt keine Assoziation zeigten. Hier finden sich die in den bisher vorgestellten Studien für die Depression der BPS am häufigsten gefundenen Attribute, wie Selbstkritik (in Form der „Selbstverurteilung“) und Gefühle der Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit, wieder. Dass Verlassensängste und Selbstzerstörungen

ebenfalls hoch mit der BPS korrelieren, kann man erwarten, da sie Bestandteile der diagnostischen Symptome der BPS sind.

Zu den bisher vorgestellten Untersuchungen erscheint es wichtig zu erwähnen, dass diese auf den alten diagnostischen Kriterien des DSM-III-R (APA 1987) der BPS und der MD beruhen und damit eigentlich nicht mehr vergleichbar mit neueren Studien und dem diagnostischen Symptomen des DSM-IV, eingeführt im Jahr 2000, sind.

Es dauerte 12 Jahre, bis das Thema der bisher vorgestellten Studien wieder neu entdeckt und untersucht wurde. **Wilson et al.** nahmen **2007** eine Untersuchung an 72 BPS+MD-Patienten und 71 MD-Patienten vor. Beide Gruppen bearbeiteten den BDI und wurden über die HAM-D in der Schwere ihrer Depression bewertet. Im BDI, einem Selbstbeurteilungsverfahren, schnitten BPS+MD-Patienten im Gegensatz zu MD-Patienten wesentlich höher (also theoretisch depressiver) ab, während beide Gruppen in der HAM-D, einem Fremdbeurteilungsverfahren, etwa die gleiche Schwere einer Depression zeigten. Ein Schlüsselmerkmal für ein solches Ergebnis, scheint, nach Wilson et al. (2007), eine schwerere subjektive Erfahrung ihrer eigenen Symptome zu sein. Die HAM-D wurde post-hoc in 6 Faktoren gegliedert, wobei sich zeigte, dass die BPS+MD-Gruppe höhere Level der kognitiven Symptome (Schuld, Suizidgedanken, Depersonalisation, paranoide Gedanken und Zwangsgedanken) und höhere Level im Zusammenhang mit Angst erreichten. Die kognitiven Symptome wie Schuld, Suizidgedanken, Depersonalisation und Zwangsgedanken wurden in den bisherigen Studien nicht als differenzierende Symptome einer Borderline-Depression genannt oder untersucht. Aber auch hier muss man wieder sortieren und feststellen, dass paranoide Gedanken (die in die Gruppe der kognitiven Symptome dieser Studie fallen) zu den diagnostischen Symptomen des DSM-IV der BPS (Kriterium (9)) gehören und somit nicht dabei helfen, die Depression von Borderline-Patienten und MD-Patienten zu differenzieren. Die Suizidgedanken gehören zwar auch zu Kriterium (5) der BPS-Symptome im DSM-IV und müssten an dieser Stelle damit ausgeschlossen werden, sind aber, wie bereits in Kapitel 1.5 erklärt, ebenfalls ein diagnostisches Symptom der Major Depression im DSM-IV und damit möglicherweise qualitativ wichtig für die Differenzierung der Depression von MD und BPS. Um jedoch herauszufinden, ob die anderen Eigenschaften spezifisch für die Depression der BPS oder die Depression der MD sind, fehlt der Studie eine reine BPS-Vergleichsgruppe.

Levy und Kollegen (2007) verwendeten in ihren Forschungen in Anlehnung an die Studien von Rogers et al. (1995), Southwick et al. (1995) und Westen et al. (1992) den DEQ. 17 MD-Patienten, 29 BPS+MD-Patienten und 10 reine BPS-Patienten nahmen an der Studie teil und unterschieden sich in der SCL-90-R-DS nicht in der Schwere der Depression, obwohl die reine BPS-Gruppe nicht die Kriterien für eine komorbide depressive Störung erfüllten. Levy

et al. (2007) fanden heraus, dass die BPS signifikant zusammenhängt mit ananklitischer Bedürftigkeit, die durch erhöhte Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Ängste und Befürchtungen charakterisiert ist. Die Befürchtungen bezogen sich dabei besonders auf Zurückweisung und Trennung sowie auch intensiv auf Frustrationserfahrungen und den Verlust der Zufriedenheit. Im Gegensatz zu den vorherigen Studien fand sich kein Unterschied zwischen den Versuchsgruppen in der Subskala der Selbstkritik. Auch in der Subskala der Selbstwirksamkeitsfaktoren konnte man keine Differenzen feststellen. Dennoch zeichnete sich bei MD-Patienten der Trend ab, niedrigere Messwerte in Abhängigkeitsfaktoren zu erreichen als die beiden anderen Gruppen. Die gewonnenen Daten, so schlussfolgerten die Autoren, unterstützen die Hypothese, dass Personen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (mit oder ohne Depression) von depressiven Individuen anhand der Qualität ihrer depressiven Erfahrungen unterschieden werden können (Levy et al. 2007). In ihrer abschließenden Diskussion betonen sie, dass Patienten mit einer BPS nicht die Kriterien für Affektive Störungen erfüllen müssen, um signifikante depressive Erfahrungen erlebt zu haben. Außerdem seien Skalen wie der HAM-D, der BDI oder der SCL-90-R begrenzt anwendbar bei der Trennung des spezifischen Charakters des depressiven Affektes der BPS, wobei sie auch schon den Nutzen strukturierter Diagnostik-Interviews wie den SCID beim Diagnostizieren einer Depression bei BPS-Patienten als eingeschränkt bewerten.

In einer zuletzt erschienenen Studie (**Berrocal, Ruiz Moreno, Rando, Benvenuti & Casiano 2008**) wurden phänomenologische Stimmungsmerkmale der BPS und der MD verglichen. Borderline-Patienten erzielten dabei in jedem Bereich des Mood Spectrum Self Reports (MoodS SR: Cassano et al. 1999) eine höhere Punktzahl, mit der größten Diskrepanz in den Subskalen der Kognition und der Gefühlslage. Der kognitive Bereich bezieht sich auf kognitive Veränderungen, die assoziiert waren mit Antriebs- oder Affektdysregulationen, während im Emotions-Bereich Labilität und Interessensveränderungen an Familie, Freunden, romantischen Beziehungen, Arbeit, Hobbies und Sport untersucht wurden. Berrocal und Kollegen (2008) erklären, dass insbesondere die kognitiven Symptome in ihrer Studie besonders nützlich seien, um BPS- von MD-Patienten zu unterscheiden. Dabei schienen vor allem Symptome wie Hyperkritik, verschlechterte tägliche Aktivitäten, Schuld, Gedanken über allgegenwärtige Feindlichkeit, Hoffnungslosigkeit sowie Suizidgedanken und -versuche geeignet, die BPS besser zu charakterisieren. In dieser Studie wurden keine BPS spezifischen DSM-IV Kriterien zwecks genauere Differenzierung der Depression genannt. Die hier vorgestellten differenzierenden Merkmale können möglicherweise allesamt die depressive Qualität der BPS beschreiben.

Da die Methoden dieser insgesamt acht Studien teilweise sehr unterschiedlich gewählt wurden, ist es folglich nicht möglich, ihre Ergebnisse vollständig miteinander zu vergleichen. Man kann versuchen, Tendenzen der Borderline-Depression ausfindig zu machen und häufig genannte depressive Symptome einer BPS, die diese Depression genauer beschreiben sollen ohne ein diagnostisches Kriterium im DSM-IV zu sein, zusammenzufassen. Die am häufigsten genannten Merkmale der acht Untersuchungen sind „Selbstkritik“ und „Hoffnungslosigkeit“, wobei in einer der neueren Studien extra betont worden ist, dass „Selbstkritik“ in ihrer Studie (Levy et al. 2007) nicht auffällig war. Direkt nach diesen beiden Eigenschaften folgt das Merkmal „Angst“, „Ängste“ oder „Befürchtungen“. Dabei werden „Hoffnungslosigkeit“ und „Angst“ häufig in Bezug zu einer anaklitischen Bedürftigkeit gesehen. Mindestens noch zweimal aufgeführt wurden „Einsamkeit“, „Suizidgedanken oder – handlungen“, „Schuldgefühle“ und „kognitive Symptome“, die allerdings durch die Studien heterogen definiert worden sind. Vereinzelt wurden noch Symptome wie „Abhängigkeit“ und „zwischenmenschliche Sensitivität“ genannt, die jedoch nur jeweils in einer der Untersuchungen gefunden und sonst nicht mehr erwähnt wurden. Diese hier aufgeführten Symptome scheinen also für die Qualität der Depression der BPS sehr wichtig zu sein, da sie alle in den verschiedensten Fragebögen signifikant höher oder stärker von Patienten mit einer BPS bewertet wurden als von MD-Patienten. Das Problem hierbei ist jedoch herauszufinden, inwiefern sich diese Symptome voneinander unterscheiden, da bei all diesen Untersuchungen nur gesagt werden kann, dass bei bestimmten Symptomen ein höherer Messwert erreicht worden ist. Bedeutet das dann zum Beispiel, dass BPS-Patienten selbstkritischer sind als MD-Patienten? Oder lässt sich die Art der „Selbstkritik“ in den beiden Störungsbildern unterscheiden? Zusätzlich besteht das Problem der unterschiedlichen Messwerte besonders der Borderline-Patienten in Selbstbeurteilungsverfahren und in Fremdbeurteilungsverfahren.

In all diesen Untersuchungen wurde immer wieder festgestellt, dass herkömmliche Depressionsfragebögen weder in der Lage sind, reine BPS-Patienten von MD-Patienten noch reine BPS-Patienten von BPS+MD-Patienten zu unterscheiden. Trotzdem konnten in vielen Studien alle Versuchspersonen in diese drei speziellen Gruppen durch Rater, Psychiater oder Psychologen (etc.) eingeteilt werden. Sicherlich ist es kein Problem MD-Patienten von Borderline-Patienten zu unterscheiden. Wie aber unterscheiden die Kliniker reine BPS-Patienten von BPS+MD-Patienten, wenn herkömmliche Depressionsfragebögen dazu nicht in der Lage sind? Es muss also präzise Unterschiede zwischen den Depressionsarten geben, da in allen vorgestellten Studien, die zwischen diesen beiden Gruppen differenzieren, hohe Interrater-Reliabilitäten zustande gekommen sind. Aber sind diese Einteilungen überhaupt korrekt, wenn wie zu Beginn dieser Arbeit bereits vermutet, eine bestimmte Art der Depression ein Teil der BPS ist? Die hier unbeantworteten Fragen,

kleine methodische Fehler und die durch den Fortschritt und die Zeit entstandenen verschieden genutzten DSM-Kriterien der Störungsbilder der in diesem Kapitel vorgestellten Studien lassen deren Ergebnisse für die mögliche Verwendung neuer Forschungsarbeiten kritischer erscheinen.

Neben den in den empirischen Untersuchungen vorgeschlagenen, differenzierenden Merkmalen der BPS existieren ein paar wenige Artikel, die sich theoretisch mit diesem Thema befassen und die Borderline-Depression durch klinische Erfahrungen und Reviews verschiedener Studien beschreiben.

Goodman und Kollegen (2010) schlagen vor, dass die BPS eine Störung der emotionalen Dysregulation mit zusätzlichen Komponenten der Impulsivität und interpersoneller Sensitivität ist, die sich deutlich von der MD unterscheidet. Während beide Störungen Stimmungsalterationen beinhalten, sei der wichtigste differenzierende Faktor für die BPS die Sensitivität auf affektive Verschiebungen. Sie sei mehr vorübergehend und reaktiv im Gegensatz zu den anhaltenden Stimmungsproblemen der MD-Patienten. Außerdem soll die negative Gefühlslage der BPS weniger nachhaltig und labiler sein als bei der MD. Und auch die Stresssensitivität ist bei Borderline-Patienten eher auf den interpersonellen Bereich beschränkt, wohingegen sie bei MD-Patienten einen breiteren Bereich zu betreffen scheint (Goodman, New, Triebwasser, Collins & Siever 2010).

Koenigsberg et al. (2002) beschreiben, dass man von den allgemeinen diagnostischen Kriterien der BPS die niedergedrückte Stimmung am ehesten auf die affektive Instabilität projizieren kann. Dabei wechselt die Stimmung der Individuen von Stunde zu Stunde in Abhängigkeit von interpersonellen Interaktionen und Stressoren. Sie berichten von einer Untersuchung von Cowdry et al. (1991), in der Borderline-Patienten zweimal täglich ihre Stimmung festhielten. Dabei kam heraus, dass Patienten mit einer BPS größere Stimmungsschwankungen von morgens bis abends und eine zufälligeren Verteilung von morgendlichen Stimmungen zeigten, als dies bei Patienten mit einer MD oder bei gesunden Kontrollpersonen der Fall war.

Genau diesen Umstand stellen auch Trull et al. (2008) heraus. Sie erklären, dass Affekte der BPS, wie zum Beispiel Dysphorie, Reizbarkeit und Angst, deutliche Überlagerungen und Gemeinsamkeiten zu den charakteristischen Affekten einer MD zeigen. Die instabile Affektivität der BPS jedoch unterscheidet sich hinsichtlich ihrer Reaktivität auf Umweltstimuli und ihren kurzen, schwankendem Verlauf von dem zum Beispiel schleichendem Beginn einer MD.

Jüngere Überlegungen, wie diese hier aufgeführten, geben neue Denkanstöße für eine eingehende Untersuchung der depressiven Qualitäten beider Störungen. Bisher wurden

noch mit keinem Messinstrument bezogen auf die Borderline-Depression solch detaillierte Unterschiede abgefragt. In der HAM-D zum Beispiel wird lediglich die „depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)“ in einem Item auf einer Punkteskala von eins bis vier bewertet, je nachdem wie oft der Patient diese Gefühle zum Ausdruck bringt. Zur speziellen Ausprägung der Depressivität wird dann nicht weiter gefragt. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Konstruktion dieser Fragebögen jedoch auch nicht verwunderlich. Die Depressionsfragebögen wurden ursprünglich für die Erfassung depressiver Symptome bei MD-Patienten entwickelt, jedoch nicht für eine Abgrenzung gegenüber depressiven Symptomen bei der BPS. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit durch ein detaillierteres und spezifischer ausgelegtes Messinstrument eine Differenzierung depressiver Symptome bei BPS und MD zu erreichen ist.

2 Fragestellung

2.1 Präzisierung der Fragestellung

Die diagnostischen Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung und der Major Depression sind historisch innerhalb eines psychiatrischen und psychoanalytischen Theorierahmens entstanden. Wie oben bereits dargestellt, werden sie in der Forschung häufig für ihre Heterogenität und ihre unscharfen Grenzen kritisiert. Mehrere diagnostische Übereinstimmungen der beiden Störungsbilder führen möglicherweise zu der Diagnose einer Major Depression bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. So kommt es in verschiedenen Studien zu extrem hohen Komorbiditätsraten von bis zu 98%. Viele Forscher gehen davon aus, dass eine dysphorische Grundstimmung ein Teil der BPS ist und damit die hohen Komorbiditätsraten nicht gerechtfertigt sind. Wüsste man genaueres über die Qualität der Depression, könnte man das Diagnosesystem verbessern und die Borderline Persönlichkeitsstörung genauer klassifizieren. Silk (2010) beurteilt dies als besonders wichtig in Zeiten, in denen viele verschiedene auch aggressive Behandlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel Elektrokrampfbehandlung, repetitive transkraniale Magnetstimulationen, vagale Nervenstimulationen und zu allerletzt auch chirurgische Interventionen zum Einsatz kommen, zu wissen welche Krankheit zugrunde liegt und ob es sich wirklich um eine MD handelt oder nicht. Gäbe es eine Möglichkeit der Abgrenzung, könnte auch die Gabe von Antidepressiva rationaler und damit gezielter vorgenommen werden.

Wie kontrolliert man jedoch, ob Borderline-Patienten wirklich zusätzlich eine MD haben, wenn Ratingskalen wie zum Beispiel die HAM-D gleich hohe Ergebnisse bei BPS+MD-Patienten, reinen BPS-Patienten und reinen MD-Patienten zeigen? Hier mussten bisher in allen Studien erfahrene Kliniker individuell die Diagnose erstellen. Es wäre sicher sinnvoll, dazu Instrumente oder reguläre Prozeduren zu besitzen, die konsequent und zuverlässig zwischen Borderline-Patienten ohne einer MD und Borderline-Patienten mit einer MD unterscheiden können. Shedler und Westen (2004) betonen, dass man, will man das Verständnis des Klassifikationssystems weiterentwickeln oder testen, weiter gefasste und mehr verschiedene Items und nicht bereits existierende Klassifikations- und Messinstrumente benötigt. In einem Punkt waren sich alle hier vorgestellten Forschergruppen einig: Die depressive Qualität der Borderline Persönlichkeitsstörung unterscheidet sich von der depressiven Qualität der Major Depression. Bis jetzt liegt jedoch kein Messinstrument vor, das eine Objektivierung dieser Unterschiede z.B. in Form eines Fragebogens erlaubt.

Ein sehr passendes Zitat dazu von Silk (2010, S.33): "(...) If we are ever to appreciate the importance of being able to distinguish between different types of depression or perhaps different experiences of depression, then we must find a way to incorporate as a standard assessment procedure a way to inquire about and evaluate not only the situations that appear to exacerbate the symptomatology but to appreciate better the nature of the interpersonal relationships within that situation."

Aus den genannten Gründen ist es das Anliegen dieser Dissertation, ein Instrument zu entwickeln, das dazu in der Lage ist, die Gefühle der Borderline-Depression von den Gefühlen der Major Depression zu differenzieren und damit den Unterschied der beiden exakt beschreiben zu können.

2.2 Formulierung der Hypothesen

Es soll ein Fragebogen konstruiert werden, der an der Trennung der depressiven Symptomatik zwischen MD und BPS laut Arzt diagnose und am Vergleich beider Gruppen mit Kontrollen, sowie am Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) und der Borderline-Symptom-Liste (BSL) validiert werden kann.

In der vorliegenden Arbeit untersuchten wir nun, in Anlehnung an die bereits vorgestellte Literatur mit etablierten Fragebögen (BDI-II und BSL) und einem neuen Fragebogen, dem „Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik – Depression“ (FEBS-D), verschiedene Hypothesen, deren Formulierung im Folgenden dargestellt ist:

1) Vergleich der klinischen Gruppen an Hand des BDI-II

Hypothese 1a: BPS-Patienten erreichen mindestens genauso häufig den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II wie MD-Patienten – und BPS- und MD-Patienten erreichen beide wesentlich häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression wie die Healthy Controls (HC)-Gruppe.

Hypothese 1b: BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose der MD erreichen häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II als BPS-Patienten ohne eine solche.

2) Vergleich der klinischen Gruppen an Hand der BSL

Hypothese 2a: BPS-Patienten erreichen einen höheren Gesamtwert in der BSL als MD-Patienten – und BPS- und MD-Patienten erreichen beide höhere Gesamtwerte in der BSL als die HC-Gruppe.

Hypothese 2b: BPS-Patienten mit der Zusatzdiagnose MD erreichen höhere Gesamtwerte in der BSL als BPS-Patienten ohne eine solche.

3) Vergleich der klinischen Gruppen und der gesunden Kontrollen an Hand t-Test basierter Skalen des neuen Fragebogens FEBS-D:

Hypothese 3a: Durch die signifikant unterschiedliche Bewertung von BPS- und MD-Patienten der Items des neuen Fragebogens, können zwei Skalen (eine für BPS- und eine für MD-Patienten) mit depressivem Inhalt entwickelt werden. In diesen haben definitionsgemäß in der neuen BPS-Skala „BPS-FEBS-D-t-Test-bas.“ BPS-Patienten höhere Werte als MD-Patienten und in der neuen MD-Skala „MD-FEBS-D-t-Test-bas.“ MD-Patienten höhere Werte als BPS-Patienten.

Hypothese 3b: Bei der Validierung an den etablierten Skalen korreliert die neue „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Diese Korrelationsunterschiede sollten in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein.

Hypothese 3c: Die Hypothese zum Vergleich der beiden BPS-Teilgruppen hinsichtlich der neuen t-Test-basierten Skalen erfordert die Formulierung von zwei Alternativhypothesen mit zwei unterschiedlichen Schlussfolgerungen:

3c_H1: Wenn BPS+MD-Patienten eine echte Depression haben, wie sie der MD-Diagnose zugrunde liegt, so müssten sie in der „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höhere Werte erzielen als reine BPS-Patienten und in der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

3c_H2: Haben BPS+MD-Patienten jedoch eine Borderline-spezifische Depression, dann müssten sie in der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höhere Werte als reine BPS-Patienten erzielen und in der „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

4) Vergleich der klinischen Gruppen und der gesunden Kontrollen an Hand der durch klinische Überlegungen definierten Skalen des neuen Fragebogens FEBS-D:

Hypothese 4a: Drei durch klinische Überlegungen entstandene Skalen des FEBS-D (eine Skala aus BPS-typischen Items, eine aus MD-typischen Items und eine aus parallelisierten, „gesunden“ Aussagen (HC-Skala)) im neuen Fragebogen sind sensitiv für die jeweilige Versuchspersonengruppe, d. h. in der BPS-Skala „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ erzielen BPS-Patienten signifikant höhere Werte als MD-Patienten und gesunde Kontrollen, während in der MD-Skala „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ MD-Patienten signifikant höhere Werte als BPS-Patienten und gesunde Kontrollen erzielen. In der HC-Skala „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ erreichen die gesunden Kontrollen signifikant höhere Werte als BPS- und MD-Patienten.

Hypothese 4b: Bei der Validierung an den etablierten Skalen korreliert die neue „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Diese Korrelationsunterschiede sollten in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein.

Hypothese 4c: Die Hypothese zum Vergleich der beiden BPS-Teilgruppen hinsichtlich der neuen klinischen Skalen erfordert die Formulierung von zwei Alternativhypothesen mit zwei unterschiedlichen Schlussfolgerungen, sowie noch eine weitere Hypothese für die Relation der beiden Gruppen in der klinischen HC Skala:

4c H1: Wenn BPS+MD-Patienten eine echte Depression haben, wie sie der MD-Diagnose zugrunde liegt, so müssten sie in der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höhere Werte erzielen als reine BPS-Patienten und in der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

4c H2: Haben BPS+MD-Patienten jedoch eine Borderline-spezifische Depression, dann müssten sie in der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ höhere Werte als reine BPS-Patienten erzielen und in der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

4c H3: Da wir erwarten, dass die BPS+MD-Gruppe schwerer erkrankt ist als die reine BPS-Gruppe, sollte sie auch geringere Werte auf der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ erreichen.

3 Material und Methodik

3.1 Überblick

Ein Team aus Forschern/ Forscherinnen und Klinikern/ Klinikerinnen der Justus-Liebig-Universität Gießen entwickelte Anfang 2011 einen Fragebogen, der mit weiteren bereits validierten BPS- und MD-Fragebögen während eines Zeitraumes von 15 Monaten an BPS-Patienten, MD-Patienten sowie gesunden Probanden in mehreren psychiatrischen Einrichtungen verschiedener Standorte ausgegeben wurde.

3.2 Beschreibung der Stichprobe

3.2.1 Rekrutierung der Versuchspersonen

Die Patienten befanden sich zur Zeit der Rekrutierung in stationärer, tagesstationärer oder ambulanter Behandlung in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen.

Die Einschlusskriterien bezogen sich auf Patienten mit einer BPS oder Patienten mit einer MD. Wenn für einen Patienten beide Diagnosen angegeben waren, zählte die BPS. Außerdem musste ein Mindestalter von 18 Jahren, sowie die Einverständnis und die Kooperation des Patienten vorliegen.

In der Regel wählten die jeweiligen Therapeuten die für die Studie in Frage kommenden Patienten aus. Diese wurden daraufhin über die Studie aufgeklärt und gefragt, ob sie daran teilnehmen möchten.

Die gesunde Kontrollgruppe wurde in Gießen über eine Ausschreibung zur freiwilligen Teilnahme an einer Fragebogen-Studie rekrutiert, die sich im Wesentlichen an Studentinnen richtete.

3.2.2 Demographische Charakteristika der Stichprobe

Insgesamt nahmen an der Studie 170 Versuchspersonen teil, deren jüngste Versuchspersonen 18 und deren älteste Versuchsperson 83 Jahre alt waren. Es gab 31 Männer und 139 Frauen. Die Gesamtstichprobe wurde in drei Gruppen aufgeteilt: BPS, MD und HC. In der BPS-Gruppe befinden sich 56 Patienten, in der MD-Gruppe 61 Patienten und

in der HC-Gruppe sind 53 Versuchspersonen. Einen Überblick über die Gruppeneinteilung der Gesamtstichprobe gibt Tabelle 2:

Tabelle 2: Gruppeneinteilung der Stichprobe

Gruppe	Häufigkeit	Prozent (%)
BPS	56	33
MD	61	36
HC	53	31
Gesamt	170	100

In der untersuchten BPS-Stichprobe (n=56) hatten 23 der BPS-Patienten zusätzlich die klinische Diagnose einer MD, was einem Anteil von 42,6% (bei 2 fehlenden Angaben, also n=54) entspricht (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: BPS-Stichprobe mit oder ohne klinischer Zusatzdiagnose einer MD

BPS-Gruppe	Häufigkeit	Prozent (%)
Reine BPS	31	57,4
BPS + MD	23	42,6
Gesamt	54	100

Weitere psychiatrische Erkrankungen der BPS- und der MD-Stichprobe (fehlende Angaben bei 4 BPS- sowie 5 MD-Patienten) sind in Tabelle 4 dargestellt:

Tabelle 4: Komorbiditäten der BPS- und der MD-Gruppe

Zusätzliche Diagnosen	BPS (N=52)		MD (N=56)	
	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Dysthymie	0	0	1	1,8
Bipolare affektive Störung	0	0	0	0
Substanzmissbrauchsstörungen	11	21,2	7	12,5
Posttraumatische Belastungsstörung	14	26,9	2	3,6
Soziale Phobien	3	5,8	1	1,8
Angststörungen	3	5,8	4	7,1
Essstörungen	21	38,5	4	7,6
Sonstige Persönlichkeitsstörungen	7	13,5	2	3,6

Besonders auffällig sind bei den BPS-Patienten die besonders hohe Komorbidität mit Essstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Substanzmissbrauchsstörungen kommen ebenfalls häufig vor, sind jedoch in beiden Gruppen relativ gleichmäßig verteilt.

In der Altersverteilung der verschiedenen Gruppen zeigt sich, dass die Gruppe der BPS-Patienten mit einem Mittelwert von 28,21 Jahren deutlich jünger sind als die MD-Patienten

mit einem Mittelwert von 48,90 Jahren. Die folgende Tabelle (Tabelle 5) zeigt einen Überblick über die jeweilige Altersverteilung:

Tabelle 5: Altersverteilung der verschiedenen Gruppen

Gruppe	Altersgruppe	Häufigkeit	Prozent (%)	Mittelwert (Jahre)	Standardabw. (Jahre)
BPS	18-30 Jahre	38	67,9	28,2	8,6
	31-50 Jahre	18	32,1		
	Gesamt	56	100		
MD	18-30 Jahre	5	8,2	48,9	12,6
	31-50 Jahre	28	45,9		
	51-85 Jahre	28	45,9		
	Gesamt	61	100		
HC	18-30 Jahre	45	84,9	25,8	7,0
	31-50 Jahre	7	13,2		
	51-85 Jahre	1	1,9		
	Gesamt	53	100		

Die Altersverteilung innerhalb der BPS-Gruppe zeigt sich ausgeglichener als die Altersverteilung der verschiedenen klinischen Gruppen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Altersverteilung innerhalb der BPS-Gruppe

Gruppe	Altersgruppe	Häufigkeit	Prozent (%)	Mittelwert (Jahre)	Standardabw. (Jahre)
Reine BPS	18-30 Jahre	19	61,3	29,6	7,8
	31-50 Jahre	12	38,7		
	Gesamt	31	100		
BPS+MD	18-30 Jahre	17	73,9	27,0	9,6
	31-50 Jahre	6	26,1		
	Gesamt	23	100		

Auch die Geschlechterverteilung variiert stark innerhalb der verschiedenen Gruppen, wie man in der folgenden Tabelle (Tabelle 7) erkennen kann:

Tabelle 7: Geschlechterverteilung der verschiedenen Gruppen

Gruppe	Geschlecht	Häufigkeit	Prozent (%)
BPS	Männer	4	7,1
	Frauen	52	92,9
	Gesamt	56	100
MD	Männer	24	39,3
	Frauen	37	60,7
	Gesamt	61	100
HC	Männer	3	5,7
	Frauen	50	94,3
	Gesamt	53	100

Innerhalb der BPS-Gruppe sieht die Geschlechterverteilung folgendermaßen aus (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Geschlechterverteilung innerhalb der BPS-Gruppe

Gruppe	Geschlecht	Häufigkeit	Prozent (%)
Reine BPS	Männer	1	3,2
	Frauen	30	96,8
	Gesamt	31	100
BPS+MD	Männer	3	13,0
	Frauen	20	87,0
	Gesamt	23	100

Die Patienten wurden in 6 verschiedenen Kliniken rekrutiert: Uni-Klinikum Gießen und Marburg (Standort Gießen) (UKGM), Vitos Klinik in Gießen, Charité in Berlin, Fliednerklinik in Berlin, Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main und Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee. Die folgende Tabelle (Tabelle 9) zeigt die Anzahl von BPS- und MD-Patienten aus den verschiedenen Kliniken:

Tabelle 9: Orte der Stichproben-Rekrutierung

Gruppe	Ort	Häufigkeit	Prozent (%)
BPS	UKGM	30	53,6
	Vitos Klinik	2	3,6
	Charité	16	28,6
	Fliednerklinik	0	0
	Markus Krankenhaus	3	5,4
	Schön Klinik Roseneck	5	8,9
	Gesamt	56	100
MD	UKGM	40	65,6
	Vitos Klinik	7	11,5
	Charité	0	0
	Fliednerklinik	12	19,7
	Markus Krankenhaus	0	0
	Schön Klinik Roseneck	2	3,3
	Gesamt	61	100

Die Patienten befanden sich zur Zeit der Rekrutierung in stationärer, tagesstationärer oder ambulanter Behandlung. Zwei BPS- und ein MD-Patient erhielten zum Erhebungszeitpunkt sogar überhaupt keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung (fehlende Angaben bei 8 BPS- und 2 MD-Patienten) (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Behandlungsformen der BPS- und MD-Patienten

Gruppe	Psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung	Häufigkeit	Prozent (%)
BPS	Stationär	33	68,7
	Tagesklinisch	5	10,4
	Ambulant	8	16,7
	Keine	2	4,2
	Gesamt	48	100
MD	Stationär	31	52,5
	Tagesklinisch	24	40,7
	Ambulant	3	5,1
	Keine	1	1,7
	Gesamt	59	100

3.3 Verwendete Fragebögen

3.3.1 Demographischer Fragebogen

Ein demographischer Fragebogen erfasste soziodemographische Angaben, wie Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Berufstätigkeit und Familienstand.

3.3.2 Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik – Depression (FEBS-D)

Entwicklung des Fragebogens FEBS-D

Für die Entwicklung eines neuen Fragebogens wurde zuerst der Stand der Forschung (im Jahr 2011) erhoben. Anschließend wurden mehrere offene Interviews mit BPS- und MD-Patienten durchgeführt, in denen ein besonderes Augenmerk auf Art und Formulierungen der depressiven Gefühle beider Patientengruppen gelegt wurde. In vielen Sitzungen wurden in einem Team aus Forschern und Klinikern, die hauptsächlich mit MD-Patienten und/ oder BPS-Patienten arbeiten, mögliche Items für einen solchen Fragebogen gesammelt, verbessert und ausgewählt oder verworfen. In einer ersten Version sollten immer 3 Aussagen, die spezifisch für die jeweilige Versuchspersonengruppe gestaltet wurden, in eine Rangordnung gebracht werden:

Zum Beispiel:

1. "Ich habe mich schon immer selbst stark kritisiert."
(in der Annahme, hier scoren BPS-Patienten hoch)
2. "In letzter Zeit kritisiere ich mich häufiger als sonst."
(in der Annahme, hier scoren MD-Patienten hoch)
3. "Ich kritisiere mich hin und wieder, aber nicht mehr als sonst auch."
(in der Annahme, hier scoren gesunde Versuchspersonen hoch)

Diese erste Version wurde verworfen und letztendlich aus jenen bereits vorhandenen und danach zusätzlich gesammelten Items ein Fragebogen erstellt, dessen Antwortformat eine 10 cm lange Visuelle Analogskala beinhaltet, die bei jedem Item von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollkommen zu“ angekreuzt werden kann. Schlussendlich waren die Fragen des FEBS-D so konstruiert, dass vermutlich fast jedes Item von einer der untersuchten Gruppen (BPS, MD und HC) besonders hoch bewertet werden würde. So ergaben sich 42 Items, bei denen vermutlich BPS-Patienten hohe Werte erzielen würden, 38 Items, bei denen MD-Patienten hohe Werte erzielen würden und 22 Items, bei denen die gesunde Kontrollgruppe hohe Werte erzielen würde, sowie 17 nicht zugeordnete Items. Insgesamt sind das 119 Items, die für die Reihenfolge, wie sie im Fragebogen aufeinander folgen, randomisiert angeordnet wurden (vollständiger Fragebogen siehe Anhang). Nach einem Pretest und darauffolgendem Abschluss der Entwicklung wurden im September 2011 die ersten Fragebögen von Versuchspersonen ausgefüllt.

3.3.3 Therapeutenfragebogen

Um die jeweiligen Diagnosen zu validieren erhielten die behandelnden Therapeuten einen Fragebogen, in dem die Diagnose, die Komorbiditäten und die medikamentöse Therapie des an der Studie teilnehmenden Patienten angegeben werden müssen.

Zusätzlich sollten die einzelnen DSM-IV Kriterien für eine BPS und für eine MD, die auf die Versuchsperson zutrafen, mit einem dichotomen Antwortformat („Bitte Zutreffendes ankreuzen: Ja oder Nein“) bewertet werden.

3.3.4 Beck-Depressions-Inventar-II

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik, erschienen in seiner ersten Fassung im Jahr 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh 1961). Nach mehreren Jahrzehnten Erfahrung und in Anlehnung an das DSM-IV (APA 1994) wurde das BDI revidiert und durch das BDI-II 1996 ersetzt (Beck, Steer & Brown 1996). Seit 2006 ist auch die deutschsprachige Version des BDI-II, die in dieser Fragebogenstudie verwendet wurde, verfügbar. Das BDI-II beinhaltet 21 Fragen, die bei Jugendlichen ab 13 Jahren und Erwachsenen die Bestimmung der Schwere einer Depression ermöglicht. Zusätzlich eignet es sich als Verlaufskontrolle einer depressiven Störung sowie als gute Screeningmethode, um eine eben solche aufzudecken, nicht aber als Verfahren zur Erstellung einer klinischen Diagnose (Hautzinger, Keller & Kühner 2006). Inhaltlich decken die 21 Fragen folgende Themengebiete ab:

1. Traurigkeit
2. Pessimismus
3. Versagensgefühle
4. Verlust an Freude
5. Schuldgefühle
6. Bestrafungsgefühle
7. Selbstablehnung
8. Selbstkritik
9. Suizidgedanken
10. Weinen
11. Unruhe
12. Interessensverlust
13. Entschlussunfähigkeit
14. Wertlosigkeit
15. Energieverlust
16. Veränderung der Schlafgewohnheiten
17. Reizbarkeit
18. Appetitveränderungen
19. Konzentrationsschwierigkeiten
20. Müdigkeit
21. Verlust an sexuellem Interesse

Jedes Item wird vom Patienten auf einer vierstufigen Skala von 0-3 Punkten bewertet, die durch aufsteigende Schwere der Symptomatik gekennzeichnet sind. Dementsprechend wird jedes der 21 Items nach dem in Tabelle 11 dargestellten Schema eingestuft:

Tabelle 11: Abgestufte Einschätzung für jedes Item des BDI-II in aufsteigender Schwere

Punkte	Ausprägungsgrad
0	Nicht vorhanden
1	Leichte Ausprägung
2	Mäßige Ausprägung
3	Starke Ausprägung

Der/ die Patient/in soll diejenige Aussage wählen, die am besten beschreibt, wie er/sie sich in den letzten zwei Wochen einschließlich des heutigen Tages gefühlt hat.

Durchführung

Der Test wird der Versuchsperson in Form eines zweiseitigen Fragebogens vorgelegt. Im Rahmen einer schriftlichen Instruktion erhält der/die Patient/in Informationen zur korrekten Bearbeitung des Tests. Es soll diejenige Zahl angekreuzt werden, die am ehesten der Stimmungslage des/der Patienten/in des heutigen Tages und der letzten 2 Wochen entspricht, und darauf geachtet werden, dass pro Frage nicht mehr als eine Antwort angekreuzt wird. Sollte sich der/die Patient/in nicht zwischen mehreren Antwortmöglichkeiten entscheiden können, wird er/sie angewiesen, die Aussage mit der höheren Zahl anzukreuzen. Es gibt keine fest vorgegebene Bearbeitungszeit, wobei die normale Bearbeitungszeit zwischen 5-10 Minuten liegt. Patienten mit einer schweren Depression benötigen häufig wesentlich mehr Zeit.

Auswertung

Da das BDI ursprünglich als Screening-Verfahren für MD im klinischen Bereich entwickelt wurde, ist ein höherer Wert auf die diagnostische Sensitivität im Gegensatz zur Spezifität gelegt worden. Das bedeutet, dass eher niedrige Schwellenwerte für die Diagnostik einer MD gewählt wurden, um die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, Patienten mit einer Depression fälschlicherweise nicht zu erkennen (Hautzinger, Keller & Kühner 2006). Um den jeweiligen BDI-Wert des Patienten zu ermitteln, bedient man sich der einfachen Addition der angekreuzten Aussagen. Grob orientierend werden folgende Schwellenwerte (siehe Tabelle 12) zur Einteilung des Schweregrades der Depressivität vorgeschlagen:

Tabelle 12: Schweregradeinteilung der Depression im BDI-II

Gesamtpunkte	Schweregrad der Depression
0-8	keine Depression
9-13	minimale Depression
14-19	leichte Depression
20-28	mittelschwere Depression
29-63	schwere Depression

Gütekriterien

Durch die schriftliche Instruktion des Patienten und die standardisierte Vorgabe, sowie Anweisung zur Bestimmung und Interpretation des Summenwerts sind Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben.

Die berechneten Trennschärfen der Items bei einer Stichprobe von 266 Depressiven und 582 Gesunden zeigten mit einem kleinsten Wert der Item-Gesamtwert-Korrelation von 0,43 eine zufriedenstellende Größenordnung. Auch die internen Konsistenzwerte (Cronbach's alpha) lagen in verschiedenen Stichproben bei über 0,89 und damit im Bereich dessen, was in internationalen Studien gefunden wurde. Die Retest-Reliabilität über ein dreiwöchiges und fünfmonatiges Intervall bei einer Stichprobe von gesunden Versuchspersonen lag bei $r=0,78$ ($p<0,001$), während die Retest-Reliabilität eines fünfmonatigen Intervalls in einer depressiven Stichprobe bei $r=0,46$ ($p<0,001$) lag. Bei letzterer nahm man aber einen variablen interindividuellen Depressionsverlauf der Versuchspersonen an, sodass hier kein hoher Wert erwartet wurde. Für die Bewertung der Validität wurden Korrelationen zwischen dem BDI-II und konstruktnahen (sowie konstruktfernen) Skalen durchgeführt, die allesamt hohe (bzw. zu erwartend niedrige) Ergebnisse erzielten (Hautzinger, Keller & Kühner 2006).

3.3.5 Borderline-Symptom-Liste

Die BSL ist ein störungsbezogenes Selbstbeurteilungsverfahren zur quantitativen Erfassung spezifischer Beschwerden bzw. subjektiver Beeinträchtigungen von Patienten/innen mit einer BPS. 2001 wurde der aus 95 Items bestehende Fragebogen von Bohus, Limberger, Frank, Sender, Gratwohl und Stieglitz in Freiburg und Basel entwickelt (Bohus et al. 2001). 2008 entstand eine Kurzversion der „BSL 95“ mit nur noch 23 Fragen „BSL 23“, um die Patientenbelastung und die Auswertungszeit zu reduzieren (Wolf et al. 2009). In dieser Arbeit wurde die BSL 95 verwendet, um unter anderem anhand ihrer Subskalen den FEBS-D validieren zu können. Inhaltlich decken sieben Subskalen folgende Themengebiete ab:

1. Selbstwahrnehmung (19 Items)
2. Affektregulation (13 Items)
3. Autoaggression (12 Items)
4. Dysphorie (10 Items)
5. Soziale Isolation (12 Items)
6. Intrusionen (11 Items)
7. Feindseligkeit (6 Items)
8. Items, die ausschließlich in die Gesamtskala eingehen (12 Items)

Jedes Item wird vom Patienten durch eine fünfstufige Likert-Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) in dessen Schwere bewertet. Die Patienten beurteilen ihr Befinden, ihre Probleme und Beschwerden der letzten Woche. Die minimal zu erreichende Anzahl von Punkten liegt bei null und die maximal erreichbare Punktzahl der BSL bei 380.

Mittels der BSL-Ergänzungsskala kann zusätzlich das Ausmaß der aktuellen dysfunktionalen Verhaltensweisen ermittelt und ergänzend mit Hilfe einer visuellen Analogskala die psychische Befindlichkeit erhoben werden.

Durchführung

Der Test wird der Versuchsperson in Form eines sechsseitigen Fragebogens vorgelegt. Wie auch schon im BDI-II erhält der/die Patient/in im Rahmen einer schriftlichen Instruktion Informationen zur korrekten Bearbeitung des Tests. Der/die Patient/in soll entscheiden, wie stark und ausgeprägt er/sie in der letzten Woche unter den in den Items genannten Zuständen gelitten hat. Auch hier wiederum gibt es keine fest vorgegebene Bearbeitungszeit.

Auswertung

Die Auswertung der BSL erfolgt durch Bildung von Summenwerten der Gesamtskala und der Subskalen. Bei letztgenannten empfiehlt es sich, aufgrund der unterschiedlichen Itemanzahl der verschiedenen Subskalen, Mittelwerte über die Items zu bilden oder die in einer Tabelle vorgegebenen Prozentrangnormen der Normierungsgruppe zu verwenden. Der Normierungsdatensatz besteht aus 345 BPS-Patientinnen und wurde 1997 erhoben. Der Prozentrang soll die relative Stellung der einzelnen Testperson innerhalb dieser Gruppe angeben, je nachdem wie stark seine/ihre Symptomausprägung im Vergleich zu eben jener ist.

Gütekriterien

Durch die schriftliche Instruktion des Patienten und die Vorgabe, sowie Anweisung zur Bestimmung und Interpretation des Summenwerts und oder des Prozentranges sind wie schon beim BDI-II eine Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben.

Trennschärfekoeffizienten, Faktorenanalyse, Reliabilitätsanalyse und erste Validierungsschritte wurden bei der Entwicklung der BSL an einer Stichprobe von 308 Patientinnen analysiert. In einer Faktorenanalyse entstanden die sieben Subskalen der BSL. Alle Skalen der BSL zeigten einen hohen Trennschärfekoeffizienten (deutlich über 0,30) und bei mittleren Item-Interkorrelationen lagen die Skalen in einem Bereich von 0,32 (Skala

„Intrusionen“) und 0,56 (Skala „Autoaggressivität“). Die Werte für die innere Konsistenz liegen zwischen Cronbach's alpha=0,80 und 0,94, für den Gesamtwert bei 0,97 (Bohus et al. 2001). In einer späteren Studie mit 35 weiblichen Versuchspersonen wurde die Retest-Reliabilität in einem kurzem Zeitintervall von 7 Tagen mit $r=0,84$ ($p<0,001$) getestet. Außerdem wurden der Einfluss des Geschlechts und die Validität der BSL in Bezug auf bereits etablierte Fragebögen untersucht. Auch hier erreichte die BSL die erwarteten Ergebnisse. Bestimmte Subskalen der BSL (wie z.B. Affektregulation und Dysphorie) korrelierten hoch mit dem HAMD oder dem BDI (Bohus et al. 2007).

3.4 Durchführung

3.4.1 Erhebungszeitraum

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von September 2011 bis Dezember 2012. In diesem Zeitraum füllten $n=170$ Versuchspersonen die ihnen ausgeteilten Fragebögen aus.

3.4.2 Aufklärung und Handhabung der Fragebögen

Es wurde ein Anschreiben an die Versuchspersonen formuliert, in dem der Sinn der Befragung erklärt und Instruktionen zum Ausfüllen der Fragebögen gegeben wurden. Zusätzlich veranschaulicht der neu entwickelte Fragebogen direkt zu Beginn zwei Beispielfragen. In den psychiatrischen Einrichtungen im Raum Gießen führten die Kliniker/innen und Forscher/innen, die ebenfalls am Fragebogen mitgearbeitet hatten, die BPS- und MD-Patienten in die Fragebögen ein. Die Versuchspersonen aus anderen psychiatrischen Einrichtungen sowie die HC-Gruppe wurden entweder von der Verfasserin dieser Dissertation oder durch von ihr angeleitete Personen (Therapeuten oder andere psychiatrische Mitarbeiter) instruiert.

3.4.3 Testablauf

Die Therapeuten in den psychiatrischen Kliniken wählten, die für die Studie infrage kommenden Patienten aus. Um diese Auswahl zu validieren, füllten die jeweiligen Therapeuten den Therapeutenbogen aus.

Anschließend erfolgte ein kurzes Eingangsgespräch mit dem/ der Patienten/ Patientin, in dem er/ sie u.a. noch Fragen stellen oder persönliche Anliegen schildern konnte. Die

Patienten bekamen so viel Zeit wie sie brauchten (zum Teil auch mehrere Tage) und sollten nach vollständiger Bearbeitung des Fragebogens, diesen an den/ die Therapeuten/ Therapeutin oder einen/ eine Projektmitarbeiter/in aushändigen.

Nach der Bearbeitung der Fragebögen durch die Versuchspersonen erfolgte zeitnah eine Ausmessung der visuellen Analogskala des FEBS-D mit einem Lineal und die Eingabe der gesamten Daten in eine dafür generierte Windows Office Access-Maske.

3.4.4 Reihenfolge der Fragebögen in der Testreihe

Die Fragebögen waren wie folgt angeordnet:

1. Anschreiben an den Patienten, sowie Einwilligungserklärung
2. Demographischer Fragebogen
3. FEBS-D
4. BDI-II
5. BSL

Und zusätzlich wurde nur zu Händen des jeweiligen Therapeuten der Therapeutenfragebogen ausgegeben.

3.5 Statistische Auswertungsverfahren

Die Analyse des BDI-II, der BSL und des FEBS-D erfolgte mithilfe des Programms IBM SPSS Statistics Version 21.

Bei der Auswertung des BDI-II wurden die vorgegebenen Schweregradeinteilungen der Depression an Hand der jeweils erreichten Punktzahl ermittelt. Zur Bearbeitung von Hypothese 1a („BPS-Patienten erreichen mindestens genauso häufig den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II wie MD-Patienten – und BPS- und MD-Patienten erreichen beide wesentlich häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression wie die HC-Gruppe.“) wurden zunächst deskriptiv die Häufigkeiten der Depressions-Schweregrade verglichen und anschließend, da sich die Gruppen stark in ihren Variablen Alter und Geschlecht unterscheiden (vgl. Tabelle 5 und Tabelle 7), univariate Kovarianzanalysen (mit den Kovariaten: Alter und Geschlecht) zum Vergleich der drei Gruppen hinsichtlich der Mittelwerte des BDI-II verwendet.

Für die Berechnung von Hypothese 1b („BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose der MD erreichen häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II als BPS-Patienten ohne eine solche“) wurde ein χ^2 -Test zum Vergleich der Schweregrade der Depression bei den beiden Gruppen verwendet. Hier erübrigte sich die Ausparialisierung aufgrund der gleichen Altersverteilung der beiden Gruppen und der Tatsache, dass sich in beiden BPS-Teilgruppen fast ausschließlich Frauen befanden (vgl. Tabelle 6 und Tabelle 8).

Bei der Auswertung der BSL wurde Hypothese 2a („BPS-Patienten erreichen einen höheren Gesamtwert in der BSL als MD-Patienten – und BPS- und MD-Patienten erreichen beide höhere Gesamtwerte in der BSL als die HC-Gruppe“) analog zur Auswertung der Hypothese 1a mit univariaten Kovarianzanalysen (Kovariaten: Alter und Geschlecht) für die Gesamtskala und alle Subskalen der BSL geprüft .

In Hypothese 2b („BPS-Patienten mit der Zusatzdiagnose MD erreichen höhere Gesamtwerte in der BSL als BPS-Patienten ohne eine solche“) wurde zuerst ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, da das Alter und das Geschlecht (vgl. Tabelle 6 und Tabelle 8) nicht berücksichtigt werden mussten. Um einen Überblick über das Gesamtbild der BPS-Teilgruppen, der MD- und der HC-Gruppe zu erhalten wurde eine weitere univariate Kovarianz (Kovariaten: Alter und Geschlecht) berechnet.

Zur Auswertung des FEBS-D wurden zwei statistische Wege eingeschlagen, die im Folgenden vorgestellt werden:

1. Untersuchung der Hypothese 3a: „Durch die signifikant unterschiedliche Bewertung von BPS- und MD-Patienten der Items des neuen Fragebogens, können zwei Skalen (eine für BPS- und eine für MD-Patienten) mit depressivem Inhalt entwickelt werden. In diesen haben definitionsgemäß in der neuen BPS-Skala „BPS-FEBS-D-t-Test-bas.“ BPS-Patienten höhere Werte als die MD-Gruppe und in der neuen MD-Skala „MD-FEBS-D-t-Test-bas.“ MD-Patienten höhere Werte als BPS-Patienten.“

Dazu wurden in einem ersten Schritt über einen t-Test für unabhängige Stichproben diejenigen Items herausgesucht, die von BPS- und MD-Patienten auf dem mindestens 5%igen Signifikanzniveau unterschiedlich bewertet wurden. Da sich die BPS- und die MD-Gruppe deutlich in der Alters- und Geschlechterverteilung unterschieden (vgl. Tabelle 5 und Tabelle 7), war es erforderlich, die Items von diesen beiden Einflussfaktoren zu bereinigen. Daher wurden anschließend in einem zweiten Schritt erst eine Partialkorrelation der übrig gebliebenen Items mit dem Alter und nachfolgend eine Partialkorrelation der dann noch übrig gebliebenen Items mit

dem Geschlecht berechnet. Die bis hierhin übrigen Items sollen je nach Vorzeichen in zwei verschiedene Skalen (eine BPS-spezifische Skala und eine MD-spezifische Skala) zusammengefasst und anschließend je einer Itemanalyse unterzogen werden.

Hypothese 3b: „Bei der Validierung an den etablierten Skalen korreliert die neue „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Diese Korrelationsunterschiede sollten in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein.“

Um Hypothese 3b zu untersuchen, soll eine Validierung der neuen Skalen durch Partialkorrelationen mit der Gesamtsumme des BDI-II und der Gesamtsumme der BSL, sowie den BSL-Subskalen (Kontrollvariablen auch hier: Alter und Geschlecht) sowohl in der Gesamtgruppe als auch in den drei Gruppen erfolgen.

Hypothese 3c: „Die Hypothese zum Vergleich der beiden BPS-Teilgruppen hinsichtlich der neuen t-Test-basierten Skalen erfordert die Formulierung von zwei Alternativhypothesen mit zwei unterschiedlichen Schlussfolgerungen:

3c H1: Wenn BPS+MD-Patienten eine echte Depression haben, wie sie der MD-Diagnose zugrunde liegt, so müssten sie in der „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höhere Werte erzielen als reine BPS-Patienten und in der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

3c H2: Haben BPS+MD-Patienten jedoch eine Borderline-spezifische Depression, dann müssten sie in der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höhere Werte als reine BPS-Patienten erzielen und in der „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.“

Um die hier entstandenen t-Test-basierten Skalen auf ihre Diskriminationsfähigkeit zwischen reinen BPS-Patienten und BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose einer MD zu testen, soll pro Skala ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet werden, da, wie Tabelle 6 und Tabelle 8 zeigen, keine Alters- und Geschlechtsunterschiede zu erwarten sind, so dass der Einfluss dieser Variablen nicht durch Kovarianzanalysen ausgeschaltet werden muss.

2. Untersuchung der Hypothese 4a: „Drei durch klinische Überlegungen entstandene Skalen des FEBS-D (eine Skala aus BPS-typischen Items, eine aus MD-typischen Items und eine aus parallelisierten, „gesunden“ Aussagen (HC-Skala)) im neuen Fragebogen sind sensitiv für die jeweilige Versuchspersonengruppe, d. h. in der BPS-Skala „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ erzielen BPS-Patienten signifikant höhere Werte als MD-Patienten und gesunde Kontrollen, während in der MD-Skala „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ MD-Patienten signifikant höhere Werte als BPS-Patienten und gesunde Kontrollen erzielen. In der HC-Skala „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ erreichen die gesunden Kontrollen signifikant höhere Werte als BPS- und MD-Patienten.“

Dazu wurden die Items des neuen Fragebogens je nach ihrer vermuteten bzw. intendierten Gruppenzugehörigkeit in drei Skalen unterteilt: 1. „BPS-FEBS-D-Skala“ (in der Annahme, diese Items würden von BPS-Patienten besonders hoch bewertet werden), 2. „MD-FEBS-D-Skala“ (in der Annahme, hier kreuzen MD-Patienten besonders hohe Werte an) und 3. „HC-FEBS-D-Skala“ (in der Annahme, hier kreuzen HC-Versuchspersonen besonders hohe Werte an). Diese Skalen wurden je einer Itemanalyse unterzogen, um Items zu eliminieren, die nicht in die jeweilige Skala passen (Kriterium: korrigierte Trennschärfe $p < 0,05$). Daraufhin wurden korrigierte Skalen gebildet (1. „BPS-FEBS-D-klin.-Skala“, 2. „MD-FEBS-D-klin.-Skala“ und 3. „HC-FEBS-D-klin.-Skala“) und diese jeweils einer univariaten Kovarianzanalyse mit allen drei Gruppen als unabhängigem Faktor unterzogen (Abhängige Variable: die jeweilige Skala, Kovariaten: Alter und Geschlecht).

Hypothese 4b: „Bei der Validierung an den etablierten Skalen korreliert die neue „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Diese Korrelationsunterschiede sollten in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein.“

Um Hypothese 4b zu untersuchen erfolgte auch hier eine Validierung der neuen Skalen durch Partialkorrelationen (Kovariaten: Alter und Geschlecht) mit der Gesamtsumme des BDI-II und der Gesamtsumme der BSL, sowie ihren Subskalen.

Hypothese 4c: „Die Hypothese zum Vergleich der beiden BPS-Teilgruppen hinsichtlich der neuen klinischen Skalen erfordert die Formulierung von zwei Alternativhypothesen mit zwei unterschiedlichen Schlussfolgerungen, sowie noch

eine weitere Hypothese für die Relation der beiden Gruppen in der klinischen HC Skala:

4c H1: Wenn BPS+MD-Patienten eine echte Depression haben, wie sie der MD-Diagnose zugrunde liegt, so müssten sie in der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höhere Werte erzielen als reine BPS-Patienten und in der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

4c H2: Haben BPS+MD-Patienten jedoch eine Borderline-spezifische Depression, dann müssten sie in der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ höhere Werte als reine BPS-Patienten erzielen und in der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

4c H3: Da wir erwarten, dass die BPS+MD-Gruppe schwerer erkrankt ist als die reine BPS-Gruppe, sollte sie auch geringere Werte auf der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ erreichen.“

Um die hier entstanden klinischen Skalen auf ihre Diskriminationsfähigkeit zwischen reinen BPS-Patienten und BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose einer MD zu testen, soll pro Skala ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet werden, da, wie Tabelle 6 und Tabelle 8 zeigen, keine Alters- und Geschlechtsunterschiede zu erwarten sind, so dass der Einfluss dieser Variablen wie auch schon in Hypothese 3c nicht durch Kovarianzanalysen ausgeschaltet werden muss.

4 Ergebnisse

4.1 Auswertung des Therapeutenbogens

Überprüfung der Voraussetzungen für die Gruppendifinitionen anhand der Anzahl der DSM-IV Kriterien pro Gruppe

Von 56 Patienten, die von den Therapeuten die Diagnose einer BPS erhielten, erfüllten 47 Patienten die mindestens erforderlichen fünf DSM-IV Kriterien der BPS. Ein BPS-Patient erfüllte nur vier der BPS-DSM-IV Kriterien und bei 8 BPS-Patienten wurde keine Angabe dazu gemacht. Von 61 Patienten (davon 6 fehlende Angaben), die von den Therapeuten die Diagnose einer MD erhielten, erfüllten alle (n=55) das erste („depressive Verstimmung“) und/oder das zweite Kriterium („Verlust an Interesse oder Freude“) der MD DSM-IV Kriterien. Zusätzlich werden mindestens vier weitere Kriterien der Unterpunkte drei bis neun zur Diagnostik einer MD vom DSM-IV gefordert. Zwei von den MD-Patienten hatten nur drei oder weniger zusätzliche Kriterien der Unterpunkte drei bis neun. Die restlichen 53 Patienten erfüllten mindestens vier zusätzliche Kriterien der Unterpunkte drei bis neun. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Anzahl der erfüllten DSM-IV Kriterien bei BPS- und MD-Patienten (Fehlende Angaben bei 8 BPS- und 6 MD-Patienten):

Tabelle 13: Anzahl der erfüllten DSM-IV Kriterien für BPS bei BPS-Patienten und für MD bei MD-Patienten

Gruppe	Anzahl der erfüllten DSM-IV Kriterien	Häufigkeit	Prozent (%)
BPS	4 Kriterien von 9 BPS-Kriterien	1	2,1
	5 Kriterien von 9 BPS-Kriterien	7	14,6
	6 Kriterien von 9 BPS-Kriterien	11	22,9
	7 Kriterien von 9 BPS-Kriterien	18	37,5
	8 Kriterien von 9 BPS-Kriterien	9	18,7
	9 Kriterien von 9 BPS-Kriterien	2	4,2
	Gesamt	48	100
MD	1 Kriterium von Kriterium Nr.1-2 der MD	6	10,9
	2 Kriterien von Kriterium Nr.1-2 der MD	49	89,1
	Gesamt	55	100
	2 Kriterien aus Kriterium Nr. 3-9 der MD	1	1,8
	3 Kriterien aus Kriterium Nr. 3-9 der MD	1	1,8
	4 Kriterien aus Kriterium Nr. 3-9 der MD	16	29,1
	5 Kriterien aus Kriterium Nr. 3-9 der MD	15	27,3
	6 Kriterien aus Kriterium Nr. 3-9 der MD	17	30,9
	7 Kriterien aus Kriterium Nr. 3-9 der MD	5	9,1
Gesamt	55	100	

4.2 Vergleich der Gruppen an Hand des BDI-II

4.2.1 Hypothese 1a: Vergleich der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung, Major Depression und Gesunden

Hypothese 1a: „BPS-Patienten erreichen mindestens genauso häufig den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II wie MD-Patienten – und BPS- und MD-Patienten erreichen beide wesentlich häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression wie die HC-Gruppe.“

Die Auswertung des BDI-II zeigte, dass 69,6% der BPS-Patienten und 42,6% der MD-Patienten den Schwellenwert zur Einteilung einer schweren Depression überschritten hatten. Weitere 12,5% der BPS-Patienten und 41% der MD-Patienten erreichten den Schwellenwert zur Einteilung einer mittelgradigen Depression. In den Kategorien der leichten bis keine Depression war die Verteilung der BPS- und der MD-Patienten sehr ähnlich, unterschied sich jedoch wesentlich von der in der gesunden Gruppe, wie man in folgender Tabelle (Tabelle 14) erkennen kann (3 BPS-Patienten mussten aufgrund fehlender Angaben im BDI-II ausgeschlossen werden):

Tabelle 14: Schweregradeinteilung der Depression pro Gruppe

Gruppe	BDI-II Auswertung		Häufigkeit	Prozent (%)
BPS	Keine Depression	0-8 Punkte	3	5,7
	Minimale Depression	9-13 Punkte	3	5,7
	Leichte Depression	14-19 Punkte	1	1,9
	Mittelgradige Depression	20-28 Punkte	7	13,2
	Schwere Depression	29-63 Punkte	39	73,6
	Gesamt		53	100
MD	Keine Depression	0-8 Punkte	2	3,3
	Minimale Depression	9-13 Punkte	4	6,6
	Leichte Depression	14-19 Punkte	4	6,6
	Mittelgradige Depression	20-28 Punkte	25	41,0
	Schwere Depression	29-63 Punkte	26	42,6
	Gesamt		61	100
HC	Keine Depression	0-8 Punkte	38	71,7
	Minimale Depression	9-13 Punkte	7	13,2
	Leichte Depression	14-19 Punkte	4	7,5
	Mittelgradige Depression	20-28 Punkte	3	5,7
	Schwere Depression	29-63 Punkte	1	1,9
	Gesamt		53	100

In der gesunden Kontrollgruppe hatten 71% der Versuchspersonen 0-8 Punkte erreicht (keine Depression). Erstaunlicherweise gab es aber auch hier Versuchspersonen, die die Punktzahl einer mittelgradigen (5,7%) oder sogar die Punktzahl einer schwergradigen Depression erreichten (1,9%). Die folgende Graphik (Abbildung 1) zeigt eine optische Darstellung dieser Gegebenheiten:

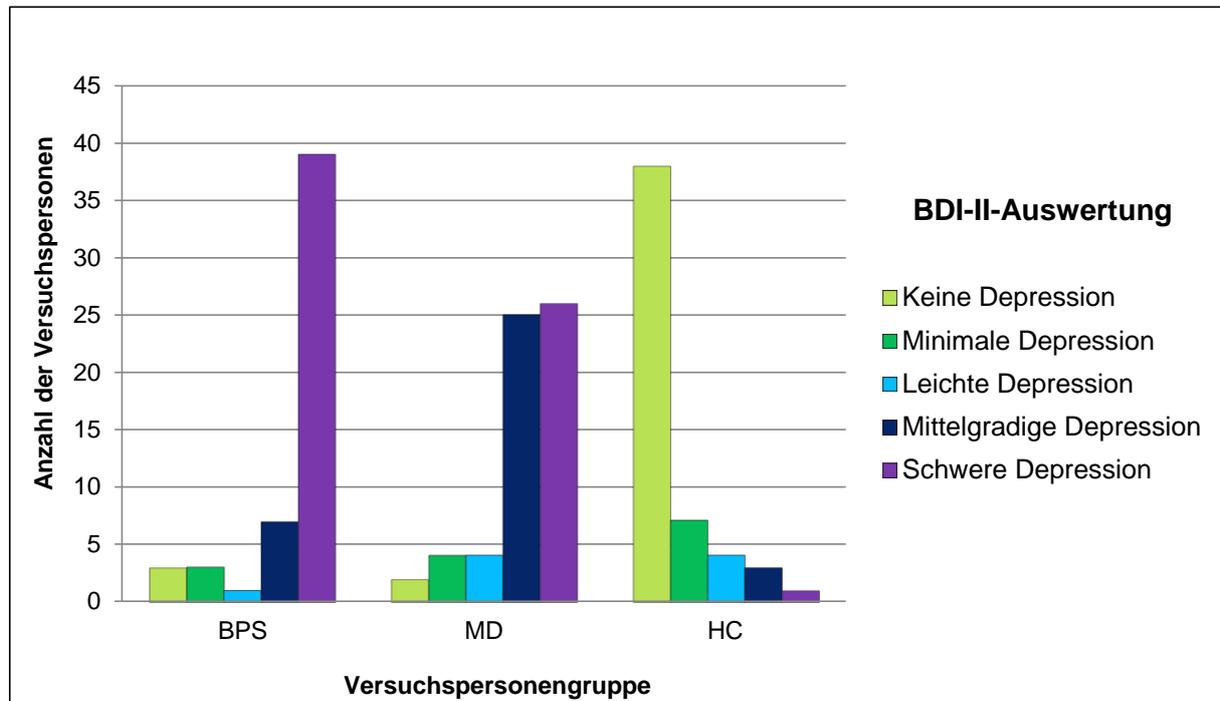


Abbildung 1: Schweregradeinteilung der Depression im BDI-II pro Gruppe

Zur Überprüfung der Gruppenunterschiede wurde eine univariate Kovarianzanalyse mit den festen Faktoren „Gruppe“ (BPS, MD, HC) und den BDI-II Gesamtsummen der Versuchspersonen berechnet. Das Alter und das Geschlecht wurden als Kovariaten mitgeführt. Demnach ergab sich mit einem $F = 95,79$, $df = 2/162$ und $p < 0,001$ ein hoch signifikanter Gesamtunterschied. Tabelle 15 zeigt die adjustierten Mittelwerte und die paarweisen Vergleiche der univariaten Kovarianzanalyse:

Tabelle 15: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und Paarweise Vergleiche der Gesamtsummen des BDI-II

Adjustierte Mittelwerte			Paarweise Vergleiche		
Gruppe (A)	Mittelwert	Standardabweichung	Vergleichsgruppe (B)	Mittlere Differenz (A - B)	p
BPS	32,883	1,633	vs. MD	1,341	1,000
MD	31,542	1,912	vs. HC	27,049	,000
HC	4,493	1,727	vs. BPS	-28,39	,000
$F = 95,79$ $df = 2/162$			$p < 0,001$		

Die BPS- und die MD-Gruppe erreichen im Schnitt deutlich höhere Gesamtwerte und unterscheiden sich damit signifikant in ihren BDI-II-Gesamtsummen von der sehr viel niedrigeren mittleren BDI-II-Gesamtsumme der HC-Gruppe. Die BDI-II-Gesamtsummen der BPS- und der MD-Patienten sind nach der univariaten Kovarianzanalyse mit den Kovariaten Alter und Geschlecht nahezu identisch.

Insgesamt lässt sich also resümieren, dass Hypothese 1a zutreffend ist.

4.2.2 Hypothese 1b: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression

Hypothese 1b: „BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose der MD erreichen häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II als BPS-Patienten ohne eine solche.“

Untersucht man nun die Einteilung, in der die BPS-Gruppe in zwei Kategorien aufgeteilt ist (reine BPS und BPS+MD) (bei zwei der insgesamt 56 BPS-Patienten fehlen Angaben zur zusätzlichen Diagnose einer MD), ergibt sich beim Vergleich von deren BDI-II-Punktzahlen folgendes Bild: 22 der 23 Patienten (95,7%), die zusätzlich zur BPS eine MD-Diagnose haben, überschritten im BDI-II den Schwellenwert für eine schwere Depression, die übrige BPS+MD-Versuchsperson erreichte die Bewertung einer mittelgradigen Depression. 51,6% der BPS-Patienten ohne eine zusätzliche MD-Diagnose überschritten ebenfalls die Punktzahl für eine schwere Depression. Die restlichen 48,4% verteilen sich auf die Bewertungen von mittelgradiger bis zu keiner Depression.

Um zu beurteilen, ob die beobachtete Verteilung von der Zufallserwartung abweicht, wurde ein χ^2 -Test nach Pearson für die reine BPS- und die BPS+MD-Gruppe durchgeführt (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Beobachtete und erwartete Fälle der BDI-II Auswertung bei reinen BPS- und BPS+MD-Patienten

Gruppe		BDI-II Auswertung (D.= Depression)					Gesamt
		keine D.	minimale D.	leichte D.	mittelgr. D.	schwere D.	
reine BPS	Anzahl	3	3	1	5	16	28
	Erwartete Anzahl	1,6	1,6	,5	3,3	20,9	28,0
	% innerhalb von Gruppe	10,7%	10,7%	3,6%	17,9%	57,1%	100,0%
BPS+MD	Anzahl	0	0	0	1	22	23
	Erwartete Anzahl	1,4	1,4	,5	2,7	17,1	23,0
	% innerhalb von Gruppe	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	95,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	3	3	1	6	38	51
	Erwartete Anzahl	3,0	3,0	1,0	6,0	38,0	51,0
	% innerhalb von Gruppe	5,9%	5,9%	2,0%	11,8%	74,5%	100,0%

Der X²-Test ergab dabei für X²=10,22 bei df=4 und p=0,018 (einseitige Testung).

Schwere Depressionen kommen bei BPS+MD-Patienten über- und leichtere Depressionen bei reinen BPS-Patienten unterrepräsentiert vor. Besonders auffällig aber ist, dass in der reinen BPS-Gruppe immerhin noch 21 von 28 (75%) Patienten nach BDI-II-Kriterien eine mittelgradige bis schwere Depression haben, die nicht in die klinische Diagnose eingeflossen ist.

Erwartungsgemäß haben die BPS+MD-Patienten signifikant höhere Werte als die reinen BPS-Patienten, was der Definition entspricht, sodass sich auch Hypothese 1b als zutreffend herausstellt.

4.3 Vergleich der Gruppen an Hand der BSL

4.3.1 Hypothese 2a: Vergleich der Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung, Major Depression und Gesunden

Hypothese 2a: „BPS-Patienten erreichen einen höheren Gesamtwert in der BSL als MD-Patienten – und BPS- und MD-Patienten erreichen beide höhere Gesamtwerte in der BSL als die HC-Gruppe.“

Die BPS-Gruppe erreichte in der BSL einen Gesamtmittelwert von 193,36 Punkten mit einer Standardabweichung von 75,88 Punkten, während die MD-Gruppe im Mittel 122 Punkte mit einer Standardabweichung von 55,25 Punkten erreichte. Die gesunde Kontrollgruppe erreichte den niedrigsten Gesamtmittelwert mit 46,32 Punkten und einer Standardabweichung von 82,42 Punkten. Eine Übersicht über die Ergebnisse der BSL-Gesamtskala und der BSL-Subskalen, sowie deren Kovarianzanalysen (feste Faktoren: Gruppe; Kovariaten: Alter und Geschlecht) zeigt die folgende Tabelle (Tabelle 17) (3 BPS- und 2 MD-Patienten mussten aufgrund fehlender Angaben in der BSL ausgeschlossen werden):

Tabelle 17: Adjustierte Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der BSL-Gesamtskala und der BSL-Subskalen pro Gruppe, sowie univariate Kovarianzanalysen (fester Faktor: Gruppe; Kovariaten: Alter und Geschlecht)

Skalen	Gruppe						Kovarianzanalysen (df=2/160)	
	BPS (N=53)		MD (N=59)		HC (N=53)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
BSL Gesamtsumme	193,4	75,9	122,3	55,3	46,3	35,2	43,8	,000
Subskala Selbstwahrnehmung	33,6	17,6	20,4	12,7	5,4	7,5	63,8	,000
Subskala Affektregulation	29,9	12,5	19,0	10,4	7,6	7,3	72,9	,000
Subskala Autoaggression	27,6	14,0	11,8	9,4	2,1	4,2	94,6	,000
Subskala Dysphorie	31,8	7,2	30,4	5,9	19,4	8,7	43,8	,000
Subskala Soziale Isolation	21,2	10,9	12,2	7,7	3,5	4,4	73,0	,000
Subskala Feindseligkeit	9,6	5,2	5,1	3,5	2,6	2,7	44,1	,000
Subskala Intrusionen	12,6	9,2	5,7	5,6	1,1	1,4	55,7	,000

Insgesamt zeigte sich ein hoch signifikanter Gruppenunterschied in der BSL-Gesamtsumme und den BSL-Subskalen, der im Wesentlichen durch die deutlich kleineren BSL-Werte der gesunden Gruppe bedingt ist. Daher erfolgte eine weitere univariate Kovarianzanalyse, die nur die BPS- und die MD-Gruppe in die Berechnung einschließt (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Univariate Kovarianzanalysen der BSL mit BPS- und MD-Patienten (ohne die HC-Gruppe) (Kovariaten: Alter und Geschlecht) (Mittelwerte siehe Tab. 17)

Skalen der BSL	Kovarianzanalysen (df=1/108)	
	F	p
BSL Gesamtsumme	3,428	,067
Subskala Selbstwahrnehmung	4,042	,047
Subskala Affektregulation	1,583	,211
Subskala Autoaggression	9,492	,003
Subskala Dysphorie	0,003	,958
Subskala Soziale Isolation	2,083	,152
Subskala Feindseligkeit	5,635	,019
Subskala Intrusionen	0,464	,497

Für die BSL-Gesamtsumme ergab sich mit einem $F=3,43$ und $df=1/108$ noch eine schwache Signifikanz von $p=0,067$, sodass sich auch BPS-Patienten in ihren Mittelwerten hypothesenkonform von MD-Patienten unterscheiden. Besonders interessant erscheint das Ergebnis der BSL-Subskala Dysphorie, da BPS- wie auch MD-Patienten einen sehr ähnlichen Mittelwert und ähnliche Standardabweichungen erzielen (Tabelle 18, $F=0,003$ und $p=0,958$). In den übrigen, auch den nicht signifikanten, BSL-Subskalen liegt die BPS-Gruppe im Schnitt immer deutlich über den Ergebnissen der MD-Gruppe, aber beide Gruppen unterscheiden sich vom Mittelwert der Kontrollgruppen, woraus sich die Gesamt-Signifikanz der Gruppenunterschiede in der Kovarianzanalyse, in der alle drei Gruppen verglichen wurden, ergibt (Tabelle 17) ($F=43,8$ und $p=0,001$).

Generell konnte in Bezug auf Hypothese 2a festgestellt werden, dass BPS-Patienten einen höheren Gesamtwert in der BSL als MD-Patienten erreichen und diese Hypothese somit zutreffend ist.

4.3.2 Hypothese 2b: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression

Hypothese 2b: „BPS-Patienten mit der Zusatzdiagnose MD erreichen höhere Gesamtwerte in der BSL als BPS-Patienten ohne eine solche.“

Untersucht man auch hier die Einteilung, in der die BPS-Gruppe in zwei Kategorien aufgeteilt ist (reine BPS und BPS+MD), ergibt sich beim t-Test für unabhängige Stichproben ein signifikanter Gruppenunterschied, d.h. die BPS+MD Gruppe erreicht nicht nur im BDI-II, sondern auch in der BSL einen höheren Schweregrad der Erkrankung als die reine BPS-Gruppe (siehe Tabelle 19):

Tabelle 19: T-Test für unabhängige Stichproben der BSL-Gesamtskala mit reinen BPS- und BPS+MD-Patienten

Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	t	df	p
Reine BPS	164,86	78,13	3,518	49	,001
BPS+MD	232,74	54,57			

Um dieses Ergebnis ins Gesamtbild setzen zu können, wurde eine univariate Kovarianzanalyse gerechnet: diesmal zusätzlich mit der MD- und der HC-Gruppe (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Ergebnisse der univariaten Kovarianzanalyse der BSL mit reinen BPS-, BPS+MD- und MD-Patienten, sowie der HC-Gruppe (Kovariaten: Alter und Geschlecht) und den Paarvergleichen der beiden Borderlinegruppen mit der MD-Gruppe

Adjustierte Mittelwerte			Paarweise Vergleiche			
Gruppe (A)		Mittelwert	Standardabweichung	Vergleichsgruppe (B)	Mittlere Differenz (A - B)	p
BPS	Reine BPS	164,86	78,13	vs. MD	7,079	1,000
	BPS+MD	232,74	54,57	vs. MD	73,734	,000
MD		122,34	55,25			
HC		46,32	35,22			
F=82,09			df= 3/157	p<0,001		

Hier wird deutlich, dass alle drei klinischen Gruppen in ihren Mittelwerten deutlich vom Mittelwert der Gesunden abweichen und auch die MD-Gruppe kleinere Werte erzielt als die beiden BPS-Gruppen. Während sich die reine BPS-Gruppe nicht wesentlich von der MD-Gruppe unterscheidet, besteht ein hochsignifikanter Unterschied zwischen der BPS+MD- und der MD-Gruppe. Das Signifikanzniveau ist bei dem gesamten Vergleich mit $p < 0,001$ sehr hoch. Auch Hypothese 2b konnte bestätigt werden und die Rangreihe der Mittelwerte in den vier Gruppen entspricht den Erwartungen.

4.4 Vergleich der Gruppen an Hand des FEBS-D

4.4.1 Hypothese 3a: Entwicklung zweier Skalen – t-Test basiert

Zur Auswertung des FEBS-D wurden zwei statistische Wege eingeschlagen, von denen die erste Möglichkeit im Folgenden dargestellt wird:

Hypothese 3a: „Durch die signifikant unterschiedliche Bewertung von BPS- und MD-Patienten der Items des neuen Fragebogens, können zwei Skalen (eine für BPS- und eine

für MD-Patienten) mit depressivem Inhalt entwickelt werden. In diesen haben definitionsgemäß in der neuen BPS-Skala „BPS-FEBS-D-t-Test-bas.“ BPS-Patienten höhere Werte als die MD-Gruppe und in der neuen MD-Skala „MD-FEBS-D-t-Test-bas.“ MD-Patienten höhere Werte als BPS-Patienten.“

Dazu wurde in einem ersten Schritt der t-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Als Testvariablen wurden alle Items und als Gruppenvariable die BPS-Gruppe und die MD-Gruppe ausgewählt. Werte mit einem Signifikanzniveau $\leq 0,05$ wurden beibehalten. Übrig blieben 56 von ursprünglich 119 Items.

Anschließend wurde eine Korrelation der übrig gebliebenen Items mit dem Alter berechnet. Um nicht zu viele Items eliminieren zu müssen, wurde hier ein Signifikanzniveau von $\leq 0,1$ ausgewählt, d. h. alle, die über diesem Signifikanzniveau mit dem Alter korreliert waren, wurden eliminiert, sodass von 56 Items noch 23 übrig blieben.

Nachfolgend wurde eine Korrelation der 23 Items mit dem Geschlecht berechnet. Nach Elimination aller mit dem Geschlecht signifikant korrelierten Items blieben 20 Items übrig. Bei den Items, die mindestens auf dem Signifikanzniveau von $p \leq 0,1$ zwischen den Gruppen trennten, waren es fast ausschließlich BPS-Patienten, die höhere Werte bei den jeweiligen Fragen angekreuzt hatten. Daher wurden die zwei einzigen Items (Item 89 und Item 93) mit einem positiven Vorzeichen der Differenz (höhere Werte für MD-Patienten) für die im nächsten Schritt folgende Bildung einer neuen Skala herausgenommen. Aus den zwei übrig gebliebenen MD-spezifischen Items konnte keine weitere Skala gebildet werden.

Eine neue (BPS-spezifische-) Skala aus 18 Items mit dem Namen „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ wurde aus folgenden Items gebildet (siehe Tabelle 21):

Tabelle 21: Items der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“

Itemnummer	Item
Item 8	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, kann ich mich selbst einfach nicht mehr ertragen.
Item 11	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich enttäuscht von mir selbst.
Item 16	Ich habe mich mit einem Freund/ einer Freundin gestritten. Wenn diese Person eine Stunde später auf mich zukommt und mit mir reden möchte, kann ich explodieren und sehr laut werden.
Item 18	Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, fühle ich mich danach missverstanden.
Item 22	Ich habe Angst vor mir selbst und dem was ich mir vielleicht noch antun könnte.
Item 33	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: ‚Ich hasse mich!‘
Item 49	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, fühle mich nutzlos.
Item 50	Ich habe häufig Selbstmordgedanken.
Item 52	Ich habe mich schon immer selbst stark kritisiert.
Item 54	Ich kann nicht genau benennen, was eine schlechte Stimmung bei mir auslöst. So etwas baut sich immer mehr auf: Zum Schluss können schon Kleinigkeiten Auslöser dafür sein.
Item 56	Ich habe Angst, dass Menschen, die mir etwas bedeuten, mich vielleicht verlassen werden.
Item 59	Ich bin die ganze Nacht am Grübeln und finde kaum Schlaf.
Item 69	Zeiten, in denen es mir sehr schlecht geht, durchlebe ich sehr häufig und kann überhaupt nicht zählen wie oft das schon der Fall war.
Item 73	Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, spüre ich starke Wut und Aggressionen in mir aufsteigen.
Item 77	Ich habe das Gefühl, es wäre einfach besser, wenn es mich gar nicht gäbe!
Item 104	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich wütend auf mich selbst.
Item 113	Es ist manchmal, wie von Innen zu verbrennen!
Item 116	Ich war schon immer anders als andere Menschen.

Die „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ wurde einer Itemanalyse unterzogen (siehe Tabelle 23). Es mussten Fälle listenweise ausgeschlossen werden, da zum Teil einzelne Items des FEBS-D nicht oder fehlerhaft angekreuzt wurden (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Zusammenfassung der Fallverarbeitung der Itemanalyse der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“

Fälle	N	Prozent (%)
Gültig	157	92,4
Ausgeschlossen ^a	13	7,6
Gesamt	170	100,0

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur

Tabelle 23: Itemanalyse der „BPS-FEBS-D-t-Test bas. – Skala“

Itemnummer	Korrigierte Trennschärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Item 8	,800	,937
Item 11	,687	,940
Item 16	,403	,944
Item 18	,587	,941
Item 22	,740	,938
Item 33	,809	,937
Item 49	,847	,936
Item 50	,624	,941
Item 52	,578	,942
Item 54	,668	,940
Item 56	,668	,940
Item 59	,489	,943
Item 69	,755	,938
Item 73	,577	,942
Item 77	,792	,937
Item 104	,708	,939
Item 113	,674	,940
Item 116	,649	,940

Die neue Skala zeigt mit Cronbachs alpha von 0,943 eine gute Reliabilität und da alle korrigierten Trennschärfen (korrigierte Item-Skala-Korrelationen) über 0,3 liegen, mussten keine weiteren Items ausgeschlossen werden.

Insgesamt kann man feststellen, dass die Items, die sich am deutlichsten voneinander durch ihre Bewertung der BPS- und MD-Patienten unterscheiden, von BPS-Patienten wesentlich höher bewertet wurden. Es blieben nach der Ausparialisierung von Alter und Geschlecht nur 2 Items übrig, in denen MD-Patienten höhere Messwerte erreichten, sodass daraus keine neue Skala gebildet werden konnte. Übrig geblieben sind also statistisch, diejenigen Items, die vermutlich die depressiven Gefühlswahrnehmungen von BPS-Patienten im Gegensatz zu den depressiven Gefühlswahrnehmungen der MD-Patienten am ehesten hervorheben. Somit bestätigt sich Hypothese 3a nur zum Teil, da zwar inhaltlich depressive Items für die BPS ermittelt, jedoch keine ausreichende Anzahl von inhaltlich depressiven Items für die MD gefunden werden konnte, aus denen man eine weitere Skala hätte bilden können.

4.4.2 Hypothese 3b: Validierung der neuen t-Test-basierten FEBS-D-Skalen

Hypothese 3b: „Bei der Validierung an den etablierten Skalen korreliert die neue „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-

D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Diese Korrelationsunterschiede sollten in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein.“

Dazu erfolgte eine Validierung der neuen Skala durch Partialkorrelationen (Kontrollvariable auch hier: Alter und Geschlecht) mit der Gesamtsumme des BDI-II und der Gesamtsumme der BSL, sowie den BSL-Subskalen (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Validierung der neuen „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ an BDI-II und BSL durch Pearson Partialkorrelationen (Kontrollvariablen Alter und Geschlecht) getrennt nach Gruppen (fett gedruckt = hypothesenkonforme Werte)

Skalen	Korrelation mit „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“				
	Alle Grup- pen df=160	BPS gesamt & MD df=107	BPS gesamt df=49	MD df=54	HC df=49
BDI-II-Gesamtsumme	,847***	,645***	,755***	,659***	,741***
BSL-Gesamtsumme	,846***	,640***	,760***	,547***	,755***
BSL-Subskala Selbstwahrnehmung	,762***	,533***	,632***	,413**	,652***
BSL-Subskala Affektregulation	,793***	,549***	,646***	,497***	,674***
BSL-Subskala Autoaggression	,819***	,669***	,733***	,579***	,476***
BSL-Subskala Dysphorie	,694***	,352***	,519***	,283*	,695***
BSL-Subskala Soziale Isolation	,814***	,631***	,765***	,543***	,650***
BSL-Subskala Feindseligkeit	,648***	,388***	,450***	,209	,449***
BSL-Subskala Intrusionen	,679***	,414***	,514***	,407**	,358**
*p≤0,05 **p≤0,01 ***p≤0,001					

Zunächst kann man feststellen, dass alle Skalen in allen Gruppen signifikant mit den etablierten Skalen BSL und BDI-II korrelieren. In der Gesamtgruppe ist aber die „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ gleich hoch korreliert mit dem BDI-II und der BSL, und auch alle Subskalen der BSL korrelieren rein deskriptiv sogar geringer mit der neuen Skala als das BDI-II, so dass dieser Teil der Hypothese nicht bestätigt werden kann.

Bezieht man in die Validierung alle einzelnen Gruppen mit ein, so wären in der BPS-Gesamtgruppe und in der HC-Gruppe die Korrelation mit der BSL-Gesamtsumme hypothesenkonform geringfügig höher als mit dem BDI-II, aber fast alle Subskalen der BSL korrelieren weniger hoch mit der BSL als mit dem BDI-II. Eine Ausnahme bildet die Subskala Autoaggression in der aus MD und BPS zusammengefassten Gruppe, d.h. nur für diese, für die BPS-Gesamtgruppe und für die Kontrollgruppe trifft die Erwartung zu, dass die neue Skala höher mit der BSL als mit dem BDI-II korreliert. Allerdings ist der Unterschied verschwindend gering, so dass pauschal gesagt werden kann, die Relation der

Korrelationskoeffizienten mit BSL und MD folgen in allen Teilgruppen der gleichen Gesetzmäßigkeit, was einen Teil der Hypothese 3b bestätigt.

Bei Betrachtung der Absolutwerte der Koeffizienten findet sich die höchste Korrelation der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ mit je einem Wert von 0,847 und 0,846 mit der BDI-II- und der BSL-Gesamtskala. Das ist zu erwarten, da die Gesamtgruppe oder zusammengefasste BPS- und MD-Gruppe aufgrund höherer Fallzahlen solidere Korrelationen haben. Hypothese 3b legt einen Fokus auf den Vergleich der Korrelationen innerhalb der jeweiligen Gruppe, also besonders von BPS-Patienten und MD-Patienten: Der höchste Korrelationswert der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ bei BPS-Patienten mit 0,765 findet sich bei der BSL-Subskala der Sozialen Isolation. Mit gering niedrigeren Korrelationswerten von 0,76 und 0,755 folgen die Gesamtsummen der BSL und des BDI-II innerhalb der BPS-Gruppe. Die höchsten Korrelationen der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ innerhalb der MD-Gruppe mit nur 0,659, 0,579 und 0,547 betreffen die BDI-II-Gesamtsumme, die BSL-Subskala Autoaggression und die BSL-Gesamtsumme. Die HC-Gruppe erfüllt hypothesenkonform ihre Erwartungen mit Korrelationswerten von 0,755 für die BSL- und 0,741 für die BDI-II-Gesamtsumme. Am niedrigsten abgebildet mit einem Korrelationswert von 0,209 wird die „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ von der BSL-Subskala der Feindseligkeit innerhalb der MD-Gruppe, direkt gefolgt mit einem Korrelationswert von 0,283 von der BSL-Subskala der Dysphorie auch innerhalb der MD-Gruppe. In der BPS-Gruppe korreliert die neue Skala ebenfalls am wenigsten mit der BSL-Subskala der Feindseligkeit, wenn auch mit einem deutlich höherem Korrelationswert von 0,45. Die niedrigste Korrelation innerhalb der HC-Gruppe ist mit 0,358 zu finden bei der BSL-Subskala der Intrusionen.

An dieser Stelle fehlt die Korrelation des BDI-II und der BSL mit der „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“, da in Hypothese 3a keine MD-typische Skala entstanden ist, sodass hier keine Aussagen zu den Erwartungen von Hypothese 3b bezüglich dieser Skala gemacht werden können.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Hypothese 3b zum Teil zutrifft, da die neue „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ in der BPS- und in der HC-Gruppe (wenn auch nur minimal) höher mit der BSL als mit dem BDI-II korreliert, in der MD-Gruppe korreliert sie jedoch höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Durch die fehlende „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ kann außerdem keine Aussage zur Korrelation der verschiedenen Gruppen mit dem BDI-II und der BSL gemacht werden.

4.4.3 Hypothese 3c: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression

Hypothese 3c: „Die Hypothese zum Vergleich der beiden BPS-Teilgruppen hinsichtlich der neuen t-Test-basierten Skalen erfordert die Formulierung von zwei Alternativhypothesen mit zwei unterschiedlichen Schlussfolgerungen:

3c H1: Wenn BPS+MD-Patienten eine echte Depression haben, wie sie der MD-Diagnose zugrunde liegt, so müssten sie in der „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höhere Werte erzielen als reine BPS-Patienten und in der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

3c H2: Haben BPS+MD-Patienten jedoch eine Borderline-spezifische Depression, dann müssten sie in der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höhere Werte als reine BPS-Patienten erzielen und in der „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.“

Um die entstandene Skala auf ihre Diskriminanz zwischen reinen BPS-Patienten und BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose einer MD zu testen, folgte pro Skala ein t-Test für unabhängige Stichproben. Da in Hypothese 3a keine MD-typische Skala entstanden ist, konnte der t-Test für unabhängige Stichproben nur für die „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ berechnet werden (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: t-Test für unabhängige Stichproben zum Vergleich der t-Test basierten FEBS-D-Skala bei reinen BPS-Patienten und BPS+MD-Patienten

Skala	Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	t	df	p
BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala	Reine BPS	125,48	27,40	3,551	52	,001
	BPS+MD	145,73	13,82			

Die Ergebnisse der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ von BPS+MD-Patienten sind signifikant höher als die Ergebnisse von reinen BPS-Patienten. Somit zeigt diese Skala eine gute Diskriminationsfähigkeit der beiden klinischen Gruppen und ist demnach ansatzweise hypothesenkonform mit Hypothese 3c H2, in der angenommen wird, dass BPS-Patienten eine BPS-typische Depression haben, und damit weniger hypothesenkonform mit Hypothese 3c H1, in der angenommen wird, dass BPS-Patienten eine echte MD haben. Aufgrund der fehlenden MD-typischen Skala lässt sich nicht entscheiden, ob Hypothese 3c H1 oder 3c H2 zutrifft und damit auch nicht, ob die BPS+MD-Gruppe eine allgemeine oder BPS spezifische Depression hat. Hypothese 3c kann für die „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ somit nur zum Teil bestätigt werden.

4.4.4 Hypothese 4a: Entwicklung dreier Skalen – basierend auf klinischen Überlegungen

Der zweite statistische Weg den FEBS-D auszuwerten, wird in den folgenden Rechnungen dargestellt:

Hypothese 4a: „Drei durch klinische Überlegungen entstandene Skalen (eine Skala aus BPS-typischen Items, eine aus MD-typischen Items und eine aus parallelisierten, „gesunden“ Aussagen (HC-Skala)) im neuen Fragebogen sind sensitiv für die jeweilige Versuchspersonengruppe, d. h. in der BPS-Skala „BPS-FEBS-D-klin.-Skala“ erzielen BPS-Patienten signifikant höhere Werte als MD-Patienten und gesunde Kontrollen, während in der MD-Skala „MD-FEBS-D-klin.-Skala“ MD-Patienten signifikant höhere Werte als BPS-Patienten und gesunde Kontrollen erzielen. In der HC-Skala „HC-FEBS-D-klin.-Skala“ erreichen die gesunden Kontrollen signifikant höhere Werte als BPS- und MD-Patienten.“

Es wurden drei Skalen gebildet: 1. „BPS-FEBS-D-Skala“ (42 Items), in der Annahme, dass hier die BPS-Patienten diese 42 Items besonders hoch bewerten würden, 2. „MD-FEBS-D-Skala“ (38 Items), in der Annahme dass hier die MD-Patienten diese 38 Items besonders hoch bewerten würden und 3. „HC-FEBS-D-Skala“ (22 Items), in der Annahme, dass hier die gesunden Versuchspersonen diese 22 Items hoch bewerten würden. Die folgende Tabelle listet die Nummern der zu den jeweiligen Skalen zugehörigen Items (Tabelle 26) (Vollständiger Fragebogen siehe Anhang):

Tabelle 26: Itemnummern der verschiedenen FEBS-D-Skalen

Skala	Zugehörige Itemnummern	Gesamt
BPS-FEBS-D-Skala	5, 7, 8, 13, 15, 16, 22, 29, 33, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 50, 51, 52, 55, 56, 58, 62, 67, 69, 73, 74, 77, 78, 90, 92, 94, 96, 98, 99, 101, 104, 109, 111, 113, 116, 119	42
MD-FEBS-D-Skala	2, 6, 11, 14, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 28, 30, 44, 46, 48, 49, 54, 57, 59, 64, 66, 75, 76, 81, 83, 86, 88, 95, 97, 100, 103, 105, 106, 107, 108, 110, 112, 114	38
HC-FEBS-D-Skala	1, 4, 12, 26, 34, 35, 39, 45, 47, 61, 63, 65, 70, 71, 72, 79, 82, 84, 85, 87, 89, 118	22

Bei dieser Zuordnung der Items zu Skalen bleiben 17 Items aus dem Fragebogen übrig, die von vorneherein keiner Skala bzw. Gruppe (BPS, MD oder HC) zugeordnet wurden (Itemnummern: 3, 9, 10, 18, 25, 27, 31, 32, 53, 60, 68, 80, 91, 93, 102, 115, 117).

Die drei Skalen wurden je einer Itemanalyse unterzogen, um Items zu eliminieren, die eine korrigierte Trennschärfe $<0,5$ hatten. Übrig blieben in der BPS-FEBS-Skala 31 Items, in der MD-FEBS-Skala 27 Items und in der HC-FEBS-Skala 15 Items. Aus diesen wurden wiederum neue „korrigierte“ Skalen gebildet: 1. „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“, 2. „MD-FEBS-

D-klin. – Skala“ und 3. „HC-FEBS-D-klin. – Skala“, deren Itemnummern und -inhalt in Tabelle 27 dargestellt ist (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Items der verschiedenen FEBS-D-Skalen

Itemnummer	Item
BPS-FEBS-D-klin. – Skala	
Item 8	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, kann ich mich selbst einfach nicht mehr ertragen.
Item 13	Wenn ein Freund/ eine Freundin für mich da ist, fühle ich mich trotzdem sehr einsam.
Item 15	Die Einsamkeit frisst mich von Innen auf.
Item 22	Ich habe Angst vor mir selbst und dem was ich mir vielleicht noch antun könnte.
Item 33	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: „Ich hasse mich!“
Item 36	Ich frage mich, warum ich so verkorkt bin.
Item 38	Ich habe zwischenzeitlich überhaupt kein Interesse an anderen Menschen oder meinen Hobbies und dann gibt es wieder Momente, da habe ich an beidem Freude.
Item 41	Ich kann keinem vertrauen außer mir selbst!
Item 42	Regelmäßig in schlechter oder trauriger Stimmung bin ich mal morgens, mal mittags und auch mal abends.
Item 50	Ich habe häufig Selbstmordgedanken.
Item 52	Ich habe mich schon immer selbst stark kritisiert.
Item 55	In einer schlechten Phase, können Selbstmordgedanken ganz plötzlich auftreten.
Item 56	Ich habe Angst, dass Menschen, die mir etwas bedeuten, mich vielleicht verlassen werden.
Item 58	Ich esse nur sehr wenig, um meinen Körper und mich selbst zu bestrafen.
Item 62	Wenn ich gehe, vermisst mich sowieso keiner.
Item 67	Teilweise bin ich emotionslos „Alles ist Scheißegal“, trotzdem fühle ich mich dann doch einsam und ungeliebt.
Item 69	Zeiten, in denen es mir sehr schlecht geht, durchlebe ich sehr häufig und kann überhaupt nicht zählen wie oft das schon der Fall war.
Item 73	Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, spüre ich starke Wut und Aggressionen in mir aufsteigen.
Item 74	Wenn ich etwas Schönes erlebt habe, kann es mich trotzdem sehr traurig machen.
Item 77	Ich habe das Gefühl, es wäre einfach besser, wenn es mich gar nicht gäbe!
Item 90	Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, verspüre ich ein unerträglich quälendes Gefühl in mir.
Item 96	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, kann ich einen Freund/ eine Freundin einfach nicht in meiner Nähe aushalten, obwohl ich mir gleichzeitig wünsche, nicht allein zu sein.
Item 98	Ich habe Angst vor den Konsequenzen nach einem Streit.
Item 99	Ich kann einfach nichts richtig machen.
Item 101	Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit kann schlagartig oder plötzlich auftreten, es kann sich aber auch nach und nach aufbauen.
Item 104	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich wütend auf mich selbst.

Item 111	Ich fühle mich innerlich total zerrissen und empfinde so viele widersprüchliche Gefühle.
Item 113	Es ist manchmal, wie von Innen zu verbrennen!
Item 116	Ich war schon immer anders als andere Menschen.
Item 119	Wenn es darum geht, neue Aufgaben zu bewältigen, packe ich das immer falsch an.

MD-FEBS-D-klin. – Skala

Item 11	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich enttäuscht von mir selbst.
Item 14	Regelmäßig in schlechter oder trauriger Stimmung bin ich besonders morgens.
Item 17	Ich habe Angst vor den normalen Dingen im Alltag, die ich vielleicht nicht mehr bewältigen kann.
Item 19	Mein Interesse an Sexualität ist in letzter Zeit gesunken.
Item 20	In letzter Zeit kritisiere ich mich häufiger als sonst.
Item 21	Ich esse, ohne dabei angenehme Gefühle zu empfinden.
Item 23	Selbstmordgedanken haben sich mit der Zeit langsam bei mir entwickelt.
Item 24	Ich esse, ohne Appetit zu haben.
Item 30	Ich habe bisher nur in den schlimmsten Momenten an Selbstmord gedacht.
Item 44	Jetzt, wo es mir so schlecht geht, fühle ich mich fremd. Ich bin nicht mehr so wie alle anderen.
Item 46	Egal was ich mache, ich fühle mich jeden Tag müde und erschöpft.
Item 48	Ich habe Angst davor, in meinem Leben nie wieder Freude empfinden zu können.
Item 49	Ich empfinde so gut wie gar kein Interesse mehr an Sexualität.
Item 54	Ich kann nicht genau benennen, was eine schlechte Stimmung bei mir auslöst. So etwas baut sich immer mehr auf: Zum Schluss können schon Kleinigkeiten Auslöser dafür sein.
Item 57	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, fühle mich nutzlos.
Item 59	Ich bin die ganze Nacht am Grübeln und finde kaum Schlaf.
Item 64	Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, bin ich danach kraftlos.
Item 81	Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit schleicht sich ein. Es kann 1-2 Monate, ja sogar Jahre anhalten.
Item 86	Ich habe Angst davor, nie wieder gesund zu werden.
Item 88	Ich habe mich mit einem Freund/ einer Freundin gestritten. Wenn diese Person eine Stunde später auf mich zukommt und mit mir reden möchte, wende ich mich ab, weil ich einfach keine Kraft für eine Auseinandersetzung habe.
Item 95	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: „Ich versage immer!“
Item 97	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, kann ich mich selbst auf Kleinigkeiten nicht mehr konzentrieren.
Item 100	Wenn es darum geht, neue Aufgaben zu bewältigen, schaffe ich das im Moment nicht.
Item 103	Wenn es mir schlecht geht, würde ich am liebsten verbergen wie es in mir aussieht, aber häufig schaffe ich es einfach nicht.
Item 105	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, bleibt trotz der Anwesenheit eines Freundes/ einer Freundin die Traurigkeit, in der ich mich weiterhin alleine fühle.

Item 108	Wenn es mir richtig schlecht geht, versuche ich erst gar nicht diesen Zustand zu ändern. Ich bekomme es sowieso nicht hin.
Item 110	Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Hobbies verloren.
Item 112	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, wende ich mich nicht an andere Menschen, selbst wenn jemand für mich da ist.
HC-FEBS-D-klin. – Skala	
Item 4	Ich interessiere mich sehr für andere Menschen oder meine Hobbies. Das bereitet mir Freude.
Item 26	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich gelassen und hoffe, dass es morgen besser läuft.
Item 34	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, wende ich mich an andere Menschen.
Item 35	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, fühle ich mich schnell besser, wenn ein Freund/ eine Freundin für mich da ist.
Item 39	Nur wenn ich viel Stress habe, fühle ich mich müde und erschöpft. Ansonsten geht es mir gut.
Item 45	Ich kann abends ohne Probleme einschlafen.
Item 61	Ich esse zurzeit nicht anders als sonst auch.
Item 65	Ich kritisiere mich hin und wieder, aber nicht mehr als sonst auch.
Item 72	Wenn es mir richtig schlecht geht, versuche ich diesen Zustand zu verändern. Das klappt auch in der Regel.
Item 79	Ich habe und hatte bisher keine Selbstmordgedanken.
Item 82	Ich habe keine Probleme mit dem Schlafen.
Item 84	Wenn es darum geht, neue Aufgaben zu bewältigen, packe ich das einfach an und schaue, ob es klappt.
Item 85	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, kann ich mich trotzdem ganz gut konzentrieren.
Item 89	Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit tritt nur sehr selten auf.
Item 118	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: „Kann passieren!“

Daraufhin wurden die neuen Skalen jeweils einer univariaten Kovarianzanalyse unterzogen. Dazu wurde als abhängige Variable die jeweilige Skala, als feste Faktoren die Gruppen und als Kovariate das Alter und Geschlecht gewählt (Siehe Tabelle 28, Tabelle 29 und Tabelle 30).

Tabelle 28: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und Paarweise Vergleiche der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“

BPS-FEBS-D-klin. – Skala					
Adjustierte Mittelwerte			Paarweise Vergleiche		
Gruppe (A)	Mittelwert	Standardabweichung	Vergleichsgruppe (B)	Mittlere Differenz (A - B)	p
BPS	210,725	6,603	vs MD	43,249	,001
MD	167,476	8,011	vs HC	112,191	,000
HC	55,284	7,132	vs BPS	-155,440	,000
F=158,763			df=2/164		p<0,001

Tabelle 29: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und paarweise Vergleiche der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“

MD-FEBS-D-klin. – Skala					
Adjustierte Mittelwerte			Paarweise Vergleiche		
Gruppe (A)	Mittelwert	Standardabweichung	Vergleichsgruppe (B)	Mittlere Differenz (A - B)	p
BPS	169,127	5,997	vs MD	13,300	,633
MD	155,828	7,277	vs HC	104,139	,000
HC	51,688	6,478	vs BPS	-117,439	,000
F=114,185 df=2/164 p<0,001					

Tabelle 30: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und paarweise Vergleiche der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“

HC-FEBS-D-klin. – Skala					
Adjustierte Mittelwerte			Paarweise Vergleiche		
Gruppe (A)	Mittelwert	Standardabweichung	Vergleichsgruppe (B)	Mittlere Differenz (A - B)	p
BPS	45,030	3,248	vs MD	-2,911	1,000
MD	47,941	3,941	vs HC	-57,461	,000
HC	105,402	3,508	vs BPS	60,373	,000
F=105,358 df=2/164 p<0,001					

Die bis hierhin berechneten Daten zeigen, dass BPS-Patienten auf der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ signifikant höhere Werte erreichen als MD-Patienten oder die HC-Gruppe. Ähnlich ist es mit der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“, auf der die gesunde Kontrollgruppe signifikant höhere Werte erreicht als BPS- oder MD-Patienten. Anders verhält es sich aber bei der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“. Im Schnitt haben dort selbst die BPS-Patienten sogar einen minimal höheren Summenwert als die MD-Patienten. Auf dieser Skala findet sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen BPS-Patienten und MD-Patienten.

Zusammenfassend kann man hier festhalten, dass die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ und die „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ ihre Erwartungen, von der jeweilig zugehörigen Gruppe besonders hoch im Gegensatz zu den Vergleichsgruppen bewertet zu werden, erfüllen. Da sich die „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ aber nicht signifikant in den Messergebnissen der BPS- und der MD-Gruppe unterscheidet, erfüllt sie die an sie gestellten Erwartungen nicht, sodass Hypothese 3b insgesamt nur zum Teil zutrifft.

4.4.5 Hypothese 4b: Validierung der neuen klinischen FEBS-D-Skalen

Hypothese 4b: „Bei der Validierung an den etablierten Skalen korreliert die neue „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Diese Korrelationsunterschiede sollten in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein.“

Dazu erfolgte eine Validierung der klinischen FEBS-D-Skalen durch Partielle Korrelationen (Kontrollvariable: Alter und Geschlecht) untereinander und mit den Gesamtsummen des BDI-II und der BSL, sowie ihren Subskalen (siehe Tabelle 31) mit der nur jeweilig untersuchten Gruppe.

Tabelle 31: Partialkorrelationen der klinischen FEBS-D-Skalen untereinander und mit den Gesamtsummen des BDI-II und der BSL, sowie den BSL-Subskalen (fett gedruckt = hypothesenkonforme Werte)

Partialkorrelationen (Ausschluss von Alter und Geschlecht)				
Kontrollvariablen		BPS-FEBS-D-klin. – Skala	MD-FEBS-D-klin. – Skala	HC-FEBS-D-klin. – Skala
Skala	Gruppe			
BPS-FEBS-D-klin. – Skala	Korrelation BPS		,848***	-,618***
	Korrelation MD		,797***	-,441***
	Korrelation HC		,919***	-,799***
MD-FEBS-D-klin. – Skala	Korrelation BPS	,848***		-,518***
	Korrelation MD	,797***		-,658***
	Korrelation HC	,919***		-,768***
HC-FEBS-D-klin. – Skala	Korrelation BPS	-,618***	-,518***	
	Korrelation MD	-,441***	-,658***	
	Korrelation HC	-,799***	-,768***	
BDI-II-Gesamtsumme	Korrelation BPS	,791***	,778***	-,552***
	Korrelation MD	,643***	,769***	-,498***
	Korrelation HC	,717***	,692***	-,656***
BSL-Gesamtsumme	Korrelation BPS	,780***	,766***	-,551***
	Korrelation MD	,591***	,614***	-,440***
	Korrelation HC	,760***	,676***	-,711***
BSL-Subskala Selbstwahrnehmung	Korrelation BPS	,646***	,671***	-,476***
	Korrelation MD	,475***	,533***	-,366**
	Korrelation HC	,664***	,582***	-,594***
BSL-Subskala Affektregulation	Korrelation BPS	,692***	,681***	-,391**
	Korrelation MD	,512***	,508***	-,313*
	Korrelation HC	,640***	,575***	-,598***

BSL-Subskala Autoaggression	Korrelation BPS	,783***	,716***	-,601***
	Korrelation MD	,660***	,602***	-,443***
	Korrelation HC	,507***	,403**	-,506***
BSL-Subskala Dysphorie	Korrelation BPS	,594***	,609***	-,502***
	Korrelation MD	,278*	,434***	-,460***
	Korrelation HC	,676***	,637***	-,700***
BSL-Subskala Soziale Isolation	Korrelation BPS	,751***	,707***	-,453***
	Korrelation MD	,580***	,577***	-,396**
	Korrelation HC	,693***	,602***	-,579***
BSL-Subskala Feindseligkeit	Korrelation BPS	,347*	,327*	-,230
	Korrelation MD	,233	,154	-,037
	Korrelation HC	,459***	,334*	-,390**
BSL-Subskala Intrusionen	Korrelation BPS	,492***	,539***	-,350*
	Korrelation MD	,440***	,449***	-,270*
	Korrelation HC	,375**	,339*	-,504***
*p≤0,05 **p≤0,01 ***p≤0,001				
Freiheitsgrade bei BPS-Patienten:49				
Freiheitsgrade bei MD-Patienten: 54				
Freiheitsgrade bei HC-Versuchspersonen: 49				

Vergleiche der Korrelationshöhe zeigen bei der Korrelation der drei Skalen untereinander, dass die Korrelationen der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ im Vergleich mit den beiden Skalen von BPS und MD natürlich negative Korrelationen aufweisen. Diese negativen Korrelationen sind jeweils in der MD-Gruppe zwischen der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ und der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ höher als in der BPS-Gruppe. Die Korrelationen zwischen der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ und der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ sind in der BPS-Gruppe höher als in der MD-Gruppe. Sieht man sich die einzelnen Korrelationswerte an, ist sofort auffallend die zu Beginn nicht erwartete hohe signifikante Korrelation von 0,848 bei den BPS-Patienten zwischen der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ und der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“. Ähnlich verhält es sich in der Gruppe der MD-Patienten bei der Korrelation der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ mit der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“, bei der ein signifikanter Wert von 0,797 auffällt. In der HC Gruppe ist diese Korrelation sogar noch höher ($r=0,919$). Bei den Korrelationen der BSL-Subskalen mit den jeweiligen Skalen der Gruppen unterscheiden sich die Rangfolgen der Subskalen in der BPS- und der MD-Gruppe nur geringfügig voneinander. Feindseligkeit hat nur wenig mit der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ bei BPS-Patienten und besonders wenig mit der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ bei MD-Patienten zu tun. Von den BSL-Subskalen korrelieren die Skala der Autoaggression und die Skala der sozialen Isolation mit der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ bei BPS-Patienten und auch mit der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ bei MD-Patienten am höchsten. Die Subskala der Autoaggression korreliert in der MD-Gruppe sogar höher mit der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ als die BDI-II-Gesamtsumme. Die HC-

Gruppe zeigt bei den BSL-Subskalen die höchsten Korrelationswerte ihrer eigenen Skala mit den Subskalen der Dysphorie und Affektregulation, den niedrigsten Korrelationswert ihrer eigenen Skala mit der Subskala der Feindseligkeit.

Insgesamt korreliert die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ zwar hoch mit der Gesamtsumme der BSL in allen drei Gruppen, jedoch finden sich noch höhere Korrelationen dieser mit dem BDI-II in der BPS- und MD-Gruppe entgegen den Erwartungen aus Hypothese 4b. Nur in der HC-Gruppe korreliert die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II. Die „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ erfüllt hingegen alle die an sie gestellten Erwartungen aus Hypothese 4b: In der BPS-, MD- und HC-Gruppe korreliert sie höher mit der Gesamtsumme des BDI-II als mit der Gesamtsumme der BSL. Somit trifft Hypothese 4b nur zum Teil zu.

4.4.6 Hypothese 4c: Vergleich der Borderline-Gruppen mit und ohne Major Depression

Hypothese 4c: „Die Hypothese zum Vergleich der beiden BPS-Teilgruppen hinsichtlich der neuen klinischen Skalen erfordert die Formulierung von zwei Alternativhypothesen mit zwei unterschiedlichen Schlussfolgerungen, sowie noch eine weitere Hypothese für die Relation der beiden Gruppen in der klinischen HC Skala:

4c H1: Wenn BPS+MD-Patienten eine echte Depression haben, wie sie der MD-Diagnose zugrunde liegt, so müssten sie in der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höhere Werte erzielen als reine BPS-Patienten und in der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.

4c H2: Haben BPS+MD-Patienten jedoch eine Borderline-spezifische Depression, dann müssten sie in der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ höhere Werte als reine BPS-Patienten erzielen und in der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ etwa gleich hohe Werte wie reine BPS-Patienten.“

4c H3: Da wir erwarten, dass die BPS+MD-Gruppe schwerer erkrankt ist als die reinen BPS-Gruppe, sollte sie auch geringere Werte auf der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ erreichen.

Um die entstandenen Skalen auf ihre Diskriminanz zwischen reinen BPS-Patienten und BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose einer MD zu testen, folgte pro Skala ein t-Test für unabhängige Stichproben (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32: t-Test für unabhängige Stichproben der klinischen FEBS-D-Skalen mit reinen BPS-Patienten und BPS+MD-Patienten

Skala	Gruppe	Mittelwert	Standard- abweichung	t	df	p
BPS-FEBS-D-klin. – Skala	Reine BPS	199,95	57,19	3,561	52	,001
	BPS+MD	241,35	26,15			
MD-FEBS-D-klin. – Skala	Reine BPS	156,35	46,26	3,496	52	,001
	BPS+MD	191,96	28,26			
HC-FEBS-D-klin. – Skala	Reine BPS	50,64	19,71	3,923	52	,000
	BPS+MD	31,01	15,88			

Da schon aus den vorangegangenen Rechnungen ersichtlich ist, dass die „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ ihr Ziel nicht erreicht hat, eine Skala zu bilden, auf der besonders MD-Patienten hohe Werte erzielen, ist es weder möglich Hypothese 4c H1 noch Hypothese 4c H2 sicher zu bestätigen oder sicher abzulehnen, obwohl zumindest an dieser Stelle im Gegensatz zu der fehlenden MD-typischen Skala aus Hypothese 3c die notwendigen Skalen vorhanden sind.

Gleichwohl kann man festhalten, dass die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ die bisher an sie gestellten Erwartungen erfüllt hat und dass in dieser letzten Rechnung BPS+MD-Patienten signifikant höhere Ergebnisse erreichen als reine BPS-Patienten. Dies zeigt, dass zumindest ein Teil der Hypothese 4c H2 zutrifft.

Abschließend ist festzuhalten, dass Hypothese 4c H3 zutrifft, da BPS+MD-Patienten hoch signifikant niedrigere Werte als reine BPS-Patienten in der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ erreichen und somit schwerer erkrankt als reine BPS-Patienten erscheinen.

5 Interpretation und Diskussion

Ausgangspunkt dieser Arbeit war es, ein geeignetes Instrument zu entwickeln, welches die Gefühle der Borderline-Depression von den Gefühlen der Major Depression differenziert und damit den Unterschied der beiden genau bestimmen kann. Um in Anlehnung an die im Theorieteil bereits vorgestellten Studien eine Übersicht über die Schwere der Depression und die Schwere der Beeinträchtigung von BPS-Symptomen der Versuchspersonenkollektive zu erhalten, wurden das BDI-II und die BSL in die Studie miteinbezogen und ausgewertet. Diese dienen einerseits zur Validierung der neu entwickelten Depressions-Skalen und andererseits auch zur Überprüfung der klinischen Diagnosen der Patientengruppen (vgl. Hypothesen 1a und 2a).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Hypothesen in ihrer Reihenfolge erneut kurz zusammengefasst, mögliche Schlüsse dargestellt und anhand der vorhandenen Literatur diskutiert. Außerdem erfolgt jeweils eine breitere Einordnung der einzelnen Hypothesen in die Gesamtthematik dieser Arbeit. Anschließend werden die Methoden kritisch beleuchtet und zuletzt wird ein abschließendes Fazit gezogen.

5.1 Diskussion der BDI-II- und BSL-Ergebnisse

Hypothese 1a ging davon aus, dass BPS-Patienten mindestens genauso häufig den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II erreichen wie MD-Patienten – und dass BPS- und MD-Patienten beide wesentlich häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression erreichen als die HC-Gruppe.

In der univariaten Kovarianzanalyse des BDI-II, in der der Einfluss des Alters und des Geschlechts auspartialisiert wurde, wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gesamtsummen von BPS- und MD-Patienten gefunden. Beide unterschieden sich jedoch signifikant von der BDI-II-Gesamtsumme der HC-Gruppe. Generell gibt es bisher noch keine Studien, die diese Untersuchung mit dem BDI-II durchgeführt haben. Am ehesten decken sich die Ergebnisse unserer Arbeit mit den bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit vorgestellten Studien von Rogers et al. (1995) und Wilson et al. (2007) (vgl. Tabelle 1), da diese beiden ebenfalls das BDI, allerdings die erste Version, verwendeten und damit ähnliche Ergebnisse erzielten. In der Studie von Rogers et al. (1995) wurden wie hier keine signifikanten Unterschiede in den mittleren Ergebnissen zwischen BPS- und MD-Patienten festgestellt. Beachtet man aber an dieser Stelle nur die deskriptive Statistik, sind die Ergebnisse unserer Arbeit den Ergebnissen von Wilson et al. (2007) sehr ähnlich, bei denen

BPS-Patienten höhere Gesamtmittelwerte als MD-Patienten erreichen. Bei Wilson et al. (2007) erreichen BPS-Patienten (mit und ohne klinischer Zusatzdiagnose einer MD) im Mittel $31,7 \pm 10,0$ Punkte und MD-Patienten im Mittel $26,1 \pm 11,1$ Punkte. In unserer Studie liegt der BDI-II-Gesamtmittelwert der BPS-Patienten bei $34,6 \pm 13,5$ Punkten, während er bei den MD-Patienten bei nur $28,1 \pm 11,2$ Punkten liegt. Insgesamt erreichen 69,6 % der BPS-Patienten die Schweregradeinteilung einer schweren Depression, während nur 42,6% der MD-Patienten diesen Schweregrad erreichen. Somit ist die in dieser Arbeit postulierte Hypothese 1a zutreffend.

Dieses Ergebnis zeigt, wie schon die vielen anderen Studien mit gängigen Depressionsfragebögen zuvor, dass die BPS-Patienten unabhängig von Art und Ort ihrer Rekrutierung auch im BDI-II hohe Werte beziehungsweise „schwer depressive“ Ergebnisse erreichen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass eine Art dysphorische Grundstimmung ein überdauerndes Element der BPS ist. Diese Idee ist mittlerweile auch in das neue DSM-V (APA 2013) übernommen worden, das nach der Datenerhebung dieser Studie im Mai 2013 erschien. Die generelle Definition der PS und der BPS wurde im neuen DSM-V im Kapitel II, in der sich jetzt alle psychischen Störungen befinden (das Achsensystem wurde aufgegeben), nicht geändert. Allerdings wurde dem DSM-V ein neues Kapitel „Section III“ hinzugefügt, das besonders jene psychischen Störungen beleuchtet, die weiter erforscht werden müssen. Durch den anhaltenden Diskussionsbedarf und die begrenzte Studienlage, reiche die bisherige Datenlage noch nicht aus, um zu einem Teil der offiziellen Klassifikation psychischer Störungen für den klinischen Gebrauch zu werden (APA 2013, Preface S. xliii). In Kapitel III des DSM-V wird unter anderem eine alternative Definition der BPS vorgestellt, die sich wie folgt gliedert: Kriterium A beschreibt die mehr oder weniger beeinträchtigte Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit („personality functioning“) im Hinblick auf das Selbstbild, die eigene Zielsetzung und auf zwischenmenschliche Aspekte (u.a. Wunsch nach Nähe und Empathiefähigkeit). Kriterium B beschreibt sieben pathologische Persönlichkeitsmerkmale: 1. Emotionale Labilität (als ein Aspekt der negativen Affektivität), 2. Ängstlichkeit (als ein Aspekt der negativen Affektivität), 3. Verlassensängste (als ein Aspekt der negativen Affektivität), 4. Depressivität (als ein Aspekt der negativen Affektivität), 5. Impulsivität (als ein Aspekt der Enthemmung), 6. Risikobereitschaft (als ein Aspekt der Enthemmung) und 7. Feindseligkeit (als ein Aspekt des Antagonismus‘). In Punkt 4 wird die Depressivität beschrieben als wiederkehrende Gefühle von Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit mit Schwierigkeiten sich von solchen Tief-Stimmungen zu erholen, sowie einem Zukunftspessimismus, durchdringende Scham-Gefühle, niedrige Selbstwertgefühle, Suizidgedanken und suizidales Verhalten (APA 2013, S. 766). Insgesamt wird also im Kapitel III des DSM-V in Aussicht gestellt, dass die Depressivität ein Bestandteil der BPS sein kann. Durch eine Schwerpunktsetzung auf die „negative Affektivität“ bedarf es nicht

mehr so häufig zusätzlich der Diagnose einer MD. Allerdings schließt der neue Vorschlag des DSM-V eine zusätzliche MD nicht aus und zeigt auch keine Trennmöglichkeiten zwischen dem neuen Punkt 4 und einer echten MD auf.

Hypothese 1b ging davon aus, dass BPS-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose der MD häufiger den Schwellenwert zur Schweregradeinteilung einer schweren Depression im BDI-II erreichen als BPS-Patienten ohne eine solche. Da signifikant mehr BPS+MD-Patienten (95,7%) als reine BPS-Patienten (51,6%) nach dem BDI-II unter einer schweren Depression leiden, trifft auch Hypothese 1b zu. Deutlich zu erkennen ist, dass diejenigen BPS-Patienten mit der Zusatzdiagnose einer MD durchgängig hohe Ergebnisse im BDI-II erzielen. Es gab nur einen einzigen BPS+MD-Patienten, der nicht den Schwellenwert einer „schweren Depression“ (aber immer noch den Schwellenwert zur „mittelgradigen Depression“) erreichte. Man kann also davon ausgehen, dass diejenigen BPS-Patienten mit der Zusatzdiagnose einer MD durchaus starke depressive Affekte durchleben, die auch von Klinikern erkannt und dementsprechend mit einer MD diagnostiziert werden. Es stellt sich aber nun die Frage, warum trotzdem immer noch 51,6% der reinen BPS-Patienten das Ergebnis einer „schweren Depression“ erzielen, wenn Kliniker diese nicht in ihren Diagnosen angeben. Durch die Ergebnisse des BDI-II müssen auch die klinischen Diagnosen unserer Therapeuten hinterfragt werden. Die Diagnosen wurden nicht in jedem Fall strikt nach einem diagnostischen Konstrukt vergeben, wie schon in der Auswertung des Therapeutenbogens zu erkennen war (vgl. Kapitel 4.1), in der ein BPS-Patient und zwei MD-Patienten nach dem DSM-IV nicht die gesamten geforderten Kriterien, um die jeweilige Erkrankung zu diagnostizieren, erreichten. Oftmals werden, fragt man Kliniker, Diagnosen nach Erfahrungswerten und Teambesprechungen der Therapeuten vergeben. Da die Borderline-Depression bisher noch in keinerlei diagnostischen Konstrukten auftaucht, jedoch für viele Kliniker auch keine echte Depression darstellt, ist schwierig zu beurteilen, nach welchen Kriterien genau sich reine BPS- von BPS+MD-Patienten abgrenzen.

Hinzu kommt, dass das BDI ursprünglich als Screening-Verfahren für MD im klinischen Bereich entwickelt wurde, sodass eher niedrige Schwellenwerte für die Diagnostik einer MD gewählt worden sind, um die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, Patienten mit einer Depression fälschlicherweise nicht zu erkennen (Hautzinger, Keller & Kühner 2006). Dies kann zwar ein kleiner Beitrag zu diesem Ergebnis sein, erklärt aber letztendlich nicht die hohe Anzahl an „schweren Depressionen“ bei reinen BPS-Patienten. Oft wird in der Literatur beschrieben, dass BPS-Patienten dazu neigen, in Selbstbeurteilungsverfahren übersteigerte Antworten zu geben (Snyder & Pitts 1988 Edell, Joy und Yehuda 1990, Silk 2010). Es ist bekannt, dass Selbstbeurteilungsverfahren bei BPS-Patienten oft höher beziehungsweise dramatischer ausfallen, im Gegensatz zu ähnlichen oder gleichen Tests im

Fremdbeurteilungsverfahren, sodass das Ergebnis des BDI-II eine überzogene Darstellung der eigenen Gefühlswelt der BPS sein könnte.

Insgesamt kann man festhalten, dass das BDI-II nicht ausreicht, um hinreichend zu erklären oder abzugrenzen, warum immer noch über die Hälfte der reinen BPS-Patienten das Ergebnis einer „schweren Depression“ erzielen, obwohl diese nicht in die klinische Diagnose eingeflossen ist. Das Ergebnis des BDI-II zeigt wohl aber deutliche Tendenzen, dass BPS+MD-Patienten deutlich häufiger unter einer Art schweren Depressionen leiden als reine BPS-Patienten.

In **Hypothese 2a** wurde angenommen, dass BPS-Patienten einen höheren Gesamtwert in der BSL erreichen als MD-Patienten – und dass BPS- und MD-Patienten beide höhere Gesamtwerte in der BSL erreichen als die gesunde Kontrollgruppe. Diese Annahme erwies sich als richtig, da die BPS-Patienten im Schnitt um 71,02 Punkte in der Gesamtsumme der BSL höher liegen als die MD-Patienten und sich ein hochsignifikanter Gruppenunterschied in der BSL-Gesamtsumme und den BSL-Subskalen zeigt, der allerdings im Wesentlichen durch die deutlich kleineren BSL-Werte der gesunden Gruppe bedingt ist.

Da die BSL ein Fragebogen spezifisch entworfen für BPS-Patienten ist, gingen wir davon aus, dass die BPS-Patienten in allen Bereichen höhere Werte erreichen würden als MD-Patienten. Wie bereits im Ergebnisteil angesprochen wurde, konnte eine interessante Beobachtung bei der Auswertung der Subskalen der BSL gemacht werden: In so gut wie allen Subskalen der BSL erreichten BPS-Patienten deutlich höhere Mittelwerte als MD-Patienten, außer in der Subskala der Dysphorie, in der BPS- und MD-Patienten im Schnitt gleich auf lagen. Einen Überblick über die Items der Subskala Dysphorie gibt Tabelle 33:

Tabelle 33: BSL-Subskala der Dysphorie

Itemnummer	Item (Während der letzten Woche...)
BSL 5	konnte ich mich schlecht konzentrieren.
Folgende Items wurden umgepolt:	
BSL 21	war ich zuversichtlich.
BSL 26	war ich ruhig.
BSL 39	fühlte ich mich tatkräftig.
BSL 55	war ich froh.
BSL 63	fühlte ich mich ausgeglichen.
BSL 68	fühlte ich mich unbeschwert.
BSL 72	fühlte ich mich leistungsfähig.
BSL 80	fühlte ich mich ausgeruht.
BSL 95	fühlte ich mich zufrieden.

Die Items der Subskala Dysphorie sind sehr kurz gefasst und allgemein formuliert, sodass die Vermutung nahe liegt, dass diese Items durchaus Gemeinsamkeiten der beiden Störungen darstellen können. Interessant ist, dass selbst in einem eigens für BPS-Patienten entworfenem Fragebogen wie der BSL die BPS-Patienten nicht betont drastischere Angaben bezüglich ihrer dysphorischen Stimmung machen als die MD-Patienten, sodass hier die These von Snyder und Pitts (1988), dass BPS-Patienten in Selbstbeurteilungsverfahren generell dazu neigen ihre Gefühle übertrieben darzustellen, vermutlich nicht zutrifft.

Hypothese 2b ging davon aus, dass BPS+MD-Patienten höhere Gesamtwerte in der BSL erreichen als reine BPS-Patienten. Diese Vermutung wurde aufgestellt, da die vorhandene Studienlage zeigte, dass sich die beiden Störungsbilder BPS und MD gegenseitig negativ beeinflussen (vgl. Kapitel 1.6). Denn rein theoretisch hätte man konstatieren können, dass sie sich nur auf dem BDI-II unterscheiden. In Kapitel 1.6 dieser Arbeit wurde die gegenseitige Beeinflussung der beiden Krankheitsbilder, die in drei Studien untersucht wurde, bereits vorgestellt. In der ersten Studie, eine 2 Jahres Follow-up Studie von Shea et al. (2004), wurde über das halbstrukturierte „Diagnostische Interview für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen“ (DIPD-IV: Zanarini, Frankenburg, Sichel & Yong 1996), dem „Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders“ (SCID: First, Spitzer, Gibbon, Williams 1996) und der „Longitudinal Interval Follow-UP Evaluation“ (LIFE: Keller, Lavori, Friedman 1987) festgestellt, dass sich bei BPS+MD-Patienten eine Remission von der BPS oder der MD eine Besserung in der jeweils anderen Erkrankung zeigte. Die zweite, im gleichen Jahr erschienene, Studie (Gunderson et al. 2004) zeigte unter Verwendung der gleichen (zum Teil halbstrukturierten) Interviews, dass eine Besserung oder Verschlechterung der BPS eine Veränderung in der MD herbeiführt. Und die dritte Studie zeigte unter Verwendung des DIPD-IV und individuellen Therapeuteninterviews, dass bei BPS+MD-Patienten die Zeit für eine Besserung der MD signifikant länger dauerte als bei MD-Patienten ohne eine BPS (Grilo et al. 2005). In Hypothese 2b erreichen BPS+MD-Patienten in der BSL – einem spezifischen Borderline-Schweregradfragebogen – im Schnitt signifikant höhere Ergebnisse als reine BPS-Patienten. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass die BPS+MD-Patienten eine schwerer ausgeprägte Borderline-Symptomatik aufweisen als BPS-Patienten ohne die Zusatzdiagnose MD. Das bedeutet, dass eine depressive Stimmung bei BPS-Patienten einhergeht mit einer schwerer ausgeprägten Borderline-Symptomatik. Insgesamt lässt sich also festhalten, dass sich die beiden Störungsbilder in Bezug auf den Verlauf der MD und der Schwere der Borderline-Symptomatik negativ beeinflussen und Hypothese 2b somit als positiv bestätigt werden kann.

In der Diskussion von Hypothese 2a wurde bereits über die Beobachtung beschrieben, dass sich auf der BSL-Subskala Dysphorie keine signifikanten Unterschiede zwischen BPS- und

MD-Patienten fanden. Interessant wäre jetzt an dieser Stelle herauszufinden, ob sich reine BPS- von BPS+MD-Patienten auf der BSL-Subskala Dysphorie unterscheiden. Dazu wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben der BSL-Subskala Dysphorie bei beiden BPS-Gruppen berechnet (Tabelle 34):

Tabelle 34: T-Test für unabhängige Stichproben der BSL-Subskala Dysphorie bei reinen BPS und BPS+MD-Patienten

Gruppe	Mittelwert	Standardabweichung	t	df	p
Reine BPS	29,46	8,33	2,925	49	,006
BPS+MD	34,74	4,21			

Auch hier erreichen die BPS+MD-Patienten statistisch signifikant höhere Werte und haben somit eine ausgeprägter dysphorische Stimmung als reine BPS-Patienten in der BSL-Subskala Dysphorie, sodass insgesamt die aufgestellte Vermutung der negativen gegenseitigen Beeinflussung aus Hypothese 2b zusätzlich durch das vorliegende Ergebnis bestärkt wird.

5.2 Diskussion der FEBS-D-Ergebnisse

In **Hypothese 3a** wurde angenommen, dass durch die signifikant unterschiedliche Bewertung von BPS- und MD-Patienten der Items des neuen Fragebogens, zwei Skalen (eine für BPS- und eine für MD-Patienten) mit depressivem Inhalt entwickelt werden können. Diese Hypothese trifft nur zum Teil zu, da nur eine Skala entwickelt werden konnte, die signifikant unterschiedlich von BPS- und MD-Patienten bewertet wurde, sie erfüllt aber nicht die Erwartungen, dass zwei Skalen zur genauen Differenzierung zwischen der Borderline-Depression und der Major Depression entstanden sind. Die entwickelte „BPS-FEBS-D-t-Test-bas.-Skala“ enthält nur Items, die von BPS-Patienten signifikant höher bewertet wurden.

Ein Grund für das Nicht-Zustande-Kommen der zweiten Skala, auf der die MD-Patienten signifikant höhere Werte erreichen als die BPS-Patienten, könnte sein, dass wahrscheinlich noch nicht die richtigen Items für MD-Patienten entwickelt wurden, die die echte Depression noch stärker von der Borderline-Depression abzugrenzen vermögen. Es ist nicht gelungen die echte MD in ihren Symptomen so zu erfassen, dass sich auf einer solchen Skala vorrangig MD-Patienten wiedergefunden hätten. Dieser Versuch bleibt in Zukunft weiteren klinischen Studien vorbehalten. Andererseits könnte man aber auch aus diesem Ergebnis schließen, dass eventuell eher eine allgemeine Depression bei MD- und bei BPS-Patienten existiert, die bei der BPS nur durch zusätzliche Eigenheiten ergänzt wird, sodass es insgesamt generell nicht möglich ist, eine MD-typische Skala zu entwickeln.

Trotzdem ist also mit der entstandenen „BPS-FEBS-D-t-Test-bas.-Skala“ ein Anfang gemacht, der möglicherweise Items zeigt, die in der Depressivität der BPS-Patienten stark und in der Depressivität der MD-Patienten nur sehr schwach gewichtet werden. Items der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas.-Skala“ beinhalten vorrangig: Impulsivität und Missverständnisse in Bezug auf interpersonelle Beziehungen, häufige Suizidgedanken und Stimmungstiefs, Selbstkritik und Gefühle der Andersartigkeit als überdauerndes Element, (Auto-) Aggressionen verknüpft mit Angst und negativer Stimmung, verhältnismäßig unwichtige Ereignisse als Auslöser negativer Stimmungen, Verlassensängste, Schlafstörungen, Selbsthass und innere überschäumende Erfahrungen. Sehr häufig wurde der Term „Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe...“ von BPS-Patienten in allen möglichen Varianten hoch bewertet, sodass anscheinend das Nicht-Erreichen der angestrebten Ziele ein zentrales Element der BPS-Depression sein kann und dann Enttäuschungen, Selbsthass, Gefühle von Wertlosigkeit und Autoaggressionen in BPS-Patienten hervorruft (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Iteminhalt der "BPS-FEBS-D-t-Test-bas. - Skala"

Itemnummer	Item	Iteminhalt
Item 8	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, kann ich mich selbst einfach nicht mehr ertragen.	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele führt zu Selbsthass
Item 11	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich enttäuscht von mir selbst.	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele führt zu Enttäuschungen
Item 16	Ich habe mich mit einem Freund/ einer Freundin gestritten. Wenn diese Person eine Stunde später auf mich zukommt und mit mir reden möchte, kann ich explodieren und sehr laut werden.	Impulsivität in Bezug auf interpersonelle Beziehungen
Item 18	Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, fühle ich mich danach missverstanden.	Missverständnisse innerhalb interpersoneller Beziehungen
Item 22	Ich habe Angst vor mir selbst und dem was ich mir vielleicht noch antun könnte.	Angst verknüpft mit Autoaggression
Item 33	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: ‚Ich hasse mich!‘	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele führt zu Selbsthass
Item 49	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, fühle mich nutzlos.	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele führt zu Gefühlen der Wertlosigkeit
Item 50	Ich habe häufig Selbstmordgedanken.	Häufige Suizidgedanken
Item 52	Ich habe mich schon immer selbst stark kritisiert.	Selbstkritik als überdauerndes Element
Item 54	Ich kann nicht genau benennen, was eine schlechte Stimmung bei mir auslöst. So etwas baut sich immer mehr auf: Zum Schluss können schon Kleinigkeiten Auslöser dafür sein.	Unwichtige Ereignisse als Auslöser schlechter Stimmungen

Item 56	Ich habe Angst, dass Menschen, die mir etwas bedeuten, mich vielleicht verlassen werden.	Verlassensängste
Item 59	Ich bin die ganze Nacht am Grübeln und finde kaum Schlaf.	Schlafstörungen
Item 69	Zeiten, in denen es mir sehr schlecht geht, durchlebe ich sehr häufig und kann überhaupt nicht zählen wie oft das schon der Fall war.	Häufige Stimmungstiefs
Item 73	Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, spüre ich starke Wut und Aggressionen in mir aufsteigen.	Schlechte Stimmung verknüpft mit Aggressionen
Item 77	Ich habe das Gefühl, es wäre einfach besser, wenn es mich gar nicht gäbe!	Selbsthass
Item 104	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich wütend auf mich selbst.	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele führt zu Autoaggression
Item 113	Es ist manchmal, wie von Innen zu verbrennen!	Innere überschäumende Erfahrungen
Item 116	Ich war schon immer anders als andere Menschen.	Gefühl der Andersartigkeit als überdauerndes Element

Interessant wäre es an dieser Stelle gewesen, die neue „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ mit einer neuen MD-typischen Skala zu vergleichen. Es konnte zwar keine MD-typische Skala gebildet werden, jedoch wurden in der Berechnung von Hypothese 3a letztendlich zwei MD-typische Items vor der Bildung der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ herausgenommen, die im Folgenden kurz betrachtet werden sollen: Item 89 „Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit tritt nur sehr selten auf“ und Item 93 „Ich kann mich nicht erinnern, ob und was ich träume.“ Überraschend wirkt im ersten Moment Item 89, da man sich fragt, warum ein MD-Patient ankreuzt, dass die tiefe Traurigkeit nur selten auftaucht. Doch im Vergleich zu BPS-Patienten haben MD-Patienten vermutlich wesentlich weniger häufig Gefühle der tiefen Traurigkeit. Sie durchleben diese Phasen im Gegensatz zu BPS-Patienten zwar deutlich seltener, dafür aber wesentlich länger, sodass die Anzahl an Tief-Traurigen-Stimmungen sehr gering ist. Oder aber MD-Patienten erleben eher generell keine Tief-Traurige-Stimmungen, sondern eventuell andere hier nicht formulierte negative Stimmungen, wie zum Beispiel eine Art der Gefühlslosigkeit. Item 93 ist ebenfalls schwer zu interpretieren, da in der BPS-Skala kein Traum-Item übrig geblieben ist, mit dem man das MD-typische Item 93 vergleichen könnte. Vermutlich können im Umkehrschluss des Items 93 sich BPS-Patienten wesentlich häufiger an ihre Träume erinnern als MD-Patienten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zumindest eine Skala entwickelt werden konnte, die dazu in der Lage ist, die depressiven Eigenheiten der BPS hervorzuheben.

Hypothese 3b ging davon aus, dass die neue „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ höher mit dem

BDI-II als mit der BSL korreliert. Die Korrelationsunterschiede sollten in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein. Abgesehen davon, dass nur der erste Teil der Hypothese getestet werden konnte, da sich keine MD-typische FEBS-D-Skala bei diesem Auswertungsverfahren konstruieren ließ, konnte auch zur „BPS-FEBS-D-t-bas. – Skala“ die Hypothese nur zum Teil bestätigt werden, da sie zwar in der BPS- und in der HC-Gruppe höher mit der BSL als mit dem BDI-II korreliert, in der MD-Gruppe jedoch höher mit dem BDI-II als mit der BSL korreliert. Insofern gilt bei rein deskriptiver Betrachtung nicht die Vermutung, dass das Verhältnis der Korrelationen mit BSL und BDI-II in allen Gruppen gleich ist. Bei den meisten der Subskalen ist zwar das Korrelationsverhältnis mit BSL und BDI-II in den einzelnen Gruppen etwa gleich, aber in einer der Hypothese entgegengesetzten Weise. Es muss jedoch noch betont werden, dass alle gefundenen Differenzen zwischen den Korrelationen mit BSL und BDI-II nicht einer Signifikanzprüfung standhalten würden. Vielmehr fiel auf, dass alle Skalen in allen Gruppen signifikant mit den etablierten Skalen BSL und BDI-II korrelieren. Dies ist vermutlich dem Umstand zu schulden, dass die neue Skala sowohl eine BPS-typische als auch eine hauptsächlich depressive Komponente besitzt, sodass von vornherein eine große Konstruktnähe der neuen Skala zum BDI-II und zur BSL angenommen werden kann.

In **Hypothese 3c** wurde der Fokus auf die Art der Zusatzdiagnose Depression von BPS-Patienten gelegt. Dazu wurden 2 Hypothesen aufgestellt, durch die letztendlich die Borderline-Depression von der echten MD speziell bei den Patienten mit der Zweitdiagnose MD getrennt werden sollte. Dadurch dass in Hypothese 3a keine MD-typische Skala entstanden ist, konnten die aufgestellten Hypothesen 3c H1 und 3c H2 nicht ausreichend hinsichtlich der Fragestellung, ob eine Borderline-spezifische Depression oder eine zusätzliche echte MD existiert, überprüft werden. Es konnten lediglich Tendenzen des vermutlichen Ergebnisses ausgemacht werden, da zumindest die Überprüfung der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ möglich war. Hier zeigte sich, dass BPS+MD-Patienten signifikant höhere Werte als reine BPS-Patienten erreichen, was in diesem Fall für eine positive Bestätigung der Hypothese 3c H2 spräche. Das würde bedeuten, dass die Intention der Kliniker, der vorgestellten Literatur und die Mutmaßung dieser Arbeit, dass die Zusatzdiagnose MD bei BPS-Patienten eigentlich eine spezifische Borderline-Depression ist, annäherungsweise zutreffen. Andererseits muss man annehmen, dass die Zusatzdiagnose offiziell auf dem klinischen Eindruck einer MD basiert und damit auch nicht als BPS spezifische Depression zu erwarten ist. Somit muss letztendlich die Frage, welcher speziellen depressiven Art die Zusatzdiagnose bei BPS-Patienten ist, offen bleiben.

Hypothese 4a ging davon aus, dass drei durch klinische Überlegungen entstandene Skalen (eine Skala aus BPS-typischen Items, eine aus MD-typischen Items und eine aus parallelisierten, „gesunden“ Aussagen (HC-Skala)) im neuen Fragebogen sensitiv für die jeweilige Versuchspersonengruppe sind. Zusammenfassend kann man hier festhalten, dass die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ und die „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ ihre Erwartungen, von der jeweilig zugehörigen Gruppe besonders hoch im Gegensatz zu den Vergleichsgruppen bewertet zu werden, erfüllen. Da sich die „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ aber nicht signifikant in den Messergebnissen der BPS- und der MD-Gruppe unterscheidet, erfüllt sie die an sie gestellten Erwartungen nicht, sodass Hypothese 4a (wie auch schon Hypothese 3a) insgesamt nur zum Teil zutrifft. Das bedeutet, es konnte auch hier wieder keine eindeutige Trennung der Depression von MD- und BPS-Patienten gefunden werden. Dadurch ist eine qualitative Beurteilung der depressiven Gefühlswahrnehmungen der beiden Störungsbilder erneut nicht möglich.

Eine andere Überlegung, um herauszufinden ob die „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ sich nicht doch signifikant von BPS-Patienten unterscheidet, wäre, wenn man von Beginn an davon ausgeht, dass BPS+MD-Patienten doch exakt die gleiche Art der Depression wie MD-Patienten haben. Zuvor sind wir immer davon ausgegangen, dass selbst die klinisch diagnostizierten BPS+MD-Patienten doch eine andere Borderline-spezifische Depression aufweisen. Mit der neuen Überlegung würde es BPS-Patienten mit einer echten MD und reine BPS-Patienten mit einer Art dysphorischen Stimmung geben. Diese BPS-Patienten mit einer exakt gleichen Depression wie MD-Patienten würden zusammen mit den reinen BPS-Patienten im Vergleich mit MD-Patienten einen möglicherweise signifikanten Unterschied in der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ nivellieren. Um diese Überlegung zu überprüfen, berechneten wir eine univariate Kovarianzanalyse mit den festen Faktoren MD und reine BPS (und den Kovariaten: Alter und Geschlecht) (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und Paarweise Vergleiche der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ bei reinen BPS- und MD-Patienten

Adjustierte Mittelwerte			Paarweise Vergleiche		
Gruppe	Mittelwert	Standardabw.	Vergleichsgruppen	Mittlere Differenz (A-B)	p
(A) Reine BPS	153,509	6,424	reine BPS vs. reine MD	0,960	,942
(B) MD	154,469	9,832			

Auch diese alternative Überlegung trifft nicht zu, sodass andere mögliche Erklärungen für die fehlende signifikante Ergebnis-Überlegenheit der MD-Patienten gegenüber BPS-Patienten auf der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ in Betracht gezogen werden müssen.

Wie schon in Hypothese 3a beschrieben, könnte ein Grund für die geringe Differenzierungsfähigkeit der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ die fehlende inhaltliche Validität der neu entwickelten Items für eine echte Depression sein. Da die MD eine der häufigsten Krankheitsbilder in der Psychiatrie darstellt und dadurch wahrscheinlich auch eine der meist untersuchtesten psychischen Erkrankungen ist, ist es überraschend, dass es insgesamt nicht möglich scheint, in dieser Arbeit eine Skala zu entwickeln, auf der allein MD-Patienten höchste Werte erreichen. Entweder sind also die entwickelten Items für die echte Depression des FEBS-D inhaltlich nicht valide oder aber man kann hier wie auch schon in der Diskussion um Hypothese 3a vermuten, dass eine eher globale Depression bei MD- und bei BPS-Patienten existiert, die bei der BPS nur durch zusätzliche Eigenheiten ergänzt wird. Somit würden die zuvor nur für MD-Patienten intendierten Items auch von BPS-Patienten hoch bewertet werden.

Insgesamt kann man dennoch, wie auch schon in der Diskussion von Hypothese 3a, wieder mit der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ die Depression der beiden Gruppen insoweit trennen, dass man durch die vorhandene „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ zumindest quantitative Ausprägungsgrade zwischen BPS- und MD-Patienten in ihrer Depression beschreiben kann. Die Items der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ beinhalten Selbsthass, Angst vor Einsamkeit, häufig und plötzlich einsetzende Suizidgedanken, Autoaggression, Ambivalenz in der eigenen Gefühlswelt und in interpersonellen Bereichen, starke Selbstkritik und Selbst-Entwertung, sowie schnelle wechselnde Gefühlsstimmungen und besonders häufige Stimmungstiefs (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37: Iteminhalte der "BPS-FEBDS-D-klin. – Skala"

Item-nummer	Item	Inhalt
Item 8	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, kann ich mich selbst einfach nicht mehr ertragen.	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele führt zu Selbsthass
Item 13	Wenn ein Freund/ eine Freundin für mich da ist, fühle ich mich trotzdem sehr einsam.	Einsamkeit trotz interpersoneller Beziehungen
Item 15	Die Einsamkeit frisst mich von Innen auf.	Einsamkeit und innere überschäumende Erfahrungen
Item 22	Ich habe Angst vor mir selbst und dem was ich mir vielleicht noch antun könnte.	Angst verknüpft mit Autoaggression
Item 33	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: „Ich hasse mich!“	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele führt zu Selbsthass
Item 36	Ich frage mich, warum ich so verkorkst bin.	Gefühl der Andersartigkeit als überdauerndes Element

Item 38	Ich habe zwischenzeitlich überhaupt kein Interesse an anderen Menschen oder meinen Hobbies und dann gibt es wieder Momente, da habe ich an beidem Freude.	Häufige Stimmungswechsel
Item 41	Ich kann keinem vertrauen außer mir selbst!	Probleme mit interpersonellen Beziehungen
Item 42	Regelmäßig in schlechter oder trauriger Stimmung bin ich mal morgens, mal mittags und auch mal abends.	Häufige Stimmungswechsel
Item 50	Ich habe häufig Selbstmordgedanken.	Häufige Suizidgedanken
Item 52	Ich habe mich schon immer selbst stark kritisiert.	Selbstkritik als überdauerndes Element
Item 55	In einer schlechten Phase, können Selbstmordgedanken ganz plötzlich auftreten.	Plötzlich auftauchende Suizidgedanken
Item 56	Ich habe Angst, dass Menschen, die mir etwas bedeuten, mich vielleicht verlassen werden.	Verlassensängste
Item 58	Ich esse nur sehr wenig, um meinen Körper und mich selbst zu bestrafen.	Autoaggression
Item 62	Wenn ich gehe, vermisst mich sowieso keiner.	Sich ungeliebt fühlen
Item 67	Teilweise bin ich emotionslos „Alles ist Scheißegal“, trotzdem fühle ich mich dann doch einsam und ungeliebt.	Ambivalenz der eigenen Gefühlswelt
Item 69	Zeiten, in denen es mir sehr schlecht geht, durchlebe ich sehr häufig und kann überhaupt nicht zählen wie oft das schon der Fall war.	Häufige Stimmungswechsel
Item 73	Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, spüre ich starke Wut und Aggressionen in mir aufsteigen.	Schlechte Stimmung verknüpft mit Aggressionen
Item 74	Wenn ich etwas Schönes erlebt habe, kann es mich trotzdem sehr traurig machen.	Ambivalenz der eigenen Gefühlswelt
Item 77	Ich habe das Gefühl, es wäre einfach besser, wenn es mich gar nicht gäbe!	Innere überschäumende Erfahrungen, Selbsthass
Item 90	Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, verspüre ich ein unerträglich quälendes Gefühl in mir.	Undifferenzierte negative Affekte
Item 96	Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, kann ich einen Freund/ eine Freundin einfach nicht in meiner Nähe aushalten, obwohl ich mir gleichzeitig wünsche, nicht allein zu sein.	Ambivalenz interpersoneller Beziehungen
Item 98	Ich habe Angst vor den Konsequenzen nach einem Streit.	Angst verknüpft mit interpersonellen Beziehungen
Item 99	Ich kann einfach nichts richtig machen.	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele verknüpft mit Verzweiflung
Item 101	Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit kann schlagartig oder plötzlich auftreten, es kann sich aber auch nach und nach aufbauen.	Häufige Stimmungswechsel
Item 104	Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich wütend auf mich selbst.	Nicht Erreichen angestrebter Ziele führt zu Autoaggression
Item 111	Ich fühle mich innerlich total zerrissen und empfinde so viele widersprüchliche Gefühle.	Ambivalenz der eigenen Gefühlswelt
Item 113	Es ist manchmal, wie von Innen zu verbrennen!	Innere überschäumende Erfahrungen

Item 116	Ich war schon immer anders als andere Menschen.	Gefühl der Andersartigkeit als überdauerndes Element
Item 119	Wenn es darum geht, neue Aufgaben zu bewältigen, packe ich das immer falsch an.	Nicht-Erreichen angestrebter Ziele verknüpft mit Hoffnungslosigkeit

Diese Gefühle scheinen bei den BPS-Patienten deutlich ausgeprägter zu sein als bei MD-Patienten. Vergleicht man die in dieser Arbeit in Kapitel 1.10 aus den verschiedenen Studien herausgearbeiteten depressiven Symptome der BPS-Patienten (vgl. Tabelle 1) wie zum Beispiel „Selbstkritik“, „Angst“, „Einsamkeit“, „Suizidgedanken oder –handlungen“ und „zwischenmenschliche Sensitivität“ mit den hier gefundenen depressiven Eigenschaften der neuen BPS-FEBS-D-Skalen, findet man deutliche Übereinstimmungen mit diesen.

In einer zwischenzeitlich neu erschienenen Studie untersuchten Briand-Malenfant, Lecours und Deschenaux (2012) die „Sadness“ (Traurigkeit) der BPS-Patienten und fanden als deren Themenschwerpunkte: Aggression, zerbrochene Beziehungen, undifferenzierte negative Affekte, ‚sich selbst als unzureichend/ mangelhaft empfinden‘ und innere überschäumende Erfahrungen. Diese Ergebnisse decken sich zum Teil mit den Items der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“: Item 36 - „Ich frage mich, warum ich so verkorkst“ (sich selbst als unzureichend/ mangelhaft empfinden), Item 73 - „Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, spüre ich starke Wut und Aggressionen in mir aufsteigen“ (Aggression), Item 90 - „Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, verspüre ich ein unerträglich quälendes Gefühl in mir“ (undifferenzierte negative Affekte) und Item 113 - „Es ist manchmal, wie von Innen zu verbrennen!“ (innere überschäumende Erfahrungen). Diese hier dargestellten Gemeinsamkeiten liefern einen weiteren Hinweis darauf, dass die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ und die „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ (da beide zum Teil überlappende Items beinhalten) zumindest richtungsweisend für die Borderline-Depression sind.

Hypothese 4b ging analog zu Hypothese 3b davon aus, dass die neue „BPS-FEBS-klin. – Skala“ höher mit der BSL als mit dem BDI-II und die neue „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL korreliert und dass Korrelationsunterschiede in allen drei Gruppen (BPS, MD und HC) in der gleichen Richtung und Relation beobachtbar sein sollten. Auch hier ist zunächst festzuhalten, dass alle Skalen in allen Gruppen signifikant (positiv oder in der HC-Gruppe natürlich negativ) mit den etablierten Skalen BSL und BDI-II korrelieren. Dies zeigt wiederum die große Konstruktnähe der neuen zu den etablierten Skalen. Interessanterweise erfüllt die „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ alle die an sie gestellten Erwartungen aus Hypothese 4b, obwohl sie zuvor in Hypothese 4a die an sie gestellten Erwartungen, eine MD-spezifische Skala zu bilden, nicht erfüllt hat. Die neue „BPS-FEBS-klin. – Skala“ hingegen, die zuvor in Hypothese 4a die an sie gestellten Erwartungen erfüllte,

korreliert entgegen den Erwartungen von Hypothese 4b ähnlich wie die „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ höher mit dem BDI-II als mit der BSL. Dies ist weniger verwunderlich, betrachtet man die hoch signifikanten Korrelationen der beiden Skalen untereinander. Eine Erklärung für diese hohen Übereinstimmungen der beiden Skalen könnte die Vorgehensweise bei der Erstellung des FEBS-D gewesen sein. Ursprünglich sollte zwischen sehr ähnlichen Aussagen eine Rangfolge gebildet werden. Dieser Umstand hat dazu geführt, dass sehr viele sehr ähnlich klingende Items entstanden sind, die später durch die Wahl auf ein anderes Beurteilungsverfahren, randomisiert im Fragebogen angeordnet worden sind. Möglicherweise differenzierten die Versuchspersonen dadurch weniger die verschiedenen Nuancen der sehr ähnlich klingenden Items als es ursprünglich durch die Rangfolgenbildung angedacht war.

Hypothese 4c legte analog zu Hypothese 3c erneut den Fokus auf die Art der Zusatzdiagnose Depression von BPS-Patienten. Dazu wurden 2 Hypothesen (4c H1 und 4c H2) aufgestellt, durch die letztendlich die Depression der BPS-Patienten von der echten MD speziell bei den Patienten mit der Zweitdiagnose MD getrennt werden sollte. Da in Hypothese 2b konstatiert wurde, dass BPS+MD-Patienten eine schwerer ausgeprägte Borderline-Symptomatik aufweisen, postulierten wir in Hypothese 4c H3, dass die BPS+MD-Gruppe geringere Werte auf der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ erreichen würde als die reine BPS-Gruppe.

Zur Untersuchung von Hypothese 4c H1 und 4c H2 war zwar diesmal die „MD-FEBS-D-klin.– Skala“ vorhanden, allerdings erfüllte sie bereits nicht die an sie gestellten Erwartungen aus Hypothese 4a, sodass es nicht möglich ist die Kovarianzanalysen aus Hypothese 4c zur Beantwortung der in den beiden Alternativ-Hypothesen formulierten Möglichkeiten (H1 und H2) über die Art der Depression bei den BPS+MD Patienten heranzuziehen. Auch hier gibt es wieder nur die Möglichkeit die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ hinsichtlich ihres Ergebnisses zu betrachten (da nur sie ihre Erwartungen im Gegensatz zur „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ in Hypothese 4a erfüllte): BPS+MD-Patienten erreichen in der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ signifikant höhere Ergebnisse als reine BPS-Patienten, sodass konstatiert werden kann, dass zumindest ein Teil der Hypothese 4c H2 zutrifft. Somit kann die Vermutung von Klinikern und Forschern, dass die Zusatzdiagnose MD bei BPS-Patienten eher eine spezifische Borderline-Depression darstellt, erneut positiv bestätigt werden. Gleichwohl auch hier wieder der Einwand, dass die Zusatzdiagnose offiziell auf dem klinischen Eindruck einer MD basiert und damit auch nicht als BPS spezifische Depression zu erwarten ist. Somit muss wie schon in Hypothese 3c die Frage, welcher speziellen depressiven Art die Zusatzdiagnose bei BPS-Patienten ist, offen bleiben.

Hypothese 4c H3 ließ sich bestätigen, da reine BPS-Patienten auf der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“ signifikant höhere Werte als BPS+MD-Patienten erreichen, sodass die Intention in der Diskussion der Hypothese 2a, dass eine starke depressive Stimmung bei BPS-Patienten einhergeht mit einer schwerer ausgeprägten Borderline-Symptomatik, mit diesem Ergebnis (BPS+MD-Patienten sind schwerer erkrankt als reine BPS-Patienten), bestärkt wird.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass in Hypothese 3c und 4c keine definitiven Aussagen bezüglich der Zusatzdiagnose MD bei BPS-Patienten gemacht werden können. In beiden Hypothesen waren lediglich die Trends zu beobachten, dass Teile der jeweiligen Hypothesen H2 bezüglich der BPS-typischen-Skalen zutrafen. Hypothese 4c H3 lieferte mit den schwerer erkrankten BPS+MD-Patienten eine Bestätigung der Hypothese 2b.

5.3 Methodenkritik

42,6% der BPS-Patienten dieser Studie erhielten zusätzlich die klinische Diagnose einer MD. Damit liegt das Verhältnis von reinen BPS-Patienten zu BPS+MD-Patienten eher am unteren Rand der von Bohus (2002) und Berger et al. (2009) untersuchten Studien. Unsere MD-Komorbiditätsrate deckt sich jedoch ziemlich genau mit den MD-Komorbiditätsraten aus den Studien von Gunderson et al. (2004) mit 42% und Swartz et al. (1990) mit 41%.

Bei der Rekrutierung der Versuchspersonen fiel sehr bald auf, dass es schwierig werden würde ein etwa gleich hohes Alters-Verhältnis der jeweiligen Gruppen zu erhalten. Während die Mehrheit der BPS-Patienten im Alter von 18 bis 30 Jahre war, zeigten MD-Patienten mehrheitlich eine Altersverteilung im Bereich von 31 bis 80 Jahren (vgl. Tabelle 5). Um bei einer möglichst hohen Versuchspersonenzahl zu bleiben, wurden ältere MD-Patienten nicht nachträglich aus der Studie ausgeschlossen, sondern in den vorgenommenen Rechnungen die Items mit dem Alter korreliert. Auch das Geschlechterverhältnis zeigte sich am Ende der Datensammlung sehr ungleich: in der BPS-Gruppe waren 92,9% und in der MD-Gruppe 60,7% weiblich. Auch hier wurde die Lösungsstrategie verfolgt, beide Geschlechter zugunsten der höheren Versuchspersonenzahl beizubehalten und in den Rechnungen mit den Items zu korrelieren, um zu sehen, in welchen Items bzw. Skalen diese Einflussfaktoren auspartialisiert werden müssen. Bei dieser Art der Rechnungen mussten bei der Auswertung der Hypothese 3a viele Items gestrichen werden und das Signifikanzniveau musste, um nicht noch mehr Items eliminieren zu müssen, mit $p < 0,1$ recht niedrig gewählt werden. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass letztendlich zu wenig Items übrig blieben und keine weitere Skala entwickelt werden konnte, in der MD-Patienten signifikant höhere Werte erreichen. Das Problem könnte man vermutlich umgehen, indem man die Ein- und

Ausschlusskriterien dieser Studie verändert und zum Beispiel nur Frauen im Alter von 18-50 Jahren in die Studie einschließt. Dabei würden in unserer MD-Gruppe allerdings nur noch 20 Versuchspersonen übrig bleiben und die Altersverteilung bei MD-Patienten bliebe nach wie vor rechtsschief im Vergleich zu BPS-Patienten.

Möglicherweise kann auch die Heterogenität der Orte, die zum Teil unterschiedlich viele MD- und BPS-Patienten geliefert haben, eine weitere Varianzquelle sein. Diese wurde aber nicht auf ihre Signifikanz getestet, da bei dieser Berechnung die Gruppengrößen zu klein gewesen wären (vgl. Tabelle 9). Ähnlich verhält es sich mit der Heterogenität der verschiedenen Behandlungsformen, bei der prozentual gesehen deutlich mehr MD-Patienten in tagesklinischer, dafür jedoch deutlich mehr BPS-Patienten in stationärer oder ambulanter Behandlung gewesen sind (vgl. Tabelle 10).

Generell ist in dieser Studie zu beobachten, dass BPS-Patienten im BDI-II, der BSL und dem FEBS-D deutlich höhere (oder zumindest gleich hohe) Gesamtpunktzahlen erzielen als ihre MD-Vergleichsgruppe. Für zukünftige Studien kann es für die Untersuchung von BPS-Patienten ratsam sein, keine Selbstbeurteilungsverfahren mit Schweregradbewertung zu benutzen, sondern die Versuchspersonen zum Beispiel zwischen gleich starken Items aussuchen zu lassen, oder beispielsweise Rangfolgen zwischen qualitativ verschiedenen Items bilden zu lassen, sodass man die möglicherweise vorhandene Tendenz der BPS-Patienten besonders überzogene Antworten zu geben umgehen kann. Auf diese Weise könnte eventuell auch eine Skala entstehen, auf denen MD-Patienten im Vergleich zu BPS-Patienten qualitativ andere Items höher bewerten.

5.4 Fazit

Die Qualität der depressiven Symptomatik von Patienten mit einer BPS und Patienten mit einer MD wird in der Literatur und von Klinikern immer wieder untersucht und diskutiert, da sich die depressive Symptomatik der Borderline-Patienten im klinischen Alltag deutlich von der depressiven Symptomatik der Major-Depression-Patienten unterscheiden soll. Mehrere diagnostische Übereinstimmungen der beiden Störungsbilder führen möglicherweise zu der Diagnose einer MD bei Patienten mit einer BPS, sodass es in verschiedenen Studien zu extrem hohen Komorbiditätsraten von bis zu 98% kommt. Die APA hat mit der Veröffentlichung des DSM-V im Mai 2013 durch das neue Kapitel III ein deutliches Zeichen bezüglich der Borderline-Depression gesetzt: die negative Affektivität der BPS kann durch weitere Untersuchungen und Studien zu einem Grundelement der BPS-Diagnostik werden.

In dieser Studie erreichen BPS- und MD-Patienten in einem Depressionsfragebogen (BDI-II) und in dem dysphorischen Teil eines Borderline-Schweregrad-Fragebogens (BSL) gleich hohe Ergebnisse. Zusätzlich stellte sich heraus, dass eine komorbide MD bei BPS-Patienten mit einer schwereren Borderline-Symptomatik einhergeht als bei BPS-Patienten ohne eine solche Zusatzdiagnose.

Die neu entwickelten BPS-typischen Skalen des FEBS-D zeigen durch ihre signifikante Trennung zwischen MD- und BPS-Patienten sowie zwischen reinen BPS- und BPS+MD-Patienten vermutlich Tendenzen der Borderline-Depression. Die depressiven Items dieser BPS-typischen FEBS-D Skalen decken sich außerdem größtenteils mit den in der Literatur bereits vermuteten oder durch andere Studien erarbeiteten depressiven Gefühlszuständen der BPS-Patienten, was einen weiteren Hinweis darauf liefert, dass die „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“ und die „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ richtungsweisend für die Borderline-Depression sind. Allerdings fehlt es dieser Studie leider an einer eigenen MD-Skala, die mit ihren Items den hier zusammengefassten BPS-Gefühlen qualitativ gegenüber gestellt hätte werden können. Offen bleibt also die Frage, ob eher eine globale Depression bei MD- und bei BPS-Patienten existiert, die bei der BPS nur durch zusätzliche Eigenheiten ergänzt wird, oder ob es den hier entwickelten MD-typischen Items eher an inhaltlicher Validität mangelt.

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass das Ziel dieser Arbeit, einen Fragebogen zu entwickeln, der dazu in der Lage ist, die Gefühle der Borderline-Depression von den Gefühlen der Major Depression zu differenzieren, um den Unterschied der beiden bestimmen zu können, nur zum Teil erreicht wurde. Es konnten Tendenzen des negativen Affektes bei BPS-Patienten hervorgehoben werden, die zukünftigen Studien Anhaltspunkte und Ideen zur Präzisierung der Borderline-Depression liefern können. Ferner wurde durch die fehlenden MD-typischen Skalen das Ziel die depressiven Symptome der MD-Zusatzdiagnose bei BPS-Patienten zu identifizieren nicht erreicht, dafür konnte aber festgestellt werden, dass die komorbide MD bei BPS-Patienten eine schwerer ausgeprägte depressive Symptomatik und eine schwerer ausgeprägte Borderline-Symptomatik zeigt als bei BPS-Patienten ohne eine solche Zusatzdiagnose.

6 Zusammenfassung

Hintergrund

Die Qualität der depressiven Symptomatik von Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) und Patienten mit der Diagnose einer Major Depression (MD) wird in der Literatur und von Klinikern immer wieder untersucht und diskutiert, da sich die depressive Symptomatik der Borderline-Patienten im klinischen Alltag deutlich von der depressiven Symptomatik der MD-Patienten unterscheiden soll. Mehrere diagnostische Übereinstimmungen der beiden Störungsbilder führen möglicherweise schneller zu der Diagnose einer MD bei Patienten mit einer BPS, sodass es in verschiedenen Studien zu extrem hohen Komorbiditätsraten von bis zu 98% kommt. Viele Forscher gehen davon aus, dass eine dysphorische Grundstimmung ein Teil der BPS ist und damit die hohen Komorbiditätsraten nicht gerechtfertigt sind.

Mehrere Studien der letzten 20 Jahre versuchten mehr oder weniger erfolgreich durch gängige etablierte Depressions-Fragebögen die „Borderline-Depression“ von der Qualität der Depression einer echten Major Depression zu trennen. In Anlehnung an diese Studien wurde erstmals ein Fragebogen entwickelt, dessen primäres Ziel es sein sollte, die qualitativ verschiedenen Gefühle der beiden Störungsbilder zu differenzieren.

Methoden

Durch Sichtung der vorhandenen Literatur und Sammlung typisch depressiver Borderline- sowie typisch depressiver Major Depression-Symptombeschreibungen von Ärzten und Klinikern, die in der täglichen Therapie von Borderline- und MD-Patienten involviert sind, wurden für Borderline- und MD-Patienten, sowie für gesunde Kontrollen verschiedene Items entwickelt. Diese wurden so konzipiert, dass die jeweiligen Items typische Situationen, Erfahrungen und oder Gefühle für je eine der drei Gruppen abbilden, sodass insgesamt in dem neuen Fragebogen vereint 3 Skalen, eine typisch für Borderline-, eine typisch für MD-Patienten und eine typisch für gesunde Personen, entstanden sind. Der neue Fragebogen „Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik – Depression“ (FEBS-D), das Beck-Depressions-Inventar – II (BDI-II) und die Borderline-Symptom-Liste (BSL) wurden an 56 Borderline-Patienten (mit und ohne der Zusatzdiagnose Major Depression), 61 Major Depression-Patienten und 53 gesunde Versuchspersonen zur Bearbeitung ausgegeben und anschließend ausgewertet.

Zur Validierung der klinischen Diagnosen wurden die Ergebnisse des BDI-II und der BSL zwischen den drei Gruppen über Kovarianzanalysen, aufgrund der abweichenden

Verteilungen des Alters und des Geschlechts insbesondere in der MD-Gruppe, miteinander verglichen. Darüber hinaus wurden in den etablierten und neuen Skalen zum Vergleich der BPS-Untergruppen (Borderline-Patienten mit ohne ohne der klinischen Zusatzdiagnose MD) t-Tests für unabhängige Stichproben herangezogen.

Ergebnisse

Es wurde kein signifikanter Unterschied der Gesamtsumme des BDI-II zwischen Borderline- und MD-Patienten gefunden. Beim Vergleich von Borderline-Patienten mit der klinischen Zusatzdiagnose Major Depression (BPS+MD) und Borderline-Patienten ohne zusätzliche klinisch diagnostizierte Major Depression (reine BPS) erreichten BPS+MD-Patienten signifikant höhere Ergebnisse im BDI-II als reine BPS-Patienten. In der BSL erreichten Borderline-Patienten eine signifikant höhere Gesamtsumme als MD-Patienten. Auch hier wieder beim Vergleich der BPS+MD-Patienten und der reinen BPS-Patienten erreichten BPS+MD-Patienten eine signifikant höhere Gesamtsumme in der BSL als reine BPS-Patienten.

Bei der Auswertung des FEBS-D wurden zwei verschiedene statistische Wege eingeschlagen. In dem ersten Weg sollten unabhängig von den zuvor intendierten Gruppenzugehörigkeiten alle Items, die signifikant unterschiedlich von Borderline- und MD-Patienten bewertet wurden, herausgenommen und zu je einer Skala, eine auf der Borderline-Patienten besonders hohe Werte erreichen und eine auf der MD-Patienten besonders hohe Werte erreichen, zusammengefasst werden, sodass anschließend aus beiden Skalen die qualitativen Unterschiede der depressiven Symptomatik der beiden Störungsbilder herausgearbeitet werden können. In dem zweiten Weg wurden die drei durch klinische Überlegungen entstandenen Skalen (eine BPS-typische, eine MD-typische und eine parallelisierte gesunde-Skala) auf ihre Trennung bezüglich der Depressivität der BPS und der MD untersucht, sodass auch hier anschließend aus den jeweiligen Skalen die qualitativen Unterschiede der depressiven Symptomatik der beiden Störungsbilder herausgearbeitet werden können.

Insgesamt konnten auf allen eingeschlagenen statistischen Wegen immer nur Borderline-typische Skalen entwickelt werden, auf denen Borderline-Patienten signifikant höhere Ergebnisse erzielten als MD-Patienten. Eine MD-typische Skala, auf der MD-Patienten signifikant höhere Ergebnisse erzielen als Borderline-Patienten, konnte nicht entwickelt werden. Alle neu entstandenen BPS-typischen Skalen waren dazu in der Lage reine BPS-Patienten von BPS+MD zu trennen, wobei letztere in allen neuen Skalen signifikant höhere Werte erreichten als reine BPS-Patienten.

Schlussfolgerung

Somit wurde das Ziel dieser Arbeit, einen Fragebogen zu entwickeln, der dazu in der Lage ist, die Gefühle der Borderline-Depression von den Gefühlen der Major Depression zu differenzieren um den Unterschied der beiden genau bestimmen zu können, nur zum Teil erreicht. Es konnten Tendenzen des negativen Affektes bei BPS-Patienten durch die entstandenen Borderline-typischen Skalen hervorgehoben werden, jedoch keine MD-typischen Symptome gefunden werden, die nicht auch bei Borderline-Patienten vorhanden waren. Ferner wurde durch die fehlenden MD-typischen Skalen das Ziel die depressiven Symptome der MD-Zusatzdiagnose bei BPS-Patienten zu identifizieren nicht erreicht. Dafür konnte aber festgestellt werden, dass BPS+MD-Patienten eine schwerer ausgeprägte depressive Symptomatik und eine schwerer ausgeprägte Borderline-Symptomatik zeigen als BPS-Patienten ohne eine solche Zusatzdiagnose.

Summary

Theoretical background

Quality of depressive symptomatology in patients suffering from borderline personality disorder (BPD) and patients diagnosed as suffering from major depression (MD) has frequently been investigated and discussed in the literature as well as in many psychiatric clinics, since, according to everyday clinical impressions, depressive symptoms of BPD patients seem to differ from the symptoms exhibited by patients suffering from MD. Because diagnostic indicators of the two diagnoses have much in common, the diagnosis of MD may more readily be applied to BPD patients resulting in a high percentage of up to 98% of patients diagnosed with comorbidity. Many researchers claim that dysphoric affective states are an inherent component of BPD and that including this in the additional diagnosis of MD consequently leads to the high rate of diagnosed comorbidity, which is not justified.

Several studies have more or less successfully attempted to separate the type or quality of borderline depression from that of major depression by established depression scales. Based on these studies, the present study is aimed at developing a questionnaire specifically designed to differentiate between the two types of depressive symptoms, as presented by the two diagnostic groups.

Method

This was achieved by sampling descriptions of depressive symptoms typical of borderline depression and major depression, respectively, given by clinicians involved in the treatment of borderline personality disorder patients as well as in therapy of major depression. These items were compiled in three different scales of reactions typical of BPD patients, MD patients and healthy persons when confronted with corresponding situations or experiences. The new questionnaire called "Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik – Depression" (FEBS-D) was applied, together with the established scales of the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Borderline Symptom list (BSL), to 56 BPD patients divided into those with and without the additional diagnosis of MD (BPD+MD vs. "pure" BPD), to 61 Patient suffering from major depression (MD) and to 53 healthy controls (HC).

For validating the clinical diagnoses, scores on the BDI-II and the BSL were compared with the three groups by analyses of covariance controlling for age and gender, due to deviating distributions, in particular in the MD group. In addition, the two subgroups of BPD were compared by t-tests with respect to these scales.

Results

BDI-II was unable to discriminate between the total group of BPD and MD patients, but clearly yielded higher scores in the BPD+MD group when compared to the “pure” BPD group. BSL scores however, were significantly higher in the total BPD group than in the MD group and also turned out to be higher in BPD+MD than in the “pure” BPD group.

Evaluation of the newly constructed scale FEBS-D was achieved by two different approaches: In order to obtain two different scales suitable for differentiating between BPD and MD by qualitatively different types of depressive symptoms: one assessing symptoms specific for borderline personality disorder, the other characteristic of major depression, single items yielding significant differences between MD and BPD were combined in a scale. The intention was to obtain one scale each in which either BPD or MD patients would score higher. However, only a BPD type depression scale could be identified while there were almost no items where MD patients scored higher.

In the second approach, the original clinically defined items described as typical for BPD, MD and healthy persons were combined in the three scales described above.

In summary, only borderline-typical scales could be obtained by both approaches, due to the fact that only the clinical BPD typical scale yielded significant differences between BPD and MD, also when using the clinical scales, while the clinical MD-type scale was unable to separate BPD from MD patients. The attempt to separate “pure” BPD patients from BPD+MD patients yielded higher scores in the BPD+MD group in all of the newly constructed scales.

Conclusions

The intended goal to construct a questionnaire suitable for separating depressive feelings and symptoms of BPD patients from those exhibited by MD patients could only partly be achieved, due to the fact that only some depressive symptoms seem to be characteristic for BPD patients, while MD patients exhibited no symptoms that are not shared by BPD patients. Furthermore, the intention to identify the type of depression in BPD patients with the additional diagnosis of MD as typical for borderline personality disorder failed, but rather identified the BPD+MD patients as more severely ill.

7 Abkürzungsverzeichnis

APA	= American Psychiatric Association
BDI	= Beck-Depressions-Inventar
BDI-II	= Beck-Depressions-Inventar-II
BPD	= Borderline Personality Disorder
BPS	= Borderline Persönlichkeitsstörung
BPS+MD	= Borderline Persönlichkeitsstörung mit klinischer Major Depression
BSL	= Borderline-Symptom-Liste
DEQ	= Depressive Experiences Questionnaire
DIB-R	= Diagnostischen Interview für das Borderline-Syndrom - revidierte Fassung
DSM	= Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
FEBS-D	= Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik – Depression
HAMA	= Hamilton-Angst-Skala
HAMD	= Hamilton-Depressions-Skala
HC	= Healthy Controls
MD	= Major Depression
MoodS SR	= Mood Spectrum Self Reports
PS	= Persönlichkeitsstörung
SCID	= Structured clinical Interview (for DSM-III-R or DSM-IV)
SCL-90	= 90-Item Symptom Checklist
SWAP-200	= Shedler-Westen Assessment Procedure

8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schweregradeinteilung der Depression im BDI-II pro Gruppe52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die vorhandenen Studien über die Symptomatik der Depression bei der BPS.....	19
Tabelle 2: Gruppeneinteilung der Stichprobe.....	35
Tabelle 3: BPS-Stichprobe mit oder ohne klinischer Zusatzdiagnose einer MD.....	35
Tabelle 4: Komorbiditäten der BPS- und der MD-Gruppe.....	35
Tabelle 5: Altersverteilung der verschiedenen Gruppen.....	36
Tabelle 6: Altersverteilung innerhalb der BPS-Gruppe.....	36
Tabelle 7: Geschlechterverteilung der verschiedenen Gruppen.....	36
Tabelle 8: Geschlechterverteilung innerhalb der BPS-Gruppe.....	37
Tabelle 9: Orte der Stichproben-Rekrutierung.....	37
Tabelle 10: Behandlungsformen der BPS- und MD-Patienten.....	38
Tabelle 11: Abgestufte Einschätzung für jedes Item des BDI-II in aufsteigender Schwere....	41
Tabelle 12: Schweregradeinteilung der Depression im BDI-II.....	41
Tabelle 13: Anzahl der erfüllten DSM-IV Kriterien für BPS bei BPS-Patienten und für MD bei MD-Patienten.....	50
Tabelle 14: Schweregradeinteilung der Depression pro Gruppe.....	51
Tabelle 15: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und Paarweise Vergleiche der Gesamtsummen des BDI-II.....	52
Tabelle 16: Beobachtete und erwartete Fälle der BDI-II Auswertung bei reinen BPS- und BPS+MD-Patienten.....	54
Tabelle 17: Adjustierte Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der BSL-Gesamtskala und der BSL-Subskalen pro Gruppe, sowie univariate Kovarianzanalysen (fester Faktor: Gruppe; Kovariaten: Alter und Geschlecht)...	55
Tabelle 18: Univariate Kovarianzanalysen der BSL mit BPS- und MD-Patienten (ohne die HC-Gruppe) (Kovariaten: Alter und Geschlecht) (Mittelwerte siehe Tab. 17).....	56
Tabelle 19: T-Test für unabhängige Stichproben der BSL-Gesamtskala mit reinen BPS- und BPS+MD-Patienten.....	57

Tabelle 20: Ergebnisse der univariaten Kovarianzanalyse der BSL mit reinen BPS-, BPS+MD- und MD-Patienten, sowie der HC-Gruppe (Kovariaten: Alter und Geschlecht) und den Paarvergleichen der beiden Borderlinegruppen mit der MD-Gruppe	57
Tabelle 21: Items der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“	59
Tabelle 22: Zusammenfassung der Fallverarbeitung der Itemanalyse der „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“	59
Tabelle 23: Itemanalyse der „BPS-FEBS-D-t-Test bas. – Skala“	60
Tabelle 24: Validierung der neuen „BPS-FEBS-D-t-Test-bas. – Skala“ an BDI-II und BSL durch Pearson Partialkorrelationen (Kontrollvariablen Alter und Geschlecht) getrennt nach Gruppen (fett gedruckt = hypothesenkonforme Werte)	61
Tabelle 25: t-Test für unabhängige Stichproben zum Vergleich der t-Test basierten FEBS-D-Skala bei reinen BPS-Patienten und BPS+MD-Patienten	63
Tabelle 26: Itemnummern der verschiedenen FEBS-D-Skalen.....	64
Tabelle 27: Items der verschiedenen FEBS-D-Skalen	65
Tabelle 28: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und Paarweise Vergleiche der „BPS-FEBS-D-klin. – Skala“	67
Tabelle 29: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und paarweise Vergleiche der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“	68
Tabelle 30: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und paarweise Vergleiche der „HC-FEBS-D-klin. – Skala“	68
Tabelle 31: Partialkorrelationen der klinischen FEBS-D-Skalen untereinander und mit den Gesamtsummen des BDI-II und der BSL, sowie den BSL-Subskalen (fett gedruckt = hypothesenkonforme Werte).....	69
Tabelle 32: t-Test für unabhängige Stichproben der klinischen FEBS-D-Skalen mit reinen BPS-Patienten und BPS+MD-Patienten	72
Tabelle 33: BSL-Subskala der Dysphorie	76
Tabelle 34: T-Test für unabhängige Stichproben der BSL-Subskala Dysphorie bei reinen BPS und BPS+MD-Patienten	78
Tabelle 35: Iteminhalt der "BPS-FEBS-D-t-Test-bas. - Skala"	79
Tabelle 36: Univariate Kovarianzanalyse: Adjustierte Mittelwerte und Paarweise Vergleiche der „MD-FEBS-D-klin. – Skala“ bei reinen BPS- und MD-Patienten	82
Tabelle 37: Iteminhalte der "BPS-FEBDS-D-klin. – Skala"	83

9 Literaturverzeichnis

APA 2013 – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V-TM (5th edition). American Psychiatric Association, Washington, DC 2013

APA 2000 – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, DC 2000. Deutsche Übersetzung: H. Saß, H. U. Wittchen, M. Zaudig, I. Houben (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen 2003

APA 1980 – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III (3rd edition). American Psychiatric Association, Washington, DC 1980

Baron M. (1981). "Schedule for Interviewing Borderlines." New York, NY: New York State Psychiatric Institute

Beck, A. T., C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh (1961). "An inventory for measuring depression." *Archives of General Psychiatry* 4: 561-571

Beck, A. T., R. A. Steer, G. K. Brown (1996). "Beck Depression Inventory – Second Edition. Manual." San Antonio: The Psychological Corporation

Bellino, S., L. Patria, E. Paradiso, R. Di Lorenzo, C. Zanon, M. Zizza, F. Bogetto (2005). "Major depression in patients with borderline personality disorder: A clinical investigation." *Canadian Journal of Psychiatry* 50(4): 234-239

Bellodi, L., M. Battaglia, M. Gasperini, P. Scherillo, V. Brancato (1992). "The nature of depression in borderline depressed patients." *Comprehensive Psychiatry* 33 (2): 128-133

Berger, M. „Psychiatrische Erkrankungen- Klinik und Therapie.“ Elsevier Urban & Fischer. Auflage 3, München 2009

Berrocal, C., M. A. Ruiz Moreno, M. A. Rando, A. Benvenuti, G. B. Casiano (2008). "Borderline personality disorder and mood spectrum." *Psychiatry Research* 159: 300-307

Binks, C. A., M. Fenton, L. McCarthy, T. Lee, C. E. Adams, C. Duggan (2006). "Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Article Number CD005653

Blatt, S. J., J. P. D’Afflitti, D. M. Quinlan (1976). "Experiences of depression in normal young adults." *Journal of Abnormal Psychology* 85: 383-389

Bohus, M., M. F. Limberger, U. Frank, I. Sender, T. Gratwohl, R.- D. Stieglitz (2001). „Entwicklung der Borderline- Symptom- Liste.“ *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 51: 201-211

Bohus et al. (2002). „Borderline-Störung“. Hogrefe, Göttingen 2002

Bohus, M., M. und C. Schmahl (2006). "Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung." *Deutsches Ärzteblatt* 103(49): 3345-3352

Bohus, M. (2007). "Zur Versorgungssituation von Borderline- Patienten in Deutschland." *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie* 11: 149-153

- Bohus, M., M. F. Limberger, U. Frank, A. L. Chapman, T. Kühler, R.-D. Stieglitz (2007). "Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL)." *Psychopathology* 40: 126–132
- Briand-Malenfant, R., S. Lecours, E. Deschenaux (2012). "What Does Sadness Mean to BPD Patients?" *Journal of Personality Disorders* 26 (6): 939-955
- Cassano, G. B., L. Dell’Osso, E. Frank, M. Miniati, A. Fagiolini, K. Shear, S. Pini, J. Maser 1999. "The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology." *Journal of Affective Disorders* 54: 319-328
- Comtois, K. A., D. S. Cowley, D. L. Dunner, P. P. Roy-Byrne (1999). "Relationship between borderline personality disorder and axis I diagnosis in severity of depression and anxiety." *Journal of Clinical Psychiatry* 60: 752-758
- Conte H. R., R. Plutchik, T. B. Karasu, I. Jerrett (1980). "A self-report borderline scale. Discriminative validity and preliminary norms." *Journal of Nervous and Mental Disease* 168: 420-435
- Cowdry, R. W., D.L. Gardner, K. M. O’Leary, E. Leibenluft, D. R. Rubinow (1991). "Mood variability: A study of four groups." *American Journal of Psychiatry* 148: 1505-1511
- Derogatis, L. R. (1983). "The SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual II." Baltimore: Baltimore Clinical Psychometric Research
- Duden- deutsches Universalwörterbuch (Hrsg.). K. Kunkel-Razum, W. Scholze-Stubenrecht, M. Wermke. 6.Auflage. Mannheim 2007
- Duggan, C., N. Huband, N. Smailagic, M. Ferriter, C. Adams (2008). "The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials." *Personality and Mental Health* 2: 119-170
- Edell, W. S., S. P. Joy, R. Yehuda (1990). "Discordance Between Self-Report and Observer-Rated Psychopathology in Borderline Patients." *Journal of Personality Disorders* 4(4): 381-390
- First, M. B., R. L. Spitzer, M. Gibbon, J. B. W. Williams (1996). "Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I). Clinical Interview." Washington, DC: American Psychiatric Press
- Goodman, M., A. S. New, J. Triebwasser, K. A. Collins, L. Siever (2010). "Phenotype, endotype, and genotype comparisons between borderline personality disorder and major depressive disorder." *Journal of Personality Disorders* 24(1): 38-59
- Grilo, C. M., T. H. McGlashan, C. A. Sanislow, E. Ralevski, L. C. Morey, J. G. Gunderson, A. E. Skodol, M. T. Shea, M. C. Zanarini, D. Bender, R. L. Stout, S. Yen, M. Pagano (2005). "Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders." *American Journal of Psychiatry* 162: 883–889
- Gunderson, J. G., L. C. Morey, R.L. Stout, A. E. Skodol, M. T. Shea, T. H. McGlashan, M. C. Zanarini, C.M. Grilo, C. A. Sanislow, S. Yen, M. T. Daversa, D. S. Bender (2004). "Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions." *Journal of Clinical Psychiatry* 65(8): 1049-1056
- Gunderson, J. G., R.L. Stout, C. A. Sanislow, M. T. Shea, T. H. McGlashan, M. C. Zanarini, M. T. Daversa, C.M. Grilo, S. Yen, A. E. Skodol (2008). "New episodes and new onsets of

major depression in borderline and other personality disorders." *Journal of affective disorders* 111: 40-45

Gunderson, J. G. (2010). "Revising the Borderline diagnosis for DSM-V: an alternative Proposal." *Journal of Personality Disorders* 24(6): 694-708

Hamilton, M. (1959). "The assessment of anxiety states by rating." *British Journal of Medical Psychology* 32: 50-55

Hamilton, M. (1960). "A rating scale for depression." *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23: 56-62

Harvey, P. D., B. R. Greenberg, M. R. Serper (1989). "The affective lability scales: development, reliability and validity." *Journal of Clinical Psychology* 45: 786-793

Hautzinger, M., F. Keller, C. Kühner (2006). „Beck Depressions Inventar- Manual.“ Frankfurt: Hartcourt Test Services

Henry, C., V. Mitropoulou, A. S. New, H. W. Koenigsberg, J. Silverman, L. J. Siever (2001). "Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences." *Journal of Psychiatric Research* 35: 307-312

Herpertz, S. M., M. Zanarini, C. S. Schulz, L. Siever, K. Lieb, H.-J. Möller & WFSBP (2007). "World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Personality Disorders." *The World Journal of Biological Psychiatry* 8(4): 212-244

Horwitz, A. V., J.C. Wakefield (2007). "The loss of sadness: How Psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder." New York: Oxford University Press

Joyce, P. R., R.T. Mulder, S. E. Luty, J. M. McKenzie, P.F. Sullivan, R.C. Cloninger (2003). "Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6 month outcome." *Comprehensive Psychiatry* 44 (1): 35-43

Kaplan, B. J., V. A. Sadock (2000) „Comprehensive textbook of psychiatry.“ Lippincott Williams & Wilkins (Hrsg.). Auflage 7, Philadelphia (USA) 2000

Keller, M. B., P. W. Lavori, B. Friedman (1987). "The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation: a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies." *Archives of General Psychiatry* 44: 540-548

Keller, M. B., P. W. Lavori, T. I. Mueller, J. Endicott, W. Coryell, R. M. A. Hirschfeld, M. T. Shea (1992). "Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression." *Archives of General Psychiatry* 49: 809-816

Kernberg O. (1977). "The structural diagnosis of borderline personality organization." Hartcollis P (ed): *Borderline personality disorders*. New York: International University Press: 78-121

Koenigsberg, H. W., I. Anwanah, A. S. New, V. Mitropoulou, F. Schopick, L. J. Siever (1999). "Relationship between depression and borderline personality disorder." *Depression and Anxiety* 10: 158-167

Koenigsberg, H. W., P.D. Harvey, V. Mitropoulou, J. Schmeidler, A. S. New, M. Goodman, J. M. Silverman, M. Serby, F. Schopick, L. J. Siever (2002). "Characterizing affective instability in borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry* 159: 784-788

- Larsen, R. J., E. Diener, R. A. Emmons (1986). "Affect intensity and reactions to daily life events." *Journal of Personality and Social Psychology* 51: 803-814
- Leichsenring, F. (1997). „Borderline Persönlichkeitsinventar.“ Hogrefe, Göttingen 1997
- Levy, K. N., W. S. Edell, T. H. McGlashan (2007). "Depressive experience in inpatients with borderline personality disorder." *Psychiatric Quarterly* 78: 129-143
- McGlashan, T. H. (1987). "Borderline personality disorder and unipolar affective disorder/ Long-term Effects of comorbidity." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 175(8): 467-473
- NICE (2009). National Institute for Health & Clinical Excellence. "Borderline Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment and Management." The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists
- Paris, J. (2010). "Personality disorders and mood disorders: phenomenological resemblances vs. pathogenetic pathways." *Journal of Personality Disorders* 24(1): 3-13
- Perry, J. (1982). "The Borderline Personality Disorder Scale (BDP Scale)." Cambridge, MA: Cambridge Hospital
- Renneberg, B., C. Schmidt-Rathjens, R. Hippin, M. Backenstrass, T. Fydrich (2005). "Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: Development and validation of a self-report inventory." *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36(3): 173-82
- Rogers, J. H., T. A. Widiger, A. Krupp (1995). "Aspects of depression associated with borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry* 152(2): 268-270
- Shea, M. T., R. L. Stout, M. E. Pagano, A. E. Skodol, L.C. Morey, J.G. Gunderson, T. H. McGlashan, C.M. Grilo, C. A. Sanislow, D. S. Bender, M. C. Zanarini (2004). "Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over the time." *Journal of Abnormal Psychology* 113: 499-508
- Shedler, J., D. Westen (2004). "Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and Practice." *American Journal of Psychiatry* 161: 1350-1356
- Silk, K.R. (2010). "The Quality of Depression in Borderline Personality Disorder and the diagnostic process." *Journal of personality Disorders* 24(1): 25-37
- Skodol, A. E., M. T. Shea, S. Yen, C. N. White, J. G. Gunderson (2010). "Personality disorders and mood disorders: perspectives on diagnosis and classification from studies of longitudinal course and familial associations." *Journal of Personality Disorders* 24(1): 83-108
- Snyder, S., W. M. Pitts (1988). "Characterizing anxiety in the DSM-III borderline personality disorder." *Journal of Personality Disorders* 2: 93-101
- Southwick, S., M., R. Yehuda, E.L. Giller (1995). "Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry* 152: 789-791
- Sullivan, P. F., P. R. Joyce, R.T. Mulder (1994). "Borderline personality disorder in major depression." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 182(9): 508-516
- Swartz, M., D. Blazer, L. George, I. Winfield (1990). "Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community." *Journal of Personality Disorders* 4: 257-272

- Trull, T. J., M. B. Solhan, S. L. Tragesser, S. Jahng, P. K. Wood, T. M. Piasecki, D. Watson (2008). "Affective Instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment." *Journal of Abnormal Psychology* 117(3): 647-661
- Westen, D., J. Moses, K. R. Silk, N. E. Lohr, R. Cohen, H. Segal (1992). "Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression." *Journal of Personality Disorders* 6(4): 382-393
- WHO 1994 – World Health Organisation: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -10 – ICD-10. deutsch: Dilling, H., W.Mombour, M. H. Schmidt. "Internationale Klassifikation psychischer Störungen- ICD 10 Kapitel V(F)- Klinisch diagnostische Leitlinien." Huber. 6.Auflage, Göttingen 1992. S.149-159
- Widiger, T. A., T. Shea (1991). "Differentiation of axis I and axis II disorders." *Journal of Abnormal Psychology* 3: 399-406
- Wilson, S. T., B. Stanley, M. A. Oquendo, P. Goldberg, G. Zalsman, J. J. Mann (2007). "Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder." *Journal of Clinical Psychiatry* 68(10): 1533-1539
- Winokur, G., P. Clayton, T. Reich (1969). "Manic depressive illness." ST. Louis, MO: Mosby
- Wixom, J., P. Ludolph, D. Westen (1993). "The quality of depression in adolescents with borderline personality disorder." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 32(6): 1172-1177
- Wolf, M., M. F. Limberger, N. Kleindienst, R.-D. Stieglitz, M., A. Philipsen, R. Steil, M. Bohus (2009). "Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Psychometric Evaluation." *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 59: 321–324
- Zanarini, M.C., J. G. Gunderson, F. R. Frankenburg, D. L. Chauncey (1989). "The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating borderline personality disorder for other axis II disorders." *Journal of Personality Disorders* 3: 10-18
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, A. E. Sickel, L. Yong (1996). „The Diagnostic Interview for DSM–IV Personality Disorders (DIPD–IV).“ Belmont, MA: McLean Hospital
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, J. Hennen, K. R. Silk (2003). "The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry* 160: 274–283
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, J. Hennen, D. B. Reich, K. R. Silk (2004). "Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission." *American Journal of Psychiatry* 161: 2108–2114
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, J. Hennen, D. B. Reich, K. R. Silk (2006). "Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry* 163: 827–832
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, D. B. Reich, K. R. Silk, J. I. Hudson, L. B. McSweeney (2007). "The subsyndromal Phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year Follow-up study." *American Journal of Psychiatry* 164: 929-935
- Zung, W. K. (1965). "A self-rating depression scale." *Archives of General Psychiatry* 12: 63-67

Anhang

I. Therapeuten-Fragebogen.....	A1
II. Demographischer Fragebogen.....	A3
III. Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik – Depression.....	A4
IV. Beck-Depressions-Inventar – II	A16
V. Borderline-Symptom-Liste (95).....	A19
VI. Erklärung zur Dissertation	A25
VII. Danksagung.....	A26

I. Therapeuten-Fragebogen

Sehr geehrter Therapeut, sehr geehrte Therapeutin,

Es würde uns sehr freuen, wenn Sie die Fragebögen an die **Patienten und Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung und/oder einer Major Depression** zum selbstständigen Ausfüllen weitergeben.

Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich näher mit dem Aspekt und der Qualität der depressiven Störung der Borderline Persönlichkeitsstörung. Die „Borderline-Depression“ soll schlussendlich von der Qualität der Depression einer echten Major Depression unterschieden werden.

Aus diesem Grund ist es wichtig, neben dem Fragebogen, den der/die Patient/in erhält und selbstständig ausfüllt, dass Sie zu ihm/ihr noch einige kurze Angaben machen:

Teilnehmernummer (Fragebogenr.) des Patienten:

Aktuelle Diagnose der Testperson nach ICD-10 (bitte Zutreffendes ankreuzen (auch beides möglich)):

- Borderline Persönlichkeitsstörung (F60.31)
- Major Depression (F32, F33)

Aktuelle Begleiterkrankungen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Dysthymie (F34.1)
- Bipolare affektive Störung (F31)
- Substanzmissbrauchsstörungen (F10-F19)
 - wenn ja: abstinenz seit _____ / nicht abstinenz
- Posttraumatische Störungen (F43.1)
- Soziale Phobien (F40.1)
- Angststörungen (F41)
- Essstörungen (F50)
- Sonstige Persönlichkeitsstörungen: _____

Welche Medikamente nimmt der/die Patient/in zurzeit ein (bitte aufschreiben)?

Symptome nach DSM-IV:

Diagnostische Kriterien für Borderline Persönlichkeitsstörung	Bitte Zutreffendes ankreuzen:
1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3. Identitätsstörung: Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder - drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
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 sehr selten mehr als ein paar Tage andauern).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
7. Chronische Gefühle von Leere.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Diagnostische Kriterien für eine Major Depression	Bitte Zutreffendes ankreuzen:
1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z.B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint den Tränen nahe).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

II. Demographischer Fragebogen

1. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
2. Alter	_____ Jahre	
3. Schulabschluss	<input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss	
4. Erlerner Beruf	_____	
5. Ausgeübter Beruf	<input type="checkbox"/> zurzeit keinen <input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Rentner /in <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> sonstiger _____	
6. Aktueller Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
7. Befinden Sie sich zurzeit in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja, stationär <input type="checkbox"/> ja, tagesklinisch <input type="checkbox"/> ja, ambulant <input type="checkbox"/> nein	
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche bzw. wogegen?	<input type="checkbox"/> nein, ich nehme keine Medikamente <input type="checkbox"/> ja, ich nehme folgende Medikamente _____	

III. Fragebogen zur Erfassung der Borderline-Symptomatik – Depression

Dieser Fragebogen enthält insgesamt 119 Fragen. Lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch. Rechts der Aussagen befindet sich jeweils eine Skala, die **ein Maß** von „trifft vollkommen zu“ bis „trifft gar nicht zu“ anzeigt. **Setzen Sie ein Kreuz an die Stelle der Skala, die am ehesten ihrem Empfinden entspricht.**

Bitte lesen Sie sich die Beispiele aufmerksam durch!

Beispiel: 1. Ich gehe gern Spazieren. trifft gar nicht zu _____ _____ trifft vollkommen zu
*In diesem Beispiel wäre ihre Antwort, dass Sie gerne Spazieren gehen und der Aussage **weitestgehend** zustimmen.*

Beispiel: 2. Ich gehe gern Spazieren. trifft gar nicht zu _____ _____ trifft vollkommen zu
*In diesem Beispiel wäre ihre Antwort, dass Sie gerne Spazieren gehen und der Aussage **vollkommen** zustimmen.*

- | | | |
|---|--|----------------------|
| 1. Auch wenn ich keine Lust habe, stehe ich morgens auf. | trifft gar nicht zu _____ <input type="checkbox"/> _____ | trifft vollkommen zu |
| 2. Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit schleicht sich sehr langsam nach und nach ein, das ist ein langer Prozess. | trifft gar nicht zu _____ <input type="checkbox"/> _____ | trifft vollkommen zu |
| 3. Ich allein bin schuld daran, wie es mir jetzt geht. | trifft gar nicht zu _____ <input type="checkbox"/> _____ | trifft vollkommen zu |
| 4. Ich interessiere mich sehr für andere Menschen oder meine Hobbies. Das bereitet mir Freude. | trifft gar nicht zu _____ <input type="checkbox"/> _____ | trifft vollkommen zu |

5. Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit tritt sehr variabel auf. Es kann zum Beispiel mal 1-2 Stunden andauern und danach geht es mir wieder schlagartig besser. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
6. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, verspüre ich körperliche Beschwerden (wie z.B.: Kopfweh, Herzbeschwerden, Magenbeschwerden, Luftnot oder ähnliches). trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
7. Wenn es mir schlecht geht, versuche ich mich mit aller Kraft zusammen zu nehmen, damit keiner merkt wie es in mir aussieht. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
8. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, kann ich mich selbst einfach nicht mehr ertragen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
9. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, fühle ich mich einfach unwohl, ohne spezielle körperliche Beschwerden. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
10. Ich habe Angst vor der Zukunft. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
11. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich enttäuscht von mir selbst. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
12. Wenn ein Freund/ eine Freundin für mich da ist, geht es mir deutlich besser. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
13. Wenn ein Freund/ eine Freundin für mich da ist, fühle ich mich trotzdem sehr einsam. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

14. Regelmäßig in schlechter oder trauriger Stimmung bin ich besonders morgens. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
15. Die Einsamkeit frisst mich von Innen auf. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
16. Ich habe mich mit einem Freund/ einer Freundin gestritten. Wenn diese Person eine Stunde später auf mich zukommt und mit mir reden möchte, kann ich explodieren und sehr laut werden. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
17. Ich habe Angst vor den normalen Dingen im Alltag, die ich vielleicht nicht mehr bewältigen kann. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
18. Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, fühle ich mich danach missverstanden. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
19. Mein Interesse an Sexualität ist in letzter Zeit gesunken. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
20. Ich esse, ohne dabei angenehme Gefühle zu empfinden. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
21. In letzter Zeit kritisiere ich mich häufiger als sonst. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
22. Ich habe Angst vor mir selbst und dem was ich mir vielleicht noch antun könnte. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
23. Selbstmordgedanken haben sich mit der Zeit langsam bei mir entwickelt. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
24. Ich esse, ohne Appetit zu haben. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

25. Ich habe das Gefühl, von meinen Gedanken überflutet zu werden. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
26. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich gelassen und hoffe, dass es morgen besser läuft. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
27. Meine Familie und meine Freunde sind schuld daran, wie es mir jetzt geht. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
28. Morgens schaffe ich es nicht aufzustehen, obwohl ich es unbedingt will. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
29. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, könnte ich mich schon an andere Menschen wenden, wenn jemand für mich da wäre. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
30. Ich habe bisher nur in den schlimmsten Momenten an Selbstmord gedacht. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
31. Ich bin bei meinen Freunden nichts wert. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
32. Wenn ich träume, habe ich immer den gleichen Traum. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
33. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: „Ich hasse mich!“ trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
34. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, wende ich mich an andere Menschen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

- | | | |
|---|---------------------------|----------------------|
| 35. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, fühle ich mich schnell besser, wenn ein Freund/ eine Freundin für mich da ist. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 36. Ich frage mich, warum ich so verkorkst bin. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 37. Morgens schaffe ich es nicht aufzustehen, weil ich einfach keine Lust habe. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 38. Ich habe zwischenzeitlich überhaupt kein Interesse an anderen Menschen oder meinen Hobbies und dann gibt es wieder Momente, da habe ich an beidem Freude. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 39. Nur wenn ich viel Stress habe, fühle ich mich müde und erschöpft. Ansonsten geht es mir gut. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 40. Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, bin ich danach wütend. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 41. Ich kann keinem vertrauen außer mir selbst! | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 42. Regelmäßig in schlechter oder trauriger Stimmung bin ich mal morgens, mal mittags und auch mal abends. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 43. Ich fühle Hass gegen alles von mir selbst. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 44. Jetzt, wo es mir so schlecht geht, fühle ich mich fremd. Ich bin nicht mehr so wie alle anderen. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |
| 45. Ich kann abends ohne Probleme einschlafen. | trifft gar nicht zu _____ | trifft vollkommen zu |

46. Egal was ich mache, ich fühle mich jeden Tag müde und erschöpft. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
47. Wenn ich etwas Schlechtes erlebt habe, kann es mich sehr traurig machen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
48. Ich habe Angst davor, in meinem Leben nie wieder Freude empfinden zu können. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
49. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, fühle mich nutzlos. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
50. Ich habe häufig Selbstmordgedanken. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
51. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, schaffe ich es noch, mich auf wichtige Probleme zu konzentrieren. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
52. Ich habe mich schon immer selbst stark kritisiert. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
53. Ich bin bei meiner Familie nichts wert. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
54. Ich kann nicht genau benennen, was eine schlechte Stimmung bei mir auslöst. So etwas baut sich immer mehr auf: Zum Schluss können schon Kleinigkeiten Auslöser dafür sein. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
55. In einer schlechten Phase, können Selbstmordgedanken ganz plötzlich auftreten. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
56. Ich habe Angst, dass Menschen, die mir etwas bedeuten, mich vielleicht verlassen werden. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
57. Ich empfinde so gut wie gar kein Interesse mehr an Sexualität. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

58. Ich esse nur sehr wenig, um meinen Körper und mich selbst zu bestrafen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
59. Ich bin die ganze Nacht am Grübeln und finde kaum Schlaf. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
60. Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, fühle ich mich danach verletzt. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
61. Ich esse zurzeit nicht anders als sonst auch. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
62. Wenn ich gehe, vermisst mich sowieso keiner. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
63. Mein Interesse an Sexualität ist wie immer. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
64. Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, bin ich danach kraftlos. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
65. Ich kritisiere mich hin und wieder, aber nicht mehr als sonst auch. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
66. Ich habe das Gefühl, meine Gedanken sind unendlich langsam. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
67. Teilweise bin ich emotionslos „Alles ist Scheißegal“, trotzdem fühle ich mich dann doch einsam und ungeliebt. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
68. Wenn ich mich leicht angestrengt habe, fühle ich mich schon müde und erschöpft. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
69. Zeiten, in denen es mir sehr schlecht geht, durchlebe ich sehr häufig und kann überhaupt nicht zählen wie oft das schon der Fall war. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

70. Wenn ein Freund/ eine Freundin für mich da ist, fühle ich mich weniger einsam. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
71. Ich habe mich mit einem Freund/ einer Freundin gestritten. Wenn diese Person eine Stunde später auf mich zukommt und mit mir reden möchte, bin ich bereit mich auf ein klärendes Gespräch einzulassen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
72. Wenn es mir richtig schlecht geht, versuche ich diesen Zustand zu verändern. Das klappt auch in der Regel. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
73. Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, spüre ich starke Wut und Aggressionen in mir aufsteigen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
74. Wenn ich etwas Schönes erlebt habe, kann es mich trotzdem sehr traurig machen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
75. Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, bin ich danach traurig. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
76. Regelmäßig in schlechter oder trauriger Stimmung bin ich besonders abends. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
77. Ich habe das Gefühl, es wäre einfach besser, wenn es mich gar nicht gäbe! trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
78. Mein Interesse an Sexualität ist in letzter Zeit gestiegen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
79. Ich habe und hatte bisher keine Selbstmordgedanken. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

80. Eine unglückliche Zusammenkettung von Ereignissen ist schuld daran, wie es mir jetzt geht. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
81. Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit schleicht sich ein. Es kann 1-2 Monate, ja sogar Jahre anhalten. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
82. Ich habe keine Probleme mit dem Schlafen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
83. Zeiten, in denen es mir sehr schlecht geht, durchlebe ich eher selten, aber durch ein langsames Hineinrutschen durchlebe ich sie extrem lange. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
84. Wenn es darum geht, neue Aufgaben zu bewältigen, packe ich das einfach an und schaue, ob es klappt. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
85. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, kann ich mich trotzdem ganz gut konzentrieren. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
86. Ich habe Angst davor, nie wieder gesund zu werden. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
87. Wenn es mir schlecht geht, zeige ich meine Gefühle der Umwelt. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
88. Ich habe mich mit einem Freund/ einer Freundin gestritten. Wenn diese Person eine Stunde später auf mich zukommt und mit mir reden möchte, wende ich mich ab, weil ich einfach keine Kraft für eine Auseinandersetzung habe. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

89. Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit tritt nur sehr selten auf. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
90. Wenn ich sehr niedergeschlagen bin, verspüre ich ein unerträglich quälendes Gefühl in mir. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
91. Ich kann nachts nicht mehr durchschlafen und wache ständig auf. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
92. Ich esse nur sehr wenig, um abzunehmen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
93. Ich kann mich nicht erinnern, ob und was ich träume. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
94. Wenn es mir richtig schlecht geht, versuche ich diesen Zustand irgendwie zu verändern. Es funktioniert aber meistens nicht. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
95. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: „Ich versage immer!“ trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
96. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, kann ich einen Freund/ eine Freundin einfach nicht in meiner Nähe aushalten, obwohl ich mir gleichzeitig wünsche, nicht allein zu sein. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
97. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, kann ich mich selbst auf Kleinigkeiten nicht mehr konzentrieren. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
98. Ich kann einfach nichts richtig machen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
99. Ich habe Angst vor den Konsequenzen nach einem Streit. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

100. Wenn es darum geht, neue Aufgaben zu bewältigen, schaffe ich das im Moment nicht. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
101. Das Gefühl einer tiefen Traurigkeit kann schlagartig oder plötzlich auftreten, es kann sich aber auch nach und nach aufbauen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
102. Wenn ich träume, habe ich Alpträume. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
103. Wenn es mir schlecht geht, würde ich am liebsten verbergen wie es in mir aussieht, aber häufig schaffe ich es einfach nicht. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
104. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, bin ich wütend auf mich selbst. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
105. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, bleibt trotz der Anwesenheit eines Freundes/ einer Freundin die Traurigkeit, in der ich mich weiterhin alleine fühle. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
106. Ich habe Angst vor einer schweren körperlichen Erkrankung. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
107. Ich wache morgens sehr früh auf. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
108. Wenn es mir richtig schlecht geht, versuche ich erst gar nicht diesen Zustand zu ändern. Ich bekomme es sowieso nicht hin. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
109. Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, bin ich danach angespannt. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

110. Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Hobbies verloren. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
111. Ich fühle mich innerlich total zerrissen und empfinde so viele widersprüchliche Gefühle. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
112. Wenn ich sehr niedergeschlagen und traurig bin, wende ich mich nicht an andere Menschen, selbst wenn jemand für mich da ist. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
113. Es ist manchmal, wie von Innen zu verbrennen! trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
114. Ich esse aus Frust besonders viel. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
115. Wenn ich träume, habe ich angenehme Träume. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
116. Ich war schon immer anders als andere Menschen. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
117. Wenn ich mich mit einem Freund/ einer Freundin streite, bin ich danach erleichtert. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
118. Wenn ich erneut nicht das geschafft habe, was ich mir vorgenommen habe, denke ich: „Kann passieren!“ trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu
119. Wenn es darum geht, neue Aufgaben zu bewältigen, packe ich das immer falsch an. trifft gar nicht zu _____ trifft vollkommen zu

IV. Beck-Depressions-Inventar – II

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1. Die Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin oft traurig.
- 2 Ich bin ständig traurig.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

2. Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.

3. Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle.
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

4. Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
- 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen.
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.

5. Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die getan habe oder hätte tun sollen.
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle.

6. Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

- 7. Selbstablehnung**
- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer.
 - 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren.
 - 2 Ich bin von mir enttäuscht.
 - 3 Ich lehne mich völlig ab.
- 8. Selbstvorwürfe**
- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.
 - 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
 - 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel.
 - 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.
- 9. Selbstmordgedanken**
- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 - 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
 - 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 - 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte
- 10. Weinen**
- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
 - 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
 - 2 Ich weine beim geringsten Anlass.
 - 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.
- 11. Unruhe**
- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst.
 - 1 Ich bin unruhiger als sonst.
 - 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen.
 - 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.
- 12. Interessenverlust**
- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
 - 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst.
 - 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
 - 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgendetwas zu interessieren.
- 13. Entschlussunfähigkeit**
- 0 Ich bin so entschlossfreudig wie immer.
 - 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
 - 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
 - 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.
- 14. Wertlosigkeit**
- 0 Ich fühle mich nicht wertlos.
 - 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.
 - 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.
 - 3 Ich fühle mich völlig wertlos.
- 15. Energieverlust**
- 0 Ich habe so viel Energie wie immer.
 - 1 Ich habe weniger Energie wie sonst.
 - 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe.
 - 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.

- 16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten**
- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.
 - 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst.
 - 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
 - 2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
 - 2b Ich schlafe viel weniger als sonst.
 - 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag.
 - 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kaum dann nicht mehr einschlafen.
- 17. Reizbarkeit**
- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 - 1 Ich bin reizbarer als sonst.
 - 2 Ich bin viel reizbarer als sonst.
 - 3 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 18. Veränderungen des Appetits**
- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
 - 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
 - 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
 - 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
 - 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst.
 - 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
 - 3b Ich habe ständig Heißhunger.
- 19. Konzentrationsschwierigkeiten**
- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
 - 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst.
 - 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgendetwas zu konzentrieren.
 - 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.
- 20. Ermüdung oder Erschöpfung**
- 0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst.
 - 1 Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst.
 - 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
 - 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.
- 21. Verlust an sexuellen Interesse**
- 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
 - 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.
 - 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität
 - 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren.

V. Borderline-Symptom-Liste (95)

Code: _____

Datum: |__|_|. |__|_|. 20|__|_|

Bitte beachten Sie folgende Hinweise beim Ausfüllen des Fragebogens:

In der unten stehenden Tabelle finden Sie Probleme und Beschwerden, die Ihr Befinden möglicherweise beschreiben. Bitte gehen Sie jede Beschreibung durch und entscheiden Sie, **wie stark und ausgeprägt** Sie unter den genannten Zuständen **in der letzten Woche** gelitten haben. Falls Sie derzeit keine Gefühle wahrnehmen, bitten wir Sie, die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie denken, wie Sie sich fühlen. Bitte gehen Sie nicht danach, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Die Fragen beziehen sich auf den Gesamtverlauf der letzten Woche. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Während der letzten Woche...		0	1	2	3	4
1	fühlte ich mich überfordert	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
2	litt ich unter Schlafstörungen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
3	fühlte ich mich von anderen nicht wahrgenommen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
4	litt ich unter massiven Angstzuständen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
5	konnte ich mich schlecht konzentrieren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
6	wußte ich nichts mit mir anzufangen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
7	erlebte ich mich als hilflos	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
8	zog sich in mir alles zusammen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
9	fühlte ich mich innerlich zerrissen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
10	hatte ich Angst, Fehler zu machen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
11	glaubte ich, daß mir niemand helfen kann	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
12	war ich geistig abwesend und erinnerte nicht, was ich genau tat	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

Während der letzten Woche...		0	1	2	3	4
13	stand ich anderen Menschen ablehnend gegenüber, die ich zuvor mochte	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
14	erlebte ich mich wie ein Objekt, nicht wie ein Mensch	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
15	fühlte ich mich niedergeschlagen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
16	erlebte ich mich wie erstarrt	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
17	konnte ich mich kaum artikulieren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
18	hatte ich Todessehnsucht	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
19	war ich auf ich andere Menschen neidisch	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
20	litt ich unter Ekelgefühlen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
21	war ich zuversichtlich	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
22	dachte ich an Selbstverletzungen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
23	hatte ich Schwierigkeiten meine Gefühle wahrzunehmen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
24	gab es niemanden, dem ich wirklich wichtig war	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
25	fand ich mich an einem Ort/Stelle wieder, ohne zu wissen, wie ich dahin gekommen war	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
26	war ich innerlich ruhig	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
27	traute ich anderen Menschen nicht	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
28	glaubte ich, keine Lebensberechtigung zu haben	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
29	fühlte ich mich einsam	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
30	stand ich innerlich unter Hochspannung	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
31	hatte ich Angst, die Nähe eines anderen Menschen vollständig zu verlieren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
32	tauchten in mir Szenen auf, die mich stark ängstigten	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
33	spürte ich keine Lebendigkeit in mir	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
34	konnte ich die Nähe anderer Menschen nicht ertragen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
35	haßte ich mich selbst	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
36	hatte ich das Gefühl, daß sich Teile meines Körpers auflösen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

Während der letzten Woche...		0	1	2	3	4
37	fielen mir alltägliche Entscheidungen schwer	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
38	hatte ich das Bedürfnis, mich selbst zu bestrafen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
39	fühlte ich mich tatkräftig	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
40	war ich wütend	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
41	konnte ich meine Erinnerungen kaum steuern	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
42	hatte ich Schwierigkeiten mit dem Alleinsein	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
43	konnte ich Teile meines Körpers nicht spüren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
44	fühlte ich mich bedroht	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
45	brach ich Beziehungen abrupt ab	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
46	hatte ich keine Vorstellung darüber, wie ich wirklich bin	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
47	litt ich unter Schamgefühlen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
48	fühlte ich mich von anderen isoliert	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
49	wechselten meine Stimmungen in kurzen Abständen zwischen Angst, Ärger und Depression	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
50	fühlte ich mich unsicher	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
51	fühlte ich mich von anderen verlassen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
52	spürte ich die Anwesenheit einer Person, die nicht wirklich anwesend war	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
53	war ich aggressiv	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
54	fühlte ich mich wie abgeschnitten von mir selbst	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
55	war ich froh	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
56	fand ich mich in einem "Gefühls-Wirrwarr" wieder	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
57	wurde ich von inneren Bildern gequält	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
58	fühlte ich mich innerlich leer	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
59	konnte ich Teile meines Körpers nicht berühren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
60	war ich ärgerlich	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

Während der letzten Woche...		0	1	2	3	4
61	war ich wie versteinert	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
62	litt ich unter Selbstmordgedanken	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
63	fühlte ich mich ausgeglichen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
64	war ich mit anderen Menschen in Schwierigkeiten verwickelt	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
65	erkannte niemand, wie es mir wirklich ging	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
66	litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen von außen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
67	litt ich unter der Wahrnehmung von Stimmen oder Geräuschen von innen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
68	fühlte ich mich unbeschwert	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
69	erlebte ich Kritik als vernichtend	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
70	fühlte ich mich auf die Anwesenheit einer anderen Person angewiesen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
71	hatte ich den Eindruck, neben mir zu stehen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
72	fühlte ich mich leistungsfähig	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
73	war ich leicht verletzbar	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
74	übte die Vorstellung vom Tod eine gewisse Faszination auf mich aus	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
75	erlebte ich mich wie gelähmt	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
76	kam ich mir unzulänglich vor	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
77	war ich verzweifelt	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
78	hatte ich Alpträume	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
79	hatte ich Angst, durchschaut zu werden	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
80	fühlte ich mich ausgeruht	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
81	hatte ich den Eindruck, als ob es unterschiedliche Personen in mir gäbe	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
82	konnte ich meinen Körper - so wie er ist - überhaupt nicht akzeptieren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
83	plagten mich Schuldgefühle	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
84	glaubte ich, daß mich niemand versteht	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

Während der letzten Woche...		0	1	2	3	4
85	kam mir alles sinnlos vor	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
86	fühlte ich mich mir selbst gegenüber ausgeliefert	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
87	hatte ich Angst, die Kontrolle zu verlieren	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
88	fand ich mich widerlich	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
89	war ich nicht in der Lage, die Unterstützung anderer Menschen anzunehmen	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
90	war ich wie weit entfernt von mir selbst	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
91	wurde ich von meinen Gefühlen überflutet	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
92	erlebte ich mich wie taub	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
93	fühlte ich mich hoffnungslos	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
94	hielt ich mich für wertlos	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
95	fühlte ich mich zufrieden	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark

Nachdem Sie vorhergehenden Fragen beantwortet haben, möchten wir Sie noch bitten, Ihre Befindlichkeit während der letzten Woche auf einer Skala von 0 - 100 % **insgesamt** einzuschätzen. **0% bedeutet:** ich war völlig auf dem **Nullpunkt**; **100% bedeutet:** ich fühlte mich **ausgezeichnet**. Bitte markieren Sie durch ankreuzen die Prozentzahl, die am ehesten Ihr subjektives Befinden über die letzte Woche hinweg widerspiegelt.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
(ganz schlecht)		←—————→									(ausgezeichnet)

Zum Abschluss möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu einzelnen Verhaltensweisen stellen.

Bitte geben Sie bei den einzelnen Fragen an, ob und wenn ja, wie häufig, sie die einzelnen Verhaltensweisen in der letzten Woche durchgeführt haben.

Während der letzten Woche ...		0	1	2	3	4
1	verletzte ich mich durch schneiden, brennen, würgen etc. selbst	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
2	äußerte ich mich gegenüber anderen, daß ich mich umbringen würde	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
3	machte ich einen Suizidversuch	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
4	hatte ich Fressanfälle	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
5	hatte ich Brechanfälle	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
6	zeigte ich Hochrisikoverhalten, indem ich zu schnell Auto fuhr, auf Hochhäusern herumliefe etc.	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
7	war ich betrunken	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
8	konsumierte ich Drogen	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
9	konsumierte ich Medikamente, die nicht verschrieben waren oder über die verschriebene Dosis hinaus	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
10	hatte ich unkontrollierte Wutausbrüche oder wurde gegenüber anderen handgreiflich	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich
11	hatte ich sexuelle Kontakte, die ich hinterher bereute	gar nicht	1 mal	2 mal	täglich	mehrmals täglich

VIELEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME !

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit!

VI. Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

VII. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Menschen bedanken, die mich bei der Durchführung und Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt haben!

Dabei gilt mein ganz besonderer Dank der Betreuerin meiner Dissertation Frau Prof. Dr. Petra Netter für die gute, umfassende und stets zügige Betreuung, Geduld und Zeit, die sie mir immer entgegenbrachte, sowie für die vielen E-Mails und konstruktiven Gespräche, die wir im Laufe der Jahre führten.

Meinen Wissenschaftlichen Kollegen des Kognitionslabors aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen danke ich für die zahlreichen anregenden Diskussionen und für die Hilfe bei Rekrutierung meiner Versuchspersonen (Dr. Stefanie Lis, Maike Hagenhoff, Nina Haible-Baer, Nele Franzen, Morten Kaletsch, Elisabeth Kulka und Tabea Immerheiser, 2009-2013).

Für die Kontaktvermittlung und damit die Ermöglichung der Versuchspersonen-Rekrutierung an verschiedenen Kliniken möchte ich mich allen voran bei meinem Stiefvater Michael Barz bedanken. Außerdem bedanke ich mich bei Prof. Dr. Gastpar (Fliegener Klinik Berlin), Prof. Dr. Fichter und Prof. Dr. Voderholzer (Schön Klinik Roseneck Prien am Chiemsee), Prof. Dr. Dr. Müller (Vitos Klinik Gießen) und Prof. Dr. Heinz (Charité Berlin).

Nicht zuletzt danke ich allen Teilnehmern dieser Studie für die Zeit, die sie in diese Arbeit investierten und für die Bereitstellung ihrer Testergebnisse.

Eine herausragende Stellung für diese Arbeit nehmen in jeglicher Hinsicht meine Familie (besonders mein Bruder Raphael, sowie meine Schwester Marlen) und meine Freunde ein, die mich jederzeit tatkräftig, moralisch und seelisch unterstützt haben! Nicht nur dafür meinen aller herzlichsten Dank!

Widmen möchte ich diese Arbeit meinen Eltern, ohne deren liebevolle Fürsorge mein Medizinstudium und somit die Erstellung dieser Dissertation nicht möglich gewesen wäre.