

Aus dem Institut für Psychiatrische und Psychosomatische Psychotherapie des
Zentralinstituts für Seelische Gesundheit der Medizinischen Fakultät Mannheim
(Wissenschaftlicher Direktor: Prof. Dr. Martin Bohus)

Subjektive Genesung, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bei ehemali- gen Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung

Eine Untersuchung mit quantitativen und qualitativen Methoden

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum
der
Medizinischen Fakultät Mannheim
der Ruprecht-Karls-Universität
zu
Heidelberg

vorgelegt von
Marie-Luise Zeitler
aus
Geislingen/ Steige
2018

Dekan: Prof. Dr. med. Sergij Goerd
Doktorvater: Prof. Dr. med. Martin Bohus

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung.....	8
2 Theoretischer und empirischer Hintergrund	11
2.1 Borderline Persönlichkeitsstörung	11
2.1.1 Historie.....	11
2.1.2 Diagnose.....	12
2.1.3 Prävalenz	13
2.1.4 Therapie.....	14
2.1.5 Verlauf/ Remission	15
2.2 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.....	19
2.2.1 Definition	20
2.2.2 Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen	21
2.2.3 Lebensqualität bei BPS.....	21
2.3 Genesung.....	22
2.3.1 Definitionen von Genesung bei psychischen Erkrankungen	22
2.3.2 Recovery-Ansätze und Empowerment.....	23
2.3.3 Genesung bei BPS.....	24
3 Ziel der Untersuchung	30
3.1 Fragestellung und Teilfragestellungen	30
3.2 Hypothesen.....	31
4 Untersuchungsmethoden und Messinstrumente.....	32
4.1 Studienteilnehmer und Ablauf der Studie.....	32
4.2 Messinstrumente.....	36
4.2.1 Quantitative Messinstrumente.....	36
4.2.2 Interviewleitfaden	40
4.3 Auswertung	41
4.3.1 Statistische Auswertung.....	41
4.3.2 Auswertung qualitative Interviews	42
5 Ergebnisse.....	43
5.1 Deskriptive Statistiken Gesamtstichprobe	43

5.1.1	Soziodemographische Daten	43
5.1.2	Responder-Analyse.....	44
5.1.3	Symptomatik, Remission, allgemeines Funktionsniveau und Komorbidität.....	44
5.1.4	Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.....	46
5.1.5	Genesung.....	49
5.2	Vergleich unterschiedlicher Genesungskriterien - quantitativ	50
5.2.1	Direkter Vergleich GAF-Kriterium und SWLS-Kriterium	50
5.2.2	Vergleich GAF-Kriterium und SWLS-Kriterium mit relevanten Bereichen von Genesung.....	51
5.3	Gruppenvergleiche und Normwerte - quantitativ	56
5.3.1	Allgemeine Symptombelastung, Komorbidität, Emotionsregulation, soziale Beziehungen, Selbstwert und Körperbild	56
5.3.2	Lebensqualität.....	64
5.3.3	Soziales und berufliches Funktionsniveau	66
5.3.4	Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.....	68
5.3.5	Krankheitswahrnehmung und individuelle Werte	71
5.4	Subjektives Verständnis von Genesung – qualitativ	73
5.4.1	Relevante Kategorien für Genesung	73
5.4.2	Verständnis von Genesung.....	85
5.4.3	Stand der Genesung	88
5.4.4	Zusammenhang zwischen dem Stand der Genesung und dem Verständnis von Genesung.....	88
5.5	Zusammenhang zwischen qualitativen und quantitativen Genesungskriterien	89
5.5.1	Zusammenhang zwischen GAF- und SWLS-Kriterium und dem Stand der Genesung aus den Interviews.....	90
5.5.2	Zusammenhang zwischen dem subjektiven Stand der Genesung aus den Interviews, dem allgemeinen Funktionsniveau, der Lebenszufriedenheit und der aktuellen BPS-Symptomatik	91
5.6	Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit	92

6	Diskussion	94
6.1	Remission und Genesung	94
6.2	Lebensqualität	95
6.3	Berufliches und soziales Funktionsniveau	96
6.4	Lebenszufriedenheit als alternatives Genesungskriterium	98
6.5	Gruppenunterschiede zwischen nicht-remittierten, remittierten und genesenen Probandinnen	100
6.5.1	Allgemeine Symptombelastung, Komorbidität, Emotionsregulation, soziale Beziehungen, Selbstwert und Körperbild	100
6.5.2	Lebensqualität	103
6.5.3	Allgemeines Funktionsniveau	106
6.5.4	Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Therapien	106
6.5.5	Krankheitswahrnehmung und individuelle Werte	108
6.6	Subjektives Verständnis von Genesung	110
6.6.1	Relevante Kategorien für Genesung	110
6.6.2	Verständnis von Genesung	114
6.6.3	Stand der subjektiven Genesung	115
6.6.4	Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Genesung und dem Stand der Genesung	116
6.7	Zusammenhang zwischen der subjektiven Genesung und quantitativen Kriterien zur Operationalisierung von Genesung	117
6.8	Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit	119
6.9	Limitationen	120
6.10	Schlussfolgerungen	121
7	Zusammenfassung	124
8	Literaturverzeichnis	126
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	145
	Eigenanteil an der Datenerhebung und –auswertung	148
	Danksagung	149
	Lebenslauf	150

Abkürzungsverzeichnis

AAQ = Akzeptanz- und Handlungsfragebogen

ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

ALS = Affective Liability Scales

APA = American Psychiatric Association

BDI = Beck-Depression-Inventory

BIS = Barrat-Impulsivity Scale

BPS = Borderline Persönlichkeitsstörung

BSI = Brief-Symptom-Inventory

BSL = Borderline Symptom Liste

CLPS = Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders

DBT = Dialektisch-Behaviorale Therapie

DBT-ACES = DBT - Accepting the Challenges of Exiting the System

DBT-PTSD = DBT der Posttraumatic Stress Disorder

DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale

DES = Dissociative Experience Scale

DIB = Diagnostisches Interview für Borderline Patienten

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EQ = Euro Quality of Life

FDS = Fragebogen zu dissoziativen Symptomen

F-SozU = Fragebogen zur Sozialen Unterstützung

GAF = Global Assessment of Functioning

ICD = International statistical Classification of Diseases and related Health Problems

IES = Impact of Event Scale

IIP = Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme

IPDE = International Personality Disorder Examination

IPQ = Illness Perception Questionnaire

IQ = Intelligenzquotient

LSPD = Longitudinal Study of Personality Disorders

M = Mean

MBSRQ = Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

MBT= Mentalisierungsbasierte Therapie

MSAD = McLean Study for Adult Development

NSSI = Nonsuicidal self-injury

PFB = Partnerschaftsfragebogen

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

PVQ = Portraits Value Questionnaire

RSE = Rosenberg Self-esteem Scale

S. = Seite

SD = Standard Deviation

SF-36 = Short Form 36 Health Survey Questionnaire

SKID = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV

STAXI = State Trait Anger Expression Inventory

SWLS = Satisfaction with Life Scale

USA = United States of America

vgl. = vergleiche

VIF = Varianzinflationsfaktor

WHO = World Health Organization

WHO QOL = World Health Organization Quality of Life

WasU = Wahrgenommene soziale Unterstützung

z. B. = zum Beispiel

1 Einleitung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) geht mit ausgeprägten psychosozialen Funktionseinschränkungen (Skodol et al., 2002) und einer deutlich verringerten Lebensqualität einher (IsHak et al., 2013). Lange Zeit galt sie in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis als quasi unheilbar bzw. als schwer behandelbar. Dieses Bild hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten durch prospektive Längsschnittstudien (Gunderson et al., 2011; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2012) und psychotherapeutische Wirksamkeitsstudien (Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010; Stoffers et al., 2012) gewandelt: Zwar verläuft die Erkrankung individuell sehr unterschiedlich, durch störungsspezifische Therapie kann jedoch auch längerfristig eine deutliche Verbesserung der Symptomatik erreicht werden.

Bei der Untersuchung von Langzeitverläufen psychischer Störungen reicht es nicht aus, allein das Wegfallen einer Diagnose zu betrachten (Ng, Bourke, & Grenyer, 2016). So konnte bei der BPS gezeigt werden, dass bereits das Vorliegen eines einzigen Diagnosekriteriums mit erheblichen Belastungen einhergeht (Zimmerman, Chelminski, Young, Dalrymple, & Martinez, 2012). Neben der Symptomremission rückt daher die Frage nach der vollständigen Genesung („recovery“) in den Vordergrund. Genesung wurde bei der BPS in bisherigen Studien sehr unterschiedlich definiert, wobei vorwiegend Indikatoren der psychosozialen Funktionsfähigkeit als Kriterien angelegt wurden (Alvarez-Tomás et al., 2016; Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012), überwiegend operationalisiert über die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Skala des DSM-IV; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003). Obwohl die GAF-Skala sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung weltweit verbreitet ist, gibt es mehrere Begrenzungen in ihrer Anwendbarkeit (e.g. Gold, 2014). Um eine gute Validität und Reliabilität zu erreichen ist ein geeignetes aufwändiges Training notwendig und in der alltäglichen Praxis ist dies eher selten gewährleistet (Smith et al., 2011; Söderberg, Tungström & Armelius, 2005). Insbesondere wenn die Symptomschwere und die Funktionseinschränkungen sehr unterschiedlich sind, korrelieren die GAF-Werte eher mit der Symptomschwere als mit dem Funktionsniveau. Die Anwendung der GAF wird durch verschiedene Einflussvariablen wie das Hintergrundwissen des Interviewers über den Alltag des befragten Patienten sowie die persönliche Haltung zur GAF konfundiert (Aas, 2014;

Aas, Sonesson, & Torp, 2016; Gold, 2014; Söderberg, Tungström, & Armelius, 2005). Aufgrund dieser zahlreichen Probleme wurde die GAF-Skala aus dem aktuellen DSM-5 herausgenommen, was die Suche nach einem alternativen Kriterium für Genesung umso dringlicher erscheinen lässt.

Um die Perspektive Betroffener direkter erfassen und verstehen zu können werden im Bereich der Therapieforschung zunehmend qualitative Untersuchungen eingesetzt. Dabei steht das Erleben einzelner Befragter im Vordergrund, sodass neue Einsichten in das Handeln, Denken und Fühlen der Betroffenen gewonnen werden können (Flick, 2000; Flick, von Kardorff, & Steinke, 2003). Komplexe Untersuchungsgegenstände wie psychische Störungen können so besser verstanden und quantitative Forschungsansätze sinnvoll ergänzt werden (Östlund, Kidd, Wengström, & Rowa-Dewar, 2011; Shuval et al., 2011).

Bisher wurden zwei qualitative Studien durchgeführt, die Patienten mit einer BPS explizit nach ihrem Verständnis von Genesung („Recovery“) fragten. Katsakou und Kollegen (2012) fanden in ihrer Studie an 48 BPS-Patienten fünf Bereiche, die für die Betroffenen auf deren Weg zur Genesung bedeutsam waren: 1) Aufbau von Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen, 2) Verbesserte Kontrolle von Gefühlen, Stimmung und negativen Gedanken, 3) Verbesserung von sozialen Beziehungen, 4) berufliche Erfolge und einen Arbeitsplatz, 5) Abbau von Suizidalität, Selbstverletzungen und anderen Symptomen. Insgesamt gaben 19% der Befragten in dieser Studie an, gar keinen Fortschritt in den oben genannten Bereichen gemacht zu haben. 38% erlebten ihre Fortschritte als schwankend, 83% hatten das Gefühl, besser mit ihren Problemen umgehen zu können, aber nicht genesen zu sein, und 10% gaben an, genesen zu sein (Katsakou et al., 2012). Alle 12 Befragten in der Studie um Larivière et al. (2015), die ebenfalls Genesung bei Patientinnen mit BPS untersuchte, gaben an, Recovery sei nicht der beste Begriff, um ihre Erfahrungen zu beschreiben - aber alle berichteten über einen allgemeinen Prozess Richtung Stabilität und Zufriedenheit (Larivière et al., 2015). Dieser Prozess beinhaltete persönliche Elemente wie besserer Umgang mit Gefühlen, stärkeres Selbstbewusstsein, Definition des Selbst, Vergangenheitsbewältigung, Hoffnung, eine veränderte Sicht auf das Leben, das Leben in die Hand nehmen und Vertrauen in sich selbst und andere haben, in Bezug auf Umweltfaktoren gesunde Beziehungen haben sowie Elemente im beruflichen

Bereich wie für sich selbst sorgen können, in bedeutungsvolle Aktivitäten eingebunden sein, einen Job haben, ein Projekt durchführen und Verantwortung übernehmen.

Die beiden bisherigen Untersuchungen zu Genesung bei BPS weisen einige Schwächen auf. Inwieweit die genannte subjektive Einschätzung von Recovery mit den DSM-Kriterien oder dem allgemeinen Funktionsniveau übereinstimmte, wurde bisher nicht untersucht. 44% der Betroffenen in der Untersuchung von Katsakou und Kollegen gaben an, dass sich ihre persönliche Zielsetzung von den Zielen in der Therapie unterschied (2012). Aus ihrer Sicht wurden z. B. Probleme mit dem Essverhalten und erlebte Traumatisierungen nur unzureichend behandelt, wohingegen Selbstverletzungen und Beziehungen zu stark im Vordergrund standen. Eine weitere Schwäche der bisherigen qualitativen Studien war die relativ kurze Zeitdauer des Genesungsprozesses. 58% der Befragten in der Studie von Katsakou und Kollegen nahmen erst 0-5 Jahre Leistungen der psychischen Gesundheitsversorgung in Anspruch (mindestens aber vier Monate), nur 9% zwischen 11 und 15 Jahre. Die Probandinnen der Studie um Larivière hatten durchschnittlich ebenfalls erst seit fünf Jahren die Diagnose BPS (Larivière et al., 2015). Die Ergebnisse lassen sich daher nicht ohne weiteres auf einen längeren Krankheitsverlauf übertragen.

Ziel der aktuellen Studie war es, das subjektive Verständnis von Genesung bei Patientinnen mit einer früheren Borderline-Persönlichkeitsstörung nach einem längeren Krankheitsverlauf zu erfassen und genesungsrelevante Bereiche zu identifizieren – sowohl mit qualitativen als auch quantitativen Methoden. Darüber hinaus sollte das Maß der subjektiven Lebenszufriedenheit als alternatives Kriterium zur Messung von Genesung – anstelle des allgemeinen Funktionsniveaus - eingeführt und auf ihre Eignung hierfür überprüft werden.

In einem ersten Schritt wurde daher das bisher am häufigsten verwendete Outcome-Kriterium für Genesung - das allgemeine Funktionsniveau - mit der subjektiven Lebenszufriedenheit als alternativem Kriterium verglichen. Dazu wurde der Zusammenhang beider Kriterien mit der Lebensqualität der Betroffenen sowie mit weiteren Bereichen, die im Zusammenhang mit einer Genesung bei BPS stehen, untersucht. Im zweiten Schritt wurden die Probandinnen nach dem neuen Genesungskriterium in Gruppen von nicht-remittierten, remittierten und genesenen Probandinnen eingeteilt und in Bezug auf ihre aktuelle Symptombelastung,

Komorbidität und das allgemeine soziale und berufliche Funktionsniveau sowie hinsichtlich ihrer Lebensqualität, der Krankheitswahrnehmung und ihrer Werte verglichen. Zusätzlich wurde in diesem Schritt untersucht, inwieweit die Probandinnen Normwerte in den genannten Bereichen erreichten. In einem dritten und vierten Schritt wurde das subjektive Verständnis von Genesung in qualitativen Interviews erfasst und in Zusammenhang mit den bisherigen Ergebnissen gebracht um zu verstehen, inwieweit quantitative Kriterien für Genesung mit dem subjektiven Verständnis von Genesung übereinstimmten. Zuletzt wurden Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit untersucht.

2 Theoretischer und empirischer Hintergrund

2.1 Borderline Persönlichkeitsstörung

2.1.1 Historie

Adolph Stern prägte erstmals den heutigen Begriff „Borderline“. Er beschrieb 1938 eine Gruppe von Symptomen, die er „borderline group“ nannte. Die Bezeichnung beruhte auf dem damals vorherrschenden psychoanalytischen Verständnis, dass es einen Grenzbereich zwischen Neurosen und Psychosen gibt. Patienten mit Neurosen sprachen gut auf eine psychoanalytische Behandlung an, wohingegen Patienten mit Psychosen als nicht behandelbar galten. Patienten, die dem Grenzbereich zwischen beiden Störungsbereichen zugeordnet wurden, zeigten Symptome aus beiden Bereichen oder wechselten von einer Seite auf die andere. Eine BPS wurde vor diesem Hintergrund lange Zeit als schwierig bis gar nicht behandelbar angesehen (Stern, 1938). Die in den 60er Jahren veröffentlichte Arbeit von Otto Kernberg zur „Borderline Personality Organization“ (1967) beruhte auf einem systemischen Verständnis und genetisch-entwicklungspsychologischen Vorstellungen und postulierte eine unreife Ich-Identität bei Betroffenen, die durch Störungen in der Entwicklung entstehen. Die damit beschriebene Identitätsstörung ist bis heute Teil der Diagnosekriterien einer BPS.

1980 wurde die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung erstmals in das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA) aufgenommen (American Psychiatric Association, 1980).

Vorausgegangen waren Untersuchungen um Gunderson und Mitarbeiter zur Operationalisierung der Borderline Persönlichkeitsstörung, *unabhängig* von theoretischen Konzepten (Gunderson & Singer, 1975). Dies ermöglichte die Entwicklung standardisierter Diagnoseinstrumente und damit die Messung von Veränderungen im Verlauf der Störung – eine notwendige Voraussetzung zur Untersuchung der Wirksamkeit spezifischer Therapien. Gunderson et al. ermittelten in Faktorenanalysen sieben spezifische Kriterien für eine BPS (Gunderson & Kolb, 1978), die zusammen mit dem Kriterium der Identitätsstörung nach Kernberg (Spitzer, Endicott, & Gibbon, 1979) die Grundlage der acht Diagnosekriterien für eine BPS im DSM-III bildeten (American Psychiatric Association, 1980). Mit der Einführung des DSM-IV kam 1994 noch ein neuntes Kriterium hinzu, nämlich „vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ (American Psychiatric Association, 1994).

2.1.2 Diagnose

Für das Vorliegen der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) muss zunächst das allgemeine Kriterium für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Dazu gehört „ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht“ und bis ins frühe Erwachsenenalter oder die Adoleszenz zurückzuführen ist. Dieses Muster muss sich in zwei Bereichen auswirken (Kognition, Affektivität, zwischenmenschliche Beziehungen oder Impulskontrolle), muss zu Leiden oder Beeinträchtigungen führen und lang andauernd sein. Eine BPS ist nach aktuellem Verständnis durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität im Selbstbild, in den Gefühlen und in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie eine deutliche Impulsivität gekennzeichnet. Zu den neun Symptomen einer BPS zählen: 1) ein verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen-Werden zu vermeiden, 2) ein Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Entwertung in Beziehungen, 3) eine Identitätsstörung, 4) Impulsivität in Verbindung mit selbstschädigendem Verhalten, 5) Suizidalität oder Suiziddrohungen, 6) Stimmungsschwankungen, 7) ein chronisches Leeregefühl, 8) unkontrollierbare Wut und andauernder Ärger sowie 9) vorübergehende dissoziative

Symptome oder paranoide Vorstellungen, die unter Belastung auftreten. Für die Diagnosestellung müssen fünf dieser neun Kriterien erfüllt sein.

Laut ICD-10, dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, 2011), ist der Borderline-Typus eine von zwei Unterformen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.31), wobei die sozialen Beziehungen und das Selbstbild noch stärker beeinträchtigt sind als beim impulsiven Typus. Es müssen ebenfalls zunächst die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein („deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen“, die stabil sind und sich auf „vielfältige Bereiche des Verhaltens“ beziehen sowie „Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils“ sind und „persönliches Leiden“ auslösen).

Für eine standardisierte Diagnostik nach DSM-5 oder ICD-10 wird in der Regel das IPDE (International Personality Disorder Examination) angewendet, ein Interview zur operationalisierten Abfrage der neun BPS-Kriterien (Loranger, 1999). Ein weiteres gängiges standardisiertes Diagnoseinstrument ist das Diagnostische Interview für Borderline Patienten (DIB), das heute in einer revidierten Fassung vorliegt, dem DIB-R (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989). Insgesamt können auf diesem Instrument zehn Punkte vergeben werden, ein Wert ab acht Punkten gilt als Cut-off für das Vorliegen einer BPS. Zur Erfassung des Schweregrades der BPS-Symptomatik wurde die Borderline Symptom Liste (BSL) als störungsspezifisches Selbstbeurteilungsinstrument entwickelt, die sowohl in einer langen (BSL-95) als auch in einer kurzen Version vorliegt (BSL-23) (Bohus et al., 2009; Bohus, Limberger, Sender, Gratwohl, & Stieglitz, 2001).

2.1.3 Prävalenz

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung tritt mit einer Lebenszeit-Prävalenz von etwa 2,7% auf (Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010) und ist damit eine relativ häufige psychische Erkrankung. Sie ist zudem mit einer starken Inanspruchnahme des Gesundheitssystems verbunden (Frankenburg & Zanarini, 2004) - etwa 80% der Betroffenen suchen therapeutische Hilfe. BPS-Patienten nehmen mehr Therapien in Anspruch als Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung oder als Patienten mit Depressionen (Ansell, Sanislow, McGlashan, & Grilo, 2007). Dies gilt sowohl für

psychiatrische Behandlungen als auch für Psychotherapien (Bender et al., 2001). BPS-Patienten machen etwa 15% der stationären Patienten und 50% der stationären Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung aus (Widiger & Weissman, 1991) und etwa 9% der ambulanten (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Das hohe Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen des Gesundheitssystems geht mit hohen direkten und indirekten Krankheitskosten einher (Van Asselt, Dirksen, Arntz, & Severens, 2007; Wagner et al., 2014).

Die Ergebnisse zu Geschlechterunterschieden in der Prävalenz bei BPS sind bisher nach wie vor nicht eindeutig. Epidemiologische Studien in Amerika und Norwegen fanden keine Geschlechterunterschiede (Grant et al., 2008; Lenzenweger & Willett, 2007; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), wohingegen eine andere epidemiologische Studie zeigte, dass Frauen signifikant häufiger von einer BPS betroffen sind als Männer (Trull et al., 2010). Im klinischen Alltag hingegen sind Frauen deutlich stärker vertreten als Männer.

Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen in Bezug auf die BPS-Symptomatik im Vergleich zu Männern häufiger Identitätsstörungen (Johnson et al., 2003). In Bezug auf komorbide Störungen erfüllen Männer häufiger die Kriterien für komorbide Abhängigkeitserkrankungen und komorbide schizotypische, narzisstische und antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Frauen hingegen leiden häufiger unter komorbiden affektiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (Banzhaf et al., 2012; Johnson et al., 2003; Tadic et al., 2009). Einige der Geschlechterunterschiede finden sich allerdings auch in der allgemeinen Bevölkerung, sogar stärker als bei BPS-Patienten. Insgesamt scheinen sich daher Geschlechterunterschiede im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei Betroffenen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eher zu verringern (Silberschmidt, Lee, Zanarini, & Schulz, 2015). Die Ergebnisse weisen daher insgesamt darauf hin, dass es keine bedeutenden Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit oder dem Erscheinungsbild der BPS gibt.

2.1.4 Therapie

Marsha Linehan entwickelte in den 80er Jahren das erste und heute führende spezifische Behandlungskonzept für BPS, die Dialektisch Behaviorale Therapie

(DBT) – ursprünglich für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS (1987). Die DBT basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie und beinhaltet darüber hinaus auch Elemente aus anderen Therapierichtungen sowie achtsamkeitsbasierte Techniken, die dem Zen-Buddhismus entstammen. Sie besteht aus Einzeltherapie, Fertigkeiten-training in der Gruppe, Telefonberatung und Supervision (Bohus, 2002). In einer ersten Behandlungsphase (nach einer Vorbereitungsstufe zur Psychoedukation und zur Klärung der Behandlungsziele) werden in der Einzeltherapie zunächst Problem-bereiche bearbeitet, die sich auf Verhaltensweisen beziehen, die potentiell lebensgefährlich sind, die Lebensqualität stark beeinträchtigen oder die Therapie gefährden (Bohus, 2002). In der zweiten Behandlungsphase geht es um die Folgen traumatischer Erfahrungen (Bohus, 2002). Das Fertigkeitentraining oder Skillstraining in der Gruppe besteht aus den fünf Modulen 1) Achtsamkeit, 2) Stresstoleranz, 3) Umgang mit Gefühlen, 4) zwischenmenschliche Fertigkeiten und 5) Selbstwert (Bohus & Wolf, 2009, 2013). Weiterentwicklungen der DBT bestehen laut Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e.V. für die Themen Sucht (DBT-S), Trauma (DBT-PTSD) und Essstörungen (DBT-E) sowie für spezifische Gruppen wie Adoleszente (DBT-A), Patienten bei geistiger Behinderung, für Angehörige und Betroffene und für forensische Bedingungen (DBT-F) sowie ein Zusatzmodul für die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit und den Aufbau sozialer Netzwerke außerhalb des therapeutischen Versorgungssystems nach Abschluss der Akutbehandlung (DBT-ACES). Die Wirksamkeit der DBT auf die Symptomschwere ist durch mehrere kontrollierte Studien gut belegt (Kliem et al., 2010; Stoffers et al., 2012). Eine Behandlung mit DBT führt darüber hinaus auch zu einer Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus (Wilks, Korslund, Hamed & Linehan, 2016).

2.1.5 Verlauf/ Remission

Zu Beginn der wissenschaftlichen Untersuchung der Borderline-Persönlichkeitsstörung galt diese als schwere chronische psychische Erkrankung mit geringer Aussicht auf eine Verbesserung. Ältere Studien zum Kurzzeit-Verlauf von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in den 60er- und 70er-Jahren zeigten keine oder nur sehr geringe Veränderungen in der BPS-Symptomatik sowie ein geringes berufliches und soziales Funktionsniveau (Carpenter & Gunderson, 1977; Grinker, Werble, & Drye, 1968). Diese Studien weisen aber verschiedene methodische

Probleme auf wie geringe Stichprobengrößen, geringe Rücklaufquoten zum Follow-Up-Zeitpunkt oder nicht-standardisierte Diagnosen. Die ersten Langzeitverlaufsstudien zu BPS in den 80er-Jahren waren ebenfalls in der Regel retrospektive Studien, für die die Diagnosen aus Krankenakten im Nachhinein gestellt wurden (McGlashan, 1986; Paris, Brown, & Nowlis, 1987; Plakun, Burkhardt, & Muller, 1985; Stone, 1990). Es zeigte sich bereits in diesen Studien, dass der Langzeitverlauf entgegen der bisherigen Annahmen deutlich besser ausfiel als der Kurzzeitverlauf. Eine weitere Langzeitstudie fand nach 27 Jahren sogar eine Remissionsrate von 92% nach DIB-R (Paris & Zweig-Frank, 2001). Die BPS-Symptomatik verbesserte sich deutlich, allerdings war das Funktionsniveau der untersuchten Patienten weiterhin beeinträchtigt. Des Weiteren war die Suizidrate mit 8,8% (Stone, 1990) bzw. 10,3% (Paris & Zweig-Frank, 2001) sehr hoch.

Zwei prospektive Langzeitstudien in den USA, die Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders (CLPS) sowie die McLean Study for Adult Development (MSAD), zeigten ebenfalls, dass der Verlauf einer Borderline-Persönlichkeitsstörung insgesamt sehr viel besser ausfiel als ursprünglich erwartet (Gunderson et al., 2011; Zanarini, Temes, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2018). 99% der zum Follow-Up-Zeitpunkt nochmal untersuchten Patienten der MSAD erreichten innerhalb von 16 Jahren eine 2-Jahres-Remission ihrer BPS-Symptomatik (kumulativ), definiert über ein Wegfallen der Diagnosekriterien (weniger als fünf BPS-Kriterien). 78% erreichten sogar eine 8-Jahres-Remission (Zanarini et al., 2012). In der CLPS erreichten 91% der nochmals untersuchten Probanden innerhalb von 10 Jahren eine zwei Monate andauernde Remission (kumulativ), definiert über das Vorliegen von nur zwei oder weniger BPS-Kriterien. 85% erreichten eine 12 Monate andauernde Remission (Gunderson et al., 2011). Die Rückfallraten nach einer einmal erreichten Remission sind mit 36% nach einer 2-Jahres-Remission und 10% nach einer 8-Jahres-Remission innerhalb von 16 Jahren bzw. 11% nach einer 12 Monate andauernden Remission und 21% nach einer zwei Monate andauernden Remission innerhalb von 10 Jahren gering (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012). Das allgemeine Funktionsniveau verbesserte sich in diesen Studien ebenfalls leicht, allerdings blieben deutliche Beeinträchtigungen bestehen. Die Suizidraten waren mit 4,5% in der MSAD nach 16 Jahren (bei einer Mortalitätsrate von 9,0%) und 0,6% in der CLPS nach 10 Jahren (Mortalitätsrate: 3,4%) deutlich geringer als in den bisherigen

Verlaufsstudien, die eine Suizidrate zwischen acht und zehn Prozent fanden (McGlashan, 1986; Paris et al., 1987; Stone, 1990). Die Ergebnisse beider Langzeitverlaufsstudien zeigten neben den positiven Remissionsraten aber auch, dass eine BPS insgesamt langsamer remittiert als andere Persönlichkeitsstörungen und langsamer als Depressionen (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012).

Weitere Untersuchungsergebnisse zum Verlauf der BPS waren nicht ganz so positiv wie die der amerikanischen Studien: Eine epidemiologische prospektive Langzeitstudie in den USA zur Untersuchung des Risikos für Persönlichkeitsstörungen an Studenten, die Longitudinal Study of Personality Disorders (LSPD), zeigte zwar ebenfalls eine Veränderung der dimensionalen Persönlichkeitsmerkmale für eine BPS mit der Zeit. Allerdings fanden sich keine großen Effektstärken für diese Veränderung und die individuellen Unterschiede blieben mit der Zeit relativ stabil (Lenzenweger, 1999; Lenzenweger & Willett, 2007). In einer neueren europäischen prospektiven Studie erreichten nach 10 Jahren nur 55% der Patienten eine Symptomremission (weniger als fünf Kriterien plus DIB-R größer als sechs) in den zwei vorausgegangenen Jahren (Alvarez-Tomás et al., 2016). Die Suizidrate lag bei 7,8% und damit deutlich höher als in den amerikanischen Langzeitverlaufsstudien.

Die einzelnen Symptome der BPS fluktuieren im Verlauf, gehen aber insgesamt alle mit der Zeit zurück. Remissionen und ein Wiederauftreten von einzelnen Symptomen sind häufig. Kumulative 2-Jahres-Remissionsraten von 24 unterschiedlichen Symptomen der BPS innerhalb von 16 Jahren reichten von 62% bis zu 100% (Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2016). Die Wiederauftretenshäufigkeiten dieser Symptome lagen zwischen 30% und 98%. Eine Vergleich von akuten und weniger akuten Symptomen (vergleichbar mit der Einteilung in eine Positiv- und Negativsymptomatik bei einer Schizophrenie) zeigte in der MSAD, dass akute Symptome wie Selbstverletzungen und Suizidalität schneller remittierten als weniger akute Symptome wie chronischer Ärger (Zanarini et al., 2016). Linehan spricht in diesem Zusammenhang von einem Kernbestandteil einer BPS, der eher wie eine Charaktereigenschaft zu verstehen ist und der sich daher weniger stark verändert. Sie beschreibt diesen als emotionale Hyperreagibilität und eine damit verbundene langsame Rückkehr zum Normalzustand bei Emotionen (Linehan, 1993). Der Befund aus der MSAD konnte bisher aber nicht repliziert werden. In der CLPS gingen alle

neun BPS-Kriterien innerhalb von 10 Jahren ähnlich stark zurück (Gunderson et al., 2011). Affektive Instabilität blieb dabei das stabilste Kriterium mit einer Auftretenshäufigkeit von etwa 35% nach 10 Jahren.

Eine Querschnittsstudie zum Vergleich von vier verschiedenen Alterskohorten von BPS-Patienten ergab ein geringeres Level an Impulsivität im höheren Alter auf der einen Seite, auf der anderen Seite ein Fortbestehen von subsyndromaler BPS-Symptomatik, vor allem ein weiterbestehender negativer Affekt (Arens et al., 2013). Eine weitere Querschnittsstudie ergab eine Verringerung der affektiven Instabilität mit dem Alter (Santangelo et al., 2018).

Prädiktoren für eine schnellere Remission innerhalb von 10 Jahren waren in der MSAD ein jüngeres Alter bei der Ersterkrankung, eine stabile berufliche Tätigkeit oder ein gutes Funktionieren in der Schule vor der ersten Erkrankung, kein sexueller Missbrauch in der Kindheit, keine Substanzabhängigkeiten in der Familie, keine Persönlichkeitsmerkmale aus dem Bereich der ängstlichen Persönlichkeitsstörungen (vermeidende, dependente oder zwanghafte Persönlichkeitsstörung), sowie günstige Persönlichkeitseigenschaften im Sinne einer hohen Verträglichkeit und geringer Neurotizismuswerte (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006).

In Fallstudien an remittierten Patienten fanden Gunderson und Kollegen (2003) außerdem weitere Determinanten für eine Remission der BPS: Remission von Achse-I-Störungen, Veränderungen der sozialen Situation (z. B. bei schwierigen Beziehungen), Fehldiagnose bei Behandlungsbeginn und Therapie (Gunderson et al., 2003). Prädiktoren für suizidales Verhalten und Suizidversuche sind affektive Instabilität (Yen et al., 2004) sowie Substanzmissbrauch, posttraumatische Belastungsstörung, Selbstverletzungen, sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter, Suizid einer Bezugsperson, schwere Dissoziationen und eine komorbide depressive Störung (Wedig et al., 2012; Yen et al., 2003).

Für die Vergleichbarkeit der bisherigen Studienergebnisse ist es problematisch, dass es bisher keine einheitliche Definition von Remission bei BPS gibt. Gunderson und Kollegen legten zu Beginn der CLPS ein Kriterium fest, das sich an Langzeitstudien zum Verlauf von Depressionen orientierte. Remission wurde hierbei definiert als das Vorliegen von zwei BPS-Kriterien oder weniger an zwei aufeinanderfolgenden

Monaten (Gunderson et al., 2000). Zum Vergleich und für eine höhere klinische Relevanz wählten sie ein zusätzliches Remissionskriterium, das sich auf einen Zeitraum von 12 Monaten bezog. Zanarini und Kollegen wählten für die McLean Studie ein weniger strenges Kriterium was die Anzahl der BPS-Kriterien angeht – es musste nur die Diagnose nicht mehr erfüllt sein, d. h. es mussten weniger als fünf Kriterien erfüllt sein (Zanarini et al., 2012). Andererseits wählten sie einen längeren Zeitraum, in der die Remission anhalten sollte, nämlich zwei Jahre. Die spanische Studie (Alvarez-Tomás et al., 2016) wählte zusätzlich zum Wegfallen der Diagnose nach dem SKID-II noch einen Cut-Off-Wert auf dem DIB-R (<6)¹ in den zwei Jahren vor dem Follow-Up Zeitpunkt. In der klinischen Praxis wird ebenfalls kein einheitliches Kriterium für Remission verwendet, so dass auch verschiedene Therapiestudien nur schwer verglichen werden können. Die Tatsache, dass beide Langzeitstudien zudem ausschließlich kumulative Remissionsraten berichten, erschwert die Vergleichbarkeit mit der europäischen Studie, die eine nicht-kumulative Remissionsrate nach 10 Jahren angibt. Die nicht-kumulative Häufigkeit von Remissionen nach 10 bzw. 16 Jahren berichten die Autoren der CLPS und der MSAD nicht.

Abgesehen von unterschiedlichen Definitionen einer Symptomremission bei BPS fehlt darüber hinaus auch ein einheitliches Outcome-Kriterium für den Verlauf. Da eine Symptomremission alleine nicht ausreichend ist, um eine Verbesserung des Gesamtzustandes zu erfassen, werden für eine höhere klinische Relevanz in der Regel weitere Kriterien hinzugenommen. Diese sind in der Literatur ebenfalls sehr unterschiedlich und beinhalten oftmals das soziale und berufliche Funktionsniveau, aber auch immer häufiger die subjektive Lebensqualität.

2.2 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Die subjektive Lebensqualität ist seit vielen Jahren eines der bedeutendsten Konstrukte, wenn es um das Wohlbefinden und die subjektive Erlebenswelt von Menschen geht. Lebensqualität setzt sich zusammen aus objektiven Lebensbedingungen eines Menschen und dem subjektiven Wohlbefinden, wobei Begriffe wie Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück oft synonym verwendet werden (Heidl, Landenberger, & Jahn, 2012). Lebenszufriedenheit wird dabei in der Regel als ein

¹ Laut Testmanual liegt erst ab einem Wert von 8 eine BPS vor (Zanarini et al., 1989)

Teil der allgemeinen Lebensqualität verstanden und beinhaltet die individuelle kognitive Bewertung der eigenen Lebenssituation als Teil des subjektiven Wohlbefindens (Diener, Suh, Lucas, & Schmith, 1999; Schäfers, 2008), siehe Abbildung 1.

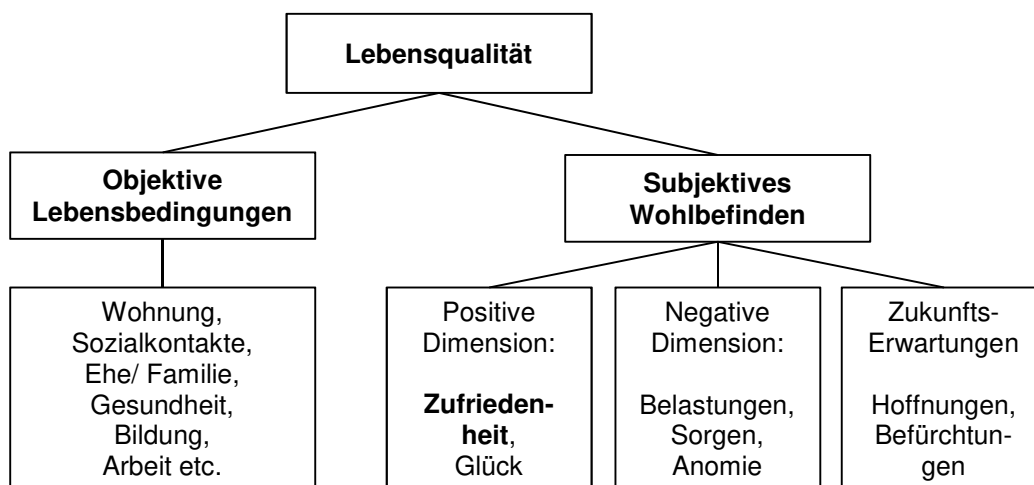


Abbildung 1: Lebensqualität in der Konzeption nach Schäfers (2008)²

2.2.1 Definition

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Lebensqualität als „die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (WHOQOL Group, 1993). Einflussfaktoren auf die Lebensqualität in der Allgemeinbevölkerung waren in einer großen repräsentativen Untersuchung in Deutschland der psychische und physische Gesundheitszustand sowie der Erwerbsstatus (Heidl et al., 2012).

Bei der Untersuchung des Einflusses objektiver Bedingungen auf die subjektive Lebensqualität ist aus verschiedenen Forschungsbereichen das sog. Lebensqualitätsparadox bekannt, d. h. objektive Lebensbedingungen wirkten sich nur teilweise auf die Zufriedenheit bzw. die Lebensqualität aus. So gaben beispielsweise remittierte Krebspatienten im Durchschnitt eine höhere subjektive Lebensqualität an als Gesunde (Henrich & Herschbach, 2000). Aus der Forschung zu subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten zeigte sich ebenso, dass es keinen linearen Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und der subjektiven

² Anomie bedeutet in diesem Zusammenhang: Entfremdung; Gefühle der Isolation, Ohnmacht, Sinnlosigkeit

Bewertung durch die Betroffenen gab (Franz, 2006). Daher sollte Psychotherapieforschung zusätzlich zu einer Symptomverbesserung das subjektive Wohlbefinden von Patienten in den Vordergrund rücken (K. M. Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer, & Tyrer, 2010; Gratz & Trull, 2011; Keyes, 2005; McMMain, Guimond, Streiner, Cardish, & Links, 2012; Slade, 2010).

2.2.2 Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Psychosen wirkten sich besonders negativ auf die subjektive Lebensqualität aus (Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Antikainen, Hintikka, & Viinamäki, 1999). So gaben psychisch Kranke oft eine ähnliche oder sogar niedrigere Lebensqualität an als Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Parkinson oder als HIV-Infizierte (Henrich & Herschbach, 2000; Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2008).

2.2.3 Lebensqualität bei BPS

Zahlreiche bisherige Studien zeigten eine reduzierte Lebensqualität bei Betroffenen mit einer BPS (IsHak et al., 2013), allerdings gibt es wenig Vergleiche zur Allgemeinbevölkerung. Eine Studie ergab eine deutlich reduzierte Lebensqualität für BPS-Patienten in psychiatrischen Kliniken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Schweden (Perseius, Andersson, Asberg, & Samuelsson, 2006). Die verminderte Lebensqualität war unabhängig von komorbiden psychischen Erkrankungen der Achse-I, was bedeutet, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung an sich ein Einflussfaktor auf eine eingeschränkte Lebensqualität war (Perseius et al., 2006). Die Schwere der Persönlichkeitsstörung scheint ein stärkerer Prädiktor für eine eingeschränkte Lebensqualität zu sein als soziodemographische Variablen, die physische Gesundheit oder komorbide Achse-I-Störungen (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2006). Cramer und Kollegen (2006) fanden, dass BPS-Patienten (gemeinsam mit Patienten mit vermeidender, schizotypischer, paranoider oder schizoider Persönlichkeitsstörung) die stärksten Beeinträchtigungen der Lebensqualität im Vergleich zu Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen hatten (histrionisch, zwanghaft, passiv-aggressiv oder sadistisch). Soeteman und Kollegen (2008) fanden hingegen, dass die Anzahl der Persönlichkeitsstörungen, nicht der Persönlichkeitstyp, entscheidend war für die Einschränkungen in der Lebensqualität

(Soeteman et al., 2008). Eine Studie zu Geschlechterunterschieden zeigte, dass Frauen in den Bereichen emotionale und soziale Rollenfunktion sowie im Bereich psychische Gesundheit des SF-36 schlechtere Werte aufwiesen als Männer mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (McCormick et al., 2007).

Die Lebensqualität bei BPS war in den bisherigen Studien nicht nur eingeschränkt im Bereich der psychischen Lebensqualität und im sozialen Bereich, sondern auch im physischen und im Bereich Umwelt (IsHak et al., 2013). Eine Studie von Rüscher und Kollegen (2007) zeigte einen Zusammenhang zwischen Scham, geringerem Selbstwert, stärkerem Ärger und Feindseligkeit und einer geringeren Lebensqualität.

Therapiestudien zu BPS zeigen zwar einen positiven Effekt auf die Lebensqualität zusätzlich zu einer Symptomverbesserung (IsHak et al., 2013), allerdings gibt es bisher keine Daten zur Lebensqualität bei BPS-Patienten im Langzeitverlauf. Des Weiteren gibt es kein spezifisches Messinstrument für die Lebensqualität bei BPS, so dass in verschiedenen Studien unterschiedliche Instrumente eingesetzt wurden. Dies erschwert die Interpretation der Ergebnisse und deren Vergleichbarkeit. Es ist daher unklar, welches Messinstrument zur Untersuchung der subjektiven Lebensqualität bei BPS am besten geeignet ist.

2.3 Genesung

Aufgrund der positiven Ergebnisse im Langzeitverlauf und zur Behandelbarkeit einer BPS entstand eine Diskussion über eine mögliche „Recovery“, also Genesung, von einer BPS. Bisher gibt es allerdings noch kein einheitliches Verständnis darüber, was Genesung bei einer BPS bedeutet bzw. welches Kriterium zur Erfassung einer Genesung verwendet werden sollte oder könnte.

2.3.1 Definitionen von Genesung bei psychischen Erkrankungen

Es gibt in der Literatur sehr unterschiedliche Definitionen von Genesung („Recovery“) (Slade et al., 2012). Die häufigste Unterscheidung ist dabei die in eine klinische und eine soziale Genesung (Slade, 2009). Unter klinischer Genesung wird dabei eine Rückkehr zur Normalität bzw. eine vollständige Symptomremission verstanden, unter sozialer Genesung die Fähigkeit zur Voll- oder Teilzeitberufstätigkeit bzw. die Fähigkeit zu einem unabhängigen Leben. Auch Behandler haben unterschiedliche

Vorstellungen von Genesung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Donald und Kollegen (2017) fanden in Interviews mit 16 Behandlern aus verschiedenen Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Ärzte und Psychologen) drei verschiedene Sichtweisen auf Genesung (Donald, Duff, Lawrence, Broadbear, & Rao, 2017). Die Befragten verstanden darunter entweder 1. einen Weg zu einem zufriedenstellenden und bedeutungsvollen Leben, oder 2. einen anderen Umgang mit sich selbst zu finden oder 3. eine Symptomremission sowie ein verbessertes psychosoziales Funktionsniveau zu erreichen.

Davidson und Kollegen orientierten sich bei der Suche nach einer Definition von Genesung („Recovery“) an einem amerikanischen Wörterbuch und fanden dabei vier unterschiedliche Definitionen, die auch für das Verständnis bei psychischen Erkrankungen relevant sein können (L. Davidson, Lawless, & Leary, 2005), Übersetzung nach Amering & Schmolke (2012):

- 1) Rückkehr zum Normalzustand (vergleichbar mit körperlichen Erkrankungen)
- 2) Ein Vorgang, eine Periode, ein Prozess (Integration der Erfahrungen durch eine Erkrankung in das Selbstbild und die Sicht auf die Welt, wie bei Traumatisierungen)
- 3) Wiederherstellung und Gewinn (sich selbst verstehen, Kontrolle über das eigene Leben als zentrales Ziel, trotz bestehender Anfälligkeit für Erkrankung und möglichen Rückfällen, wie bei einer Suchterkrankung)
- 4) Ein Vorgang, bei dem nützliche Inhalte aus an sich unnützen Quellen gewonnen werden (erfolgreiches, sinnerfülltes Leben trotz bestehender Symptome, ähnlich wie bei Behinderungen; evtl. sogar Verbesserung des Lebens durch Bewältigung der Erkrankung, Bereicherung, Besonderheit durch bestimmte Symptome)

Alle genannten Definitionen machen dabei deutlich, dass es bei Genesung um einen individuellen Prozess geht, der nicht für alle einheitlich definiert werden kann.

2.3.2 Recovery-Ansätze und Empowerment

Recovery-Ansätze von Betroffenen mit psychiatrischen Langzeitstörungen fordern eine patientenorientiertere Sichtweise einer individuellen Genesung, die der vierten Definition entspricht und stellen damit die Orientierung am Funktionsniveau sowie an

einer Symptomremission als Kriterium für Genesung infrage. Diese weiter gefasste Sichtweise von Genesung entspricht der Definition von William Anthony (1993), der unter Genesung „ein befriedigendes, aktives und hoffnungsvolles Leben auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung“ versteht (Übersetzung nach Amering und Schmolke, 2012, S. 38). Es geht dabei um die „Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychiatrischen Erkrankung hinauswächst“ (Amering und Schmolke, 2012, S. 38). Neben Hoffnung auf Veränderung scheint es zentral für eine mögliche Genesung zu sein, Einfluss auf die eigene Erkrankung und die Lebensgestaltung zu gewinnen. In diesem Zusammenhang hat sich der Begriff „Empowerment“ etabliert und zu einer Bewegung geführt, die sich für eine Implementierung dieser Erkenntnisse in der psychiatrischen Versorgung einsetzen (Nehls, 2000; Onken, Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002; Slade, 2010), um eine individuelle Genesung zu ermöglichen.

Onken und Kollegen (2002) fanden in einer qualitativen Untersuchung zu Genesung bei psychischen Erkrankungen folgende Bereiche, die für den Genesungsprozess bedeutend sind: grundlegende materielle Ressourcen, Faktoren innerhalb der Person, Hoffnung/ Bedeutung/ Ziele, Wahlmöglichkeiten, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, bedeutungsvolle Aktivitäten, Unterstützung durch andere Betroffene, Behandlungsmöglichkeiten und Behandler. Alle Faktoren können je nach Ausprägung sowohl unterstützende als auch hinderliche Wirkung haben.

2.3.3 Genesung bei BPS

Bisher gibt es in der Untersuchung von Genesung bei BPS zwei unterschiedliche Ausrichtungen in Abhängigkeit von der jeweiligen Untersuchungsmethode. Genesung wird im Bereich der quantitativen Forschung in der Regel mit objektiven Kriterien operationalisiert - Erkenntnisse aus der Empowerment-Bewegung zu einem individuelleren Verständnis von Genesung werden so nicht mit einbezogen. Einige wenige qualitative Studien untersuchen hingegen das individuelle Verständnis der Betroffenen von Genesung. Wie bei einer Remission fehlt auch bei der Erforschung von Genesung eine einheitliche Definition davon, was darunter in Bezug auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu verstehen ist (McCusker, Turner, Pike, & Startup, 2018).

I. Genesung nach bisherigen quantitativen Kriterien

Die bisherigen Definitionen von Genesung bei einer BPS beinhalten in der Regel zusätzlich zur Symptomremission das allgemeine Funktionsniveau von Betroffenen in Form einer Fremdbeurteilung als Kriterium für eine allgemeine Verbesserung (überwiegend gemessen mit der GAF-Skala). Beide Langzeitverlaufsstudien zu BPS verwenden dieses Kriterium, allerdings definieren sie die Höhe des Funktionsniveaus, das für eine Genesung erreicht werden muss, unterschiedlich (60 vs. 70) – auch weil es für die GAF weder Normwerte noch einen definierten Cut-Off-Wert für ein gesundes Funktionsniveau gibt. In der McLean-Studie mussten die Patienten zusätzlich zu einem GAF-Wert über 60 und einer Symptomremission noch eine verlässliche Beziehung zu einem engen Freund oder einem Partner haben sowie einer Vollzeittätigkeit nachgehen (Hausfrauen eingeschlossen), um eine gute Genesung zu erreichen. Für eine exzellente Genesung mussten zusätzlich zu diesen Kriterien eine Remission der komorbiden Achse-I-Störungen vorliegen und ein GAF-Wert über 70 statt über 60 (Zanarini et al., 2018). Innerhalb von 20 Jahren erreichten nach diesen Kriterien 59% der zu diesem Zeitpunkt untersuchten Patienten eine gute Genesung (kumulativ), die mindestens zwei Jahre anhielt, 39% erreichten eine exzellente Genesung. Innerhalb von 16 Jahren erreichten 40% eine gute Genesung, die acht Jahre anhielt (Zanarini et al., 2012). Eine einmal erreichte Genesung war relativ stabil: 44% der Patienten mit einer zwei Jahre dauernden Genesung innerhalb von 16 Jahren verloren diese wieder, und nur 20% mit einer acht Jahre dauernden Genesung (Zanarini et al., 2012). In der CPLS erreichten 21% der untersuchten Patienten während eines 10-Jahres-Zeitraums ein gutes Allgemeines Funktionsniveau ($GAF > 70$), das mindestens zwei Monate anhielt (Gunderson et al., 2011).

BPS-Patienten hatten damit in der CLPS insgesamt deutlich stärkere psychosoziale Funktionseinschränkungen als Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder mit Depressionen, insbesondere was Berufstätigkeit, soziale Beziehungen und Freizeitaktivitäten angeht (Skodol et al., 2002). Eine neuere Studie aus Dänemark zeigte, dass Patienten mit BPS neun Jahre nach ihrer Erstdiagnose mit geringerer Wahrscheinlichkeit arbeiteten als Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Hastrup, Kongerslev, & Simonsen, 2018). Sie erreichten außerdem weniger häufig

eine Genesung als Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen in der MSAD (Zanarini et al., 2012) und als depressive in der CLPS (Gunderson et al., 2011).

In der MSAD wurden nach 10 bzw. 16 Jahren diejenigen Patienten, die innerhalb dieses Zeitraums eine Genesung erreicht hatten mit denen verglichen, die keine Genesung erreicht hatten. Patienten, die mindestens einmal als genesen klassifiziert worden waren, waren häufiger verheiratet und hatten häufiger selbst Kinder oder erzogen Kinder. Probandinnen, die innerhalb von 10 Jahren nie eine Genesung erreichten, waren anfälliger für körperliche Erkrankungen und medizinische Probleme (Keuroghlian, Frankenburg, & Zanarini, 2013; Niesten, Karan, Frankenburg, Fitzmaurice, & Zanarini, 2014). Nicht-Genesene Patienten hatten zudem eine geringere Schlafqualität als genesene (Plante, Frankenburg, Fitzmaurice, & Zanarini, 2013), stärkere dysphorische affektive und kognitive Zustände (Reed, Fitzmaurice, & Zanarini, 2013), sowie größere Probleme mit sexuellen Beziehungen wie Vermeidung von Sexualität und psychische Symptome nach dem Sex (Karan, Niesten, Frankenburg, Fitzmaurice, & Zanarini, 2016). Bei allen Vergleichen zwischen genesenen Probandinnen und nicht genesenen in der MSAD wurden allerdings alle Verstorbenen in die Gruppe der Nicht-Genesenen eingeteilt (N=18-26, je nach Follow-Up-Zeitraum), was zu Verzerrungen der Ergebnisse führen kann.

Für eine gute Genesung innerhalb von 16 Jahren (definiert über eine Symptomremission sowie ein gutes allgemeines Funktionsniveau gemessen mit der GAF-Skala, eine funktionierende enge Beziehung und Vollzeitberufstätigkeit) wurden folgende Prädiktoren gefunden: keine vorherigen stationären Aufenthalte, höherer IQ, Vollzeit Berufstätigkeit zwei Jahre vor der ersten stationären Aufnahme, keine Komorbidität aus Cluster C Persönlichkeitsstörungen (vermeidend, dependent, zwanghaft), hohe Extraversion und hohe Verträglichkeit als Persönlichkeitsmerkmale (Zanarini et al., 2014).

Prädiktoren für eine schnellere Erreichung einer exzellenten Genesung nach 20 Jahren unterschieden sich kaum von denen für eine gute Genesung. Dazu zählten ebenfalls ein höherer IQ und eine höhere Verträglichkeit als Persönlichkeitseigenschaften sowie außerdem Kompetenzen in der Kindheit, ein gutes berufliches Funktionsniveau im Erwachsenenalter und weniger Neurotizismus als Persönlichkeitseigenschaften (Zanarini et al., 2018).

Im Gegensatz zu den leichten Verbesserungen im Funktionsniveau in den amerikanischen Langzeitverlaufsstudien zeigten sich in der spanischen Studie nach 10 Jahren keine Verbesserungen in der sozialen Anpassung. Hier wurde ein Selbstbeurteilungsinstrument verwendet, die Social Adaptation Self-Evaluation Skala (Alvarez-Tomás et al., 2016). Unklar bleibt dabei, ob diese Unterschiede in den Ergebnissen auf die Auswahl der Stichprobe, Unterschiede im Gesundheitssystem der beiden Länder oder auf die unterschiedlichen Messmethoden (Fremdbeurteilung vs. Selbstbeurteilung) zurückzuführen sind.

Die unterschiedlichen Definitionen von Genesung, die in den Studien verwendet wurden, erschweren einen Vergleich der Ergebnisse. Die Verwendung der GAF als Kriterium für Genesung ist darüber hinaus auch deshalb problematisch, da ein ausführliches Training erforderlich ist, um eine gute Reliabilität und Validität der Skala zu erreichen - was in der Praxis oft nicht der Fall ist (Gold, 2014; Smith et al., 2011; Söderberg et al., 2005). Bei größeren Unterschieden zwischen dem Funktionsniveau und der Symptomatik korreliert die GAF-Skala stärker mit der Symptom schwere, was ebenfalls zu Verzerrungen führt. Darüber hinaus wird in der GAF kein „Normalzustand“ des allgemeinen Funktionsniveaus definiert, da die GAF explizit zur Einschätzung des Funktionsniveaus bei psychischen Erkrankungen konzipiert wurde (American Psychiatric Association, 2000). Es erscheint daher beliebig, ab welchem Wert von einer Genesung gesprochen werden kann³. Aufgrund dieser und weiterer Probleme wurde die GAF-Skala aus dem aktuellen Diagnosesystem (DSM-5) entfernt, was über die inhaltlichen Kritikpunkte hinaus die Notwendigkeit eines alternativen Kriteriums betont, das durch eine einfachere Anwendung eine breite Verwendung ermöglicht und darüber hinaus eine stärkere Orientierung an einer individuellen Vorstellung von Genesung gewährleistet. Sowie die Wahl des allgemeinen Funktionsniveaus als Kriterium für Genesung als auch die Einschätzung des Standes der Genesung über Fremdbeurteilungen beinhaltet eine Bewertung und impliziert damit, dass das Wohlbefinden einer Person durch andere bzw. durch

³ 61-70: „Einige leichte Symptome [...] oder einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit“; 71-80: „Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren [...], höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit“; 81-90: „Keine oder nur minimale Symptome [...], gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, [...] übliche Alltagsprobleme oder –sorgen“; 91-100: „Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten“(American Psychiatric Association, 2000)

Normen beurteilt werden kann. Dies steht im Widerspruch zu seit längerem bestehenden Forderungen nach einer individuelleren Sicht der Genesung.

II. Definition von Genesung durch Betroffene

Bisher wurden zwei qualitative Studien zu Genesung bei BPS-Patienten durchgeführt. Katsakou und Kollegen (2012) befragten 48 BPS-Patienten aus unterschiedlichen klinischen Einrichtungen (spezialisierte Therapieeinrichtungen mit DBT und mentalisierungsbasierter Therapie (MBT) sowie Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitssystems) zu ihrem Verständnis von Genesung und erhielten im Ergebnis fünf Bereiche, die für die Betroffenen auf deren Weg zu einer Genesung bedeutsam waren: 1) Aufbau von Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen, 2) Verbesserte Kontrolle von Gefühlen, Stimmung und negativen Gedanken, 3) Verbesserung von sozialen Beziehungen, 4) berufliche Erfolge und einen Arbeitsplatz, 5) Abbau von Suizidalität, Selbstverletzungen und anderen Symptomen wie Alkohol- und Drogengebrauch, Problemen mit dem Essen oder Folgen von Traumatisierungen. Insgesamt gaben 19% der Befragten an, gar keinen Fortschritt in den oben genannten Bereichen gemacht zu haben. 38% erlebten ihre Fortschritte als schwankend, 83% hatten das Gefühl, besser mit ihren Problemen umgehen zu können, aber nicht genesen zu sein, und 10% gaben an, genesen zu sein. Etwa die Hälfte der Betroffenen nannte während des Interviews verschiedene Aspekte ihrer Genesung und konnte sich nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen (Katsakou et al., 2012). Die Auswahl der Probanden für die genannte Studie erfolgte nach den Regeln des „purposive sampling“ – es wurden so lange möglichst unterschiedliche Patienten interviewt, bis eine Sättigung der genannten Kategorien erreicht wurde. Therapieabbrecher wurden explizit in die Studie mit eingeschlossen. 58% der Befragten nahmen 0-5 Jahre Leistungen der psychischen Gesundheitsversorgung in Anspruch (mindestens aber vier Monate), 9% zwischen 11 und 15 Jahre.

In der zweiten qualitativen Studie zu Genesung bei BPS untersuchten Larivière und Kollegen (2015) 12 Patientinnen, die mindestens zwei zusammenhängende Jahre an einer spezifischen Behandlung für Persönlichkeitsstörungen teilgenommen hatten. Die Probandinnen der Studie um Larivière hatten durchschnittlich seit etwa fünf Jahren die Diagnose BPS (Larivière et al., 2015). Sie gaben an, Genesung („Recovery“) sei nicht der beste Begriff um ihre Erfahrungen zu beschreiben, aber

alle berichteten über einen allgemeinen Prozess Richtung Stabilität und Zufriedenheit. Personenzentrierte Aspekte, die für diesen Prozess von Bedeutung waren, waren ein besserer Umgang mit Gefühlen, sich zu behaupten, sich selbst zu definieren, mit der Vergangenheit abzuschließen, Hoffnung für die Zukunft zu haben, das Leben wieder in Angriff zu nehmen. Umgebungsaspekte waren vor allem gesunde Beziehungen und einige Punkte bezogen sich auf den Bereich Beschäftigung, z. B. einen Beruf ausüben, einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen und Verantwortung übernehmen (Larivière et al., 2015). In dieser Studie wurden keine Häufigkeiten zur Einschätzung des subjektiven Standes der Genesung berichtet.

Larivière und Kollegen (2015) fanden in qualitativen Interviews folgende positive Einflussfaktoren auf den Genesungsprozess: 1. in der Person: sich Zeit für Selbstreflektion nehmen, Wissen über BPS; 2. in der Umwelt: Hilfe durch das Gesundheitssystem, Unterstützung von Familie und Freunden; 3. Im beruflichen Bereich: Übernahme von bedeutungsvollen Rollen und Aktivitäten, Tagesstruktur.

Eine qualitative Untersuchung zu einem Teilaspekt von Genesung bei BPS an 13 BPS-Patienten zu Suizidalität, fand zwei wichtige Bereiche, die sich positiv auf eine Verbesserung in Bezug auf suizidales Verhalten auswirkte: 1. Verantwortung für sich und andere übernehmen und 2. Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung (Holm & Severinsson, 2011)⁴.

Der Beobachtungszeitraum für Genesung war in den genannten Studien relativ kurz. 58% der Befragten in der Studie von Katsakou und Kollegen nahmen erst 0-5 Jahre Therapien in Anspruch, nur 9% zwischen 11 und 15 Jahre. Die Probandinnen der zweiten Studie um Larivière hatten durchschnittlich ebenfalls erst seit fünf Jahren die Diagnose BPS. Die Ergebnisse lassen sich daher nicht ohne weiteres auf einen längeren Krankheitsverlauf übertragen.

Eine Zusammenfassung aller qualitativer Studien, die zusätzlich zu den oben genannten Studien 12 weitere Studien einschließt, die neben Aspekten der Genesung auch Erfahrungen von Betroffenen mit Behandlungen über kürzere Zeiträume mit einschloss und auch Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen

⁴ Die Patienten wurden gefragt, ob sie je daran gedacht haben, sich umzubringen oder einen Suizidversuch unternommen haben und wurden gebeten, über ihren Kampf, dieses suizidale Verhalten zu überwinden, zu berichten.

untersuchte, ergab zehn Themen, die wiederum drei Bereichen zugeordnet wurden (Katsakou & Pistrang, 2017): (1) Bereiche der Veränderung: Entwicklung von Selbst-Akzeptanz und Selbst-Vertrauen, schwierige Gedanken und Gefühle kontrollieren können; Beziehung anders gestalten; praktische Veränderungen umsetzen und Hoffnung entwickeln; (2) Bestandteile von Behandlungen, die hilfreich oder weniger hilfreich waren: Sicherheit und Containment, respektiert und umsorgt werden, keine gleichwertigen Partner in der Behandlung sein, sich auf Veränderung konzentrieren; (3) Wesen der Veränderung: Veränderung als Reise mit offenem Ende und eine Aneinanderreihung von Fortschritten und Rückschritten. Bei diesem Übersichtsartikel wurden drei Studien (von insgesamt 14) mit eingeschlossen, die nicht explizit BPS-Patienten zu Genesung befragte, sondern allgemein Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sowie neun Therapiestudien, die die Erfahrungen mit einer spezifischen Therapieform bzw. dem Gesundheitssystem untersuchten und nicht explizit Genesung („Recovery“). Dadurch werden Einflussfaktoren auf Genesung und Bereiche, die für eine Genesung bedeutend sind, vermischt. Es liegen bei der überwiegenden Anzahl der eingeschlossenen Studien keine standardisierten Diagnosen vor.

3 Ziel der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, das Verständnis von Genesung bei ehemaligen BPS-Patienten im Langzeitverlauf zu untersuchen sowie ein alternatives Kriterium für Genesung einzuführen und auf seine Eignung zu testen. Dazu wurden nicht-remittierte, remittierte und genesene Probandinnen wurden in Bezug auf Kernbereiche, die in Zusammenhang mit Genesung bei BPS stehen, verglichen sowie mit Normwerten der allgemeinen Bevölkerung. Ein weiteres Ziel war es, die Übereinstimmung der subjektiven Sicht der Probandinnen auf Genesung, die qualitativ erhoben wurde, mit quantitativ erfassten, objektiven Kriterien sowie mit Selbstbeurteilungsinstrumenten zu untersuchen. Im Anschluss daran wurden Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit untersucht.

3.1 Fragestellung und Teilfragestellungen

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Studie bestand darin zu untersuchen, was Betroffene mit einer in der Vergangenheit diagnostizierten Borderline-

Persönlichkeitsstörung nach längerem Krankheitsverlauf (>12 Jahre) unter Genesung verstehen und inwieweit die subjektive Sicht der Betroffenen mit bisherigen Kriterien für Genesung übereinstimmt. Dazu wurden folgende Teilfragestellungen formuliert:

1. Wie hoch sind die Remissions- und Genesungsraten? Wie hoch sind die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit der Probandinnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?
2. Wie ist der Zusammenhang beider Genesungs-Kriterien (bisheriges GAF-Kriterium vs. alternatives Lebenszufriedenheitskriterium) mit der subjektiven Lebensqualität der Probandinnen sowie mit anderen Bereichen, die im Zusammenhang mit Genesung stehen? Ist die subjektive Lebenszufriedenheit als alternatives Kriterium zur Erfassung von Genesung bei BPS geeignet?
3. Inwieweit unterscheiden sich genesene Probandinnen, remittierte und nicht-remittierte in Bezug auf die subjektive Lebensqualität und relevante Bereiche, die im Zusammenhang mit Genesung stehen? Erreichen genesene Probandinnen Normwerte in diesen Bereichen oder sind auch bei ihnen noch Beeinträchtigungen vorhanden?
4. Was verstehen Probandinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer längeren Krankheitsgeschichte unter Genesung?
5. Inwiefern stimmt die subjektive Einschätzung der Probandinnen aus qualitativen Interviews mit operationalisierten Genesungskriterien bzw. anderen Indikatoren für Genesung überein?
6. Welche Faktoren beeinflussen die subjektive Lebenszufriedenheit der Probandinnen?

3.2 Hypothesen

Die Mehrheit der Fragestellungen war explorativ, so dass keine konkreten Hypothesen formuliert wurden. Ausschließlich für die dritte Fragestellung wurden folgende zwei Hypothesen aufgestellt:

- H1: Eine Symptomremission ist mit einer Verbesserung (a) der allgemeinen (BPS-spezifischen und unspezifischen) Symptombelastung und (b) der Komorbiditäten verbunden.

H2: Eine Symptomremission reicht nicht aus, um (a) im Bereich der Lebensqualität und (b) dem allgemeinen Funktionsniveau Werte im Normbereich der allgemeinen Bevölkerung zu erreichen.

Für die verschiedenen Bereiche, die außer der allgemeinen Symptombelastung und der Komorbiditäten noch mit Genesung in Verbindung stehen, wurden ebenfalls keine Hypothesen aufgestellt (Emotionsregulation, Selbstwert, soziale Beziehungen, Körperbild), ebenso wenig für die Bereiche Krankheitswahrnehmung, Werte und die Inanspruchnahme von Therapien.

4 Untersuchungsmethoden und Messinstrumente

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine naturalistische Längsschnittstudie, die die ehemaligen Teilnehmerinnen einer Psychotherapiestudie (DBT) nach 12-18 Jahren erneut untersuchte.

4.1 Studienteilnehmer und Ablauf der Studie

Es haben insgesamt 60 ehemalige BPS-Patientinnen an der aktuellen Interview-Studie zwischen Mai 2013 und Mai 2014 teilgenommen. Diese Patientinnen hatten zwischen 1995 und 2002 an zwei Therapiestudien (DBT) der Universität Freiburg (Bohus et al., 2004; Bohus et al., 2000) teilgenommen. Ein positives Ethikvotum der zuständigen Ethikkommission⁵ lag vor. Die ursprünglichen Studien bestanden aus drei Behandlungsarmen: (1) drei Monate stationäre Behandlung (N=101), (2) zwei Jahre ambulante Therapie (N=34), (3) drei Monate stationäre Behandlung und eine anschließende ambulante Behandlung, insgesamt ebenfalls zwei Jahre (N=32, siehe Abbildung 2). Alle Probandinnen erfüllten zum damaligen Zeitpunkt die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, diagnostiziert mit zwei standardisierten Instrumenten, dem SKID-II (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) und dem DIB-R (Zanarini et al., 1989). Studienabbrecher der vorausgegangenen Therapiestudie wurden explizit mit in die aktuelle Studie aufgenommen.

Einschlusskriterien der früheren Studie waren: Weibliches Geschlecht, eine diagnostizierte Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV und DIB-R,

⁵ Ethikkommission II der Medizinischen Fakultät Mannheim der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

mindestens ein Suizidversuch oder zwei selbstverletzende Verhaltensweisen in den letzten zwei Jahren vor Studieneinschluss sowie ein schriftliches Einverständnis.

Allgemeine Ausschlusskriterien der früheren Studie waren: Patienten mit einer psychotischen oder bipolaren Störung in der Lebensgeschichte sowie akutem Substanzmissbrauch oder mentaler Retardierung sowie Patienten, die mehr als 400 Kilometer von Freiburg entfernt wohnten⁶.

Die damaligen Studienteilnehmer (N=167) wurden erneut kontaktiert und nach schriftlichem Einverständnis in die Studie eingeschlossen. Die Adresse wurde bei den zuständigen Einwohnermeldeämtern nachverfolgt, falls sie nicht mehr aktuell war. Insgesamt haben 36% der früheren Patienten an der Nachbefragung teilgenommen (N=60), 39,5% haben nicht auf die Einladung geantwortet (N=66), 16,8% lehnten eine Teilnahme ab (28). 1,8% waren unbekannt verzogen (N=3), 3% hatten sich erst nach Studienabschluss zur Teilnahme bereiterklärt (N=5). Fünf der früheren Teilnehmer (3%) waren laut Einwohnermeldeamt verstorben. Die Todesursachen wurden bei den zuständigen Gesundheitsämtern erfragt. Danach war eine der verstorbenen Probandinnen eines natürlichen Todes gestorben, eine durch Suizid und für zwei der Probandinnen war die Zuordnung unklar. Eines der angefragten Gesundheitsämter lehnte die Herausgabe der Informationen zur Todesursache ab. Alle ehemaligen Teilnehmer, die beim ersten Mal nicht auf die Einladung reagiert hatten, wurden ein zweites Mal angeschrieben, um die Rücklaufquote zu erhöhen - allerdings mit der Zusicherung, dass keine erneute Anfrage erfolgen würde, wenn wieder keine Reaktion erfolgen würde.

Probandinnen mit einer akuten manischen oder psychotischen Episode, einer akuten schweren depressiven Episode, einer akuten Intoxikation durch Alkohol oder Drogen, die das Bewusstsein beeinträchtigen, oder Probandinnen, die nicht fließend deutsch sprachen, wurden von der aktuellen Studie ausgeschlossen. Aufgrund dieser Kriterien mussten zwei der 60 Probandinnen für die Auswertung der Nachbefragung ausgeschlossen werden, eine Probandin aufgrund einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (Schuldwahn) sowie eine Probandinnen mit akuter psychotischer Episode im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie. Es verblieben 58 Probandinnen für die aktuellen Studie (siehe Abbildung 2).

⁶ Einige der Probandinnen zogen daher zur Teilnahme an der Studie in die Nähe von Freiburg.

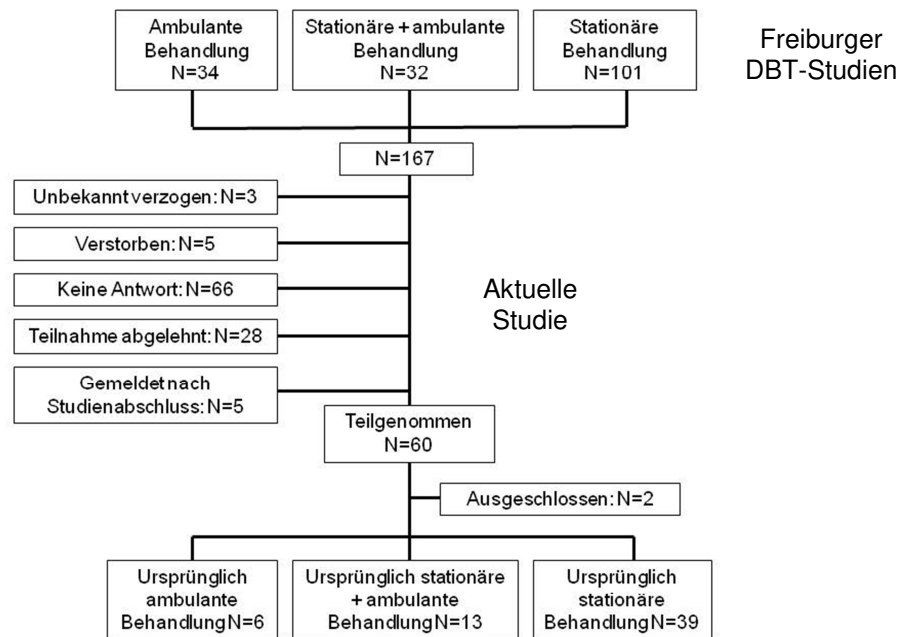


Abbildung 2: Studienablauf

Für ihre Teilnahme erhielten die Probandinnen eine Aufwandsentschädigung, bei Bedarf wurden außerdem die entstandenen Kosten für Anreise, Übernachtung und Verpflegung übernommen. Da es einigen Probandinnen nicht möglich war, zu einem Untersuchungstermin nach Mannheim zu kommen, wurden auch Termine in Freiburg und Ulm bzw. in zwei Fällen auch bei Probandinnen zu Hause durchgeführt. So konnte allen Interessentinnen eine Teilnahme ermöglicht werden.

Nach ausführlicher Aufklärung und Einwilligung wurde ein leitfadengeführtes qualitatives Interview durchgeführt, bei dem die Probandinnen zu ihrer aktuellen Symptomatik, ihrer Vorstellung von Genesung und ihrer aktuellen Lebensqualität befragt wurden sowie dazu, welche Bereiche für sie persönlich für eine Genesung von BPS bedeutend sind. Nach einer Pause wurde eine standardisierte Diagnostik durchgeführt (SKID-I (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997), GAF-Skala (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003) und IPDE (Loranger, 1999)) sowie ein Interview zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Anschließend wurde den Probandinnen ein Fragebogenpaket zum Ausfüllen mit nach Hause gegeben (siehe Messinstrumente in Kapitel 4.2). Um eine Beeinflussung der Diagnostik durch die Inhalte der Interviews zu verhindern wurden das Interview und die Diagnostik jeweils von zwei verschiedenen Personen durchgeführt. Beide Personen waren sowohl in der

Durchführung der Interviews als auch der Diagnostik geschult. Sie waren für die individuellen Ergebnisse der DBT-Studie sowie den Verlauf der früheren Therapie blind, um die Interviews und die Diagnostik nicht zu beeinflussen.

Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, im Anschluss daran wurden sie transkribiert und anonymisiert. Ein Leitfaden strukturierte die Durchführung der Interviews und garantierte durch die Festlegung der Themen eine Vergleichbarkeit der Daten. Zur Entwicklung des Leitfadens wurden im Rahmen einer Expertengruppe aus einem Teil der beteiligten Forscher Themen für das Interview gesammelt sowie die Reihenfolge und Formulierung der Fragen festgelegt. Die Experten waren Prof. Dr. med. Martin Bohus, einer der führenden internationalen Experten auf dem Gebiet der BPS mit langjähriger Erfahrung in klinischer Forschung und Praxis, wissenschaftlicher Direktor des Instituts für psychiatrische und psychosomatische Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim und 1. Vorsitzender im Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie (DDBT e.V.), und Prof. Dr. Sabina Misoch, Expertin für empirische Forschungsmethoden und qualitative Sozialforschung und Leiterin des interdisziplinären Kompetenzzentrums Alter (IKOA) an der FHS St. Gallen. Anschließend an die Leitfadententwicklung wurde der Leitfaden in zwei Vortests mit jeweils zwei stationären BPS-Patientinnen von zwei unabhängigen Interviewern auf seine Verständlichkeit und Eignung für die vorliegende Studie getestet. Dies führte zu der Entscheidung, nicht direkt mit dem Thema Genesung zu beginnen, sondern als Einstiegsthema die individuelle BPS-Symptomatik beschreiben zu lassen wie sie die Betroffenen zur Zeit der Freiburger Therapie erlebt hatten. Die für die meisten der Befragten erstmalige spezifische BPS-Therapie sowie die Symptomatik, die damals zur Behandlung geführt hatte, wurden in der Regel gut erinnert und führten daher gut in das Thema ein. Dies ermöglichte den Probandinnen zudem, sich an die Interviewsituation zu gewöhnen und sich zu öffnen. Der Übergang von den erlebten Veränderungen in der Symptomatik seit der Freiburger Therapiestudie stellte sich als geeignet heraus, nach der aktuellen Lebensqualität und dem Verständnis von Genesung zu fragen.

Allen Probandinnen wurde angeboten, sich nach der Untersuchung nochmals telefonisch oder per E-Mail bei den Untersuchern melden zu können, falls im Nachhinein noch Fragen auftauchen würden oder falls sich die Probandinnen durch

die Interviews oder die durchgeführte Diagnostik belastet fühlen würden. Dies wurde auch von einigen der Probandinnen in Anspruch genommen, überwiegend um nach Empfehlungen für eventuelle weiterführende Behandlungen zu fragen.

4.2 Messinstrumente

In der vorliegenden Studie wurden sowohl quantitative als auch qualitative Untersuchungsinstrumente eingesetzt. Quantitative Instrumente waren zum einen standardisierte Diagnostikinstrumente zur Beurteilung der aktuellen Symptomatik und des allgemeinen Funktionsniveaus und zum anderen standardisierte Fragebögen zur Selbstbeurteilung der Symptombelastung sowie der aktuellen Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. Für den qualitativen Untersuchungsteil wurde ein Leitfaden entwickelt und verwendet.

4.2.1 Quantitative Messinstrumente

Als diagnostische Instrumente wurden das IPDE (International Personality Disorder Examination; Loranger, 1999) zur Erfassung der aktuellen BPS-Symptomatik nach DSM-IV eingesetzt, sowie der SKID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV; Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) zur Erfassung der komorbiden Achse-I Störungen. Das allgemeine Funktionsniveau wurde mit der GAF-Skala erfasst (Global Assessment of Functioning Skala des DSM-IV; Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003). Die Lebenszufriedenheit wurde mit der Satisfaction with life-Skala erfasst (SWLS, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), einem Messinstrument mit sehr guter interner Konsistenz und guter konvergenter Validität (Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth, 2011).

Weitere Messinstrumente, die eingesetzt wurden, um Bereiche zu erfassen, die im Zusammenhang mit Genesung bei BPS stehen, sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Probandinnen wurden nach der Inanspruchnahme spezifischer Therapien seit der Studienteilnahme gefragt und erhielten darüber hinaus einen Fragebogen zur Erfassung demographischer Daten. Ausgewertet wurden für die vorliegende Arbeit ausschließlich die Gesamtskalen-Werte, keine Subskalen, mit Ausnahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (WasU; Mittelwert aus drei Subskalen des SozU), die die subjektive Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung besser

widerspiegelt als der Gesamtwert der Skala. Für folgende Messinstrumente waren laut Manual keine Gesamtskalenwerte vorgesehen, so dass im Weiteren die Subskalen ausgewertet wurden: STAXI, WHO-QOL Bref, SF-36, individuelle Werte, IPQ-R und MBSRQ.

Tabelle 1: Messinstrumente zur Erfassung relevanter Bereiche für Genesung

Bereiche		Messinstrumente	Subskalen/ zusätzliche Skalen zum Gesamtscore	Itemanzahl
Schwere der aktuellen BPS-Symptomatik		BSL-23 (Borderline Symptom Liste; Bohus et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Befindlichkeitsskala • Verhaltensitems 	23 Items, 11 Verhaltensitems, 5-stufige Likert-Skala; Befindlichkeitsskala (0-100)
	Symptombelastung	BSI (Brief-Symptom-Inventory, Franke, 2000); Gesamtwert für die psychische Belastung	<ul style="list-style-type: none"> • Somatisierung • Zwanghaftigkeit • Unsicherheit im Sozialkontakt • Depressivität • Ängstlichkeit • Aggressivität/ Feindseligkeit • Phobische Angst • Paranoides Denken • Psychotizismus 	53 Items, 5-stufige Likert-Skala
Allgemeine Symptombelastung und Komorbidität	Schweregrad depressiver Symptomatik	BDI-II (Beck-Depression-Inventory; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2009)	-----	21 Aspekte von Depressivität in der letzten Woche; 4-stufige Likert-Skala
	Traumasympptomatik	IES-R (Impact of Event Scale; Weiss & Marmar, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Intrusion • Vermeidung • Hyperarousal 	22 Items, 4-stufige Likert-Skala
	Häufigkeit von Dissoziationen	FDS; deutsche Version der DES (Dissociative Experiences Scale, Freyberger, Spitzer, & Stieglitz, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Amnesie • Absorption • Derealisation/ Depersonalisation • Konversion 	44 Fragen, 11-stufige Likert-Skala
	ADHS	ADHS-SB (Selbstbeurteilungsskala; Rösler et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeitsstörung • Hyperaktivität • Impulsivität 	22 Items, 4-stufige Likert-Skala
	Impulsivität	BIS-10 (Barrat Impulsivity Scale; Patton, S., & Barratt, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Motorische Impulsivität • Kognitive Impulsivität • Nicht-planende Impulsivität 	34 Items, 4-stufige Likert-Skala
Emotionsregulation	Ärger	STAXI (State Trait Anger Expression Inventory; Schwentzger, Hodapp, & Spielberger, 1992)	<ul style="list-style-type: none"> • State-Ärger • Trait-Ärger • Ärger-Kontroll-Skala • Nach innen gerichteter Ärger • Nach außen gerichteter Ärger 	44 Items, 4-stufige Likert-Skala
	Emotionsregulation	DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale; Gratz & Roemer, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht-Akzeptanz • Ziele • Impulsivität • Bewusstheit • Strategien • Klarheit 	36 Items, 5-stufige Likert-Skala

Untersuchungsmethoden und Messinstrumente

		AAQ (Akzeptanz- und Handlungsfragebogen; Bond et al., 2011)	-----	10 Items, 7-stufige Likert-Skala
	Affektive Instabilität	ALS (Affective Lability Scales; Harvey, Greenberg, & Serper, 1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • Hypomania • Biphasic • Anger • Anxiety • Anxiety-Depression 	54 Items, 4-stufige Likert-Skala
	Selbstwert	RSE (Rosenberg Self-esteem Scale; Rosenberg, 1965)	-----	10 Items, 4-stufige Likert-Skala
Soziale Beziehungen/ Partnerschaft		F-SozU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung; Fydrich, Sommer, & Brähler, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Unterstützung • Praktische Unterstützung • Soziale Integration • Belastung aus dem sozialen Netzwerk • Reziprozität <p>• Wahrgenommene soziale Unterstützung: Mittelwert der ersten drei Subskalen</p>	54 Items; 5-stufige Likert-Skala
		IIP-C (Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme; Horowitz, Strauß, & Kordy, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Streitsüchtig/ konkurrierend • Autokratisch/ dominant • Abweisend/ kalt • Introvertiert/ sozial vermeidend • Selbstunsicher/ unterwürfig • Ausnutzbar/ nachgiebig • Fürsorglich/ freundlich • Expressiv/ aufdringlich 	64 Items, 5-stufige Likert-Skala
		PFB-K (Partnerschaftsfragebogen Kurzform; Kliem et al., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Glückssitem zur Partnerschaftszufriedenheit 	9 Items, 4-stufige Likert-Skala, 1 Glücks-Item, 6-stufige Likert-Skala
Lebensqualität		WHO QOL-BREF (World Health Organization Quality of Life; Angermeyer, Kilian, & Matschinger, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Physische Lebensqualität • Psychische Lebensqualität • Soziale Beziehungen • Umwelt • Allgemeine Lebensqualität 	26 Items, 5-stufige Likert-Skala
		SF-36 (Short Form 36 Health Survey Questionnaire; Bullinger & Kirchberger, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Funktionsfähigkeit • Körperliche Rollenfunktion • Körperliche Schmerzen • Allgemeine Gesundheitswahrnehmung • Vitalität • Soziale Funktionsfähigkeit • Emotionale Rollenfunktion • Psychisches Wohlbefinden • Zusatzitem: Veränderung der Gesundheit 	36 Items mit unterschiedlichen Antwortformaten; transformierte Skalen von 0-100
		EQ-5D (EuroQOL; Rabin & de Charro, 2001)	visuelle Analogskala zum aktuellen Gesundheitszustand	5 Items, 3-stufige Likert-Skalen

Untersuchungsmethoden und Messinstrumente

Lebens- zufriedenheit	SWLS (Satisfaction with Life Scale; Diener et al., 1985)	-----	5 Items, 7-stufige Likert-Skala
Individuelle Werte	PVQ-RR, 2 Dimensionen: Self-transcendence vs. Self-enhancement; Openness to change vs. Conservation (Portraits value questionnaire; Beierlein et al., 2014) und Umsetzung der individuellen Werte (Bohus, Lyssenko, Wenner, & Berger, 2013)	Higher-Order values: <ul style="list-style-type: none"> • Self-transcendence (Wohltätigkeit und Universalismus) • Self-enhancement (Macht, Leistung, eigenes Wohlergehen und Erfolg) • Openness to change (freies Denken und Verhalten, Stimulation und Unabhängigkeit) • Conservation (Bewahrung von Tradition, Konformität) 	57 Items zum Werteprofil, 6-stufige Likert-Skala, 18 Items zur Werteumsetzung, 6-stufige Likert-Skala
Krankheits- wahrnehmung	IPQ-R (Revised illness perception questionnaire; Moss-Morris et al., 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitverlauf (lange oder kurze Dauer der Erkrankung) • Konsequenzen (negative Auswirkungen auf die Person und das Umfeld) • Persönliche Kontrolle (der Verlauf der Erkrankung ist durch die Person beeinflussbar) • Behandlungskontrolle (wirksame Behandlung möglich) • Kohärenz (Verstehbarkeit der Erkrankung) • Zyklisches Auftreten (Veränderungen der Krankheitssymptome im Verlauf) • Emotionale Repräsentation (die Krankheit macht Angst, Sorgen, löst Ärger aus) 	32 Items zur Krankheitswahrnehmung, 5-stufige Likert-Skala, 18 Items zu Krankheitsursachen, 5-stufige Likert-Skala
Körperbild	MBSRQ (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; Cash, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Appearance Evaluation (physische Attraktivität, Zufriedenheit mit dem Aussehen) • Appearance Orientation (Einsatz für das eigene Aussehen, Bedeutung) • Fitness Evaluation (Einschätzung der körperlichen Fitness) • Fitness Orientation (Einsatz für die körperliche Fitness) • Health Evaluation (Einschätzung der körperliche Gesundheit) • Health Orientation (Einsatz für einen gesunden Lebensstil) • Illness Orientation (Reaktion auf körperliche Erkrankungen) • Body Areas Satisfaction 	62 Items, 5-stufige Likert-Skala

		(Zufriedenheit mit dem Körper) <ul style="list-style-type: none"> • Overweight Preoccupation (Angst, dick zu werden, Beschäftigung mit Diäten) • Self-classified weight (Einschätzung des eigenen Gewichts) 	
Therapieinanspruchnahme	Interview und Fragebogen (selbst entwickelt)		
Anamnese	Fragebogen (selbst entwickelt) zu Familienstand, Ausbildung, Berufstätigkeit, Krankengeschichte, Familienanamnese und Gesundheitsverhalten		
Subjektive Genesung	Direkte Frage zur subjektiven Genesung		10-stufige Likert-Skala

Anmerkung: Untersuchte Bereiche, die im Zusammenhang mit Genesung stehen; Messinstrumente; Anzahl der Items

4.2.2 Interviewleitfaden

Der Leitfaden für das durchgeführte Interview bestand aus verschiedenen Bereichen, die für die aktuelle Studie relevant waren⁷, nämlich 1.) Einführung in das Interview, 2.) aktuelle Symptomatik und 3.) Subjektives Verständnis von Genesung und Bereiche, die für Genesung relevant sind. Zu jedem Bereich wurden Fragen vorformuliert, die in der Regel auch im Wortlaut gestellt wurden. Zusätzlich wurden vertiefende Fragen oder Verständnisfragen individuell formuliert. In Einzelfällen wurde die Reihenfolge der Bereiche dem Interviewfluss angepasst, wenn z. B. ein Proband von sich aus das Thema Genesung bereits zu Beginn angesprochen hatte. Den Teilnehmern wurde jederzeit die Möglichkeit gegeben, Fragen nicht zu beantworten, wenn es Ihnen schwer fiel, darüber zu sprechen oder wenn sie aus anderen Gründen nicht antworten wollten.

⁷ Der Leitfaden enthielt vier weitere Themen, die für die vorliegende Arbeit nicht ausgewertet wurden, nämlich Einflussfaktoren auf den Verlauf der Genesung, die Mediennutzung der Teilnehmer, die Funktionalität von Selbstverletzungen sowie Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Interviewleitfaden:

1. Einführung:

„Sie haben vor xx Jahren, 199x/ 200x, in Freiburg an der DBT-Studie teilgenommen. Um dieses Interview nicht zu beeinflussen, habe ich bewusst keine Vorinformationen über Sie und die damaligen Studienergebnisse. Deshalb möchte ich zunächst fragen, ob Sie sich noch an diese Zeit erinnern, als Sie an der Studie teilgenommen haben. Können Sie die Borderline-Symptome in Ihren eigenen Worten beschreiben, wie Sie sie damals erlebt haben?“

2. Aktuelle Symptomatik:

Welche Symptome haben Sie heute noch? Welche Rolle spielen diese in Ihrem Alltag?“

3. Genesung:

„Wie fühlen Sie sich heute? Sind Sie mit Ihrem Leben zufrieden? Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität insgesamt ein? Welchen Einfluss hat die Borderline-Symptomatik darauf?“

Fühlen Sie sich heute gesund? Denken Sie, dass eine Genesung von Borderline für Sie möglich ist? Was verstehen Sie unter Genesung? Wo sehen Sie sich auf dem Weg der Genesung?“

4.3 Auswertung

4.3.1 Statistische Auswertung

Mittelwerte und Standardabweichungen wurden berechnet, um die Werte der untersuchten Probandinnen mit den Normwerten der allgemeinen Bevölkerung in Deutschland zu vergleichen, soweit verfügbar. Für die Zusammenhänge der Outcome-Variablen mit Indikatoren für die Psychopathologie und das allgemeine Funktionsniveau wurden Pearson's Korrelationen berechnet, ebenso für die Zusammenhänge der kategorisierten qualitativen Daten mit den verschiedenen quantitativ erfassten Konstrukten. Spearmans Rho wurde für ordinalskalierte Daten

berechnet, Phi-Koeffizienten zum Vergleich der Genesungskriterien (dichotom). T-Tests, Mann-Whitney-U-Tests und Chi-Quadrat-Tests mit Yates Kontinuitätskorrekturen wurden für vergleichende Untersuchungen und Gruppenunterschiede berechnet, je nach Verteilung der Variablen. Lineare Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um Einflussvariablen auf die aktuelle Lebenszufriedenheit zu untersuchen. Sie Faktoren wurden zur besseren Vergleichbarkeit z-standardisiert. Aufgrund der hohen Interkorrelationen der verschiedenen Einflussfaktoren wurden außerdem Tests auf Multikollinearität durchgeführt. Unterschiede in den Korrelationen der Genesungskriterien wurden nach Eid und Kollegen (2011) berechnet (S. 548 f.; one tailed testing).

Zur Berechnung der Skalenwerte wurde den Testmanualen entsprechend entweder der Mittel- oder Summenwert berechnet. Für den WHO-QOL-Bref wurden transformierte Werte (Skalen von 1-100) berechnet. Die Ergebnisse für den EQ-5D wurden nach dem Summenmodell berechnet, d. h. es wurde ein Summenwert aus allen Items berechnet⁸. Zur Auswertung der Wertefragebögen wurden entsprechend der Empfehlung von Schwartz und Rubel (2005) zentrierte Werte berechnet, um individuelle Tendenzen im Antwortverhalten auszugleichen. Dazu wurde von den Rohwerten der Mittelwert aller Items der einzelnen Personen abgezogen. Positive Werte zeigten an, dass ein Wert eine größere Bedeutung für eine einzelne Person hatte als die anderen Werte oder besser umgesetzt war, negative Werte zeigten eine geringere Bedeutung oder eine geringer ausgeprägte Umsetzung der Werte an.

Alle statistischen Analysen werden mit IBM SPSS Statistik für Windows, Version 21.0, durchgeführt.

4.3.2 Auswertung qualitative Interviews

Alle Interviewdaten wurden nach der Transkription anonymisiert und mit Unterstützung durch das Softwaretool Atlas.ti (Version 7) nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Mayring versteht unter qualitativer Inhaltsanalyse ein systematisches regelgeleitetes Vorgehen, das die Bildung von inhaltlichen Kategorien zum Ziel hat. Zur Bildung der Kategorien für die Bereiche von Genesung sowie die Einschätzung des Standes der Genesung wurde als Technik

⁸ Dieses Modell ist anderen Auswertungsmodellen, die für den EQ-5D angegeben werden, nach einem Vergleich von Hinz und Kollegen (2005) aus psychometrischer Sicht ebenbürtig.

der Inhaltsanalyse die Zusammenfassung mit anschließender induktiver Kategorienbildung angewandt. Folgende Schritte zur Zusammenfassung wurden dabei durchgeführt: Paraphrasierung, Selektion, Generalisierung und Reduktion. Die induktive Kategorienbildung leitet dabei die Kategorien direkt aus dem Material ab. Für die Zuordnung des Verständnisses von Genesung wurde eine Zusammenfassung mit anschließender deduktiver Kategoriendefinition gewählt, orientiert an den lexikalischen Definitionen von Genesung nach Davidson (2005).

Das Interviewtranskript wurde paraphrasiert, generalisiert und immer weiter reduziert, so dass Kategorien und Subkategorien gebildet werden konnten. Das Kategoriensystem für die Bereiche von Genesung wurde von zwei unabhängigen Ratern erstellt und jeweils nach dem fünften, 29. und nach dem letzten Interview überarbeitet. Unterschiede im Kategoriensystem wurden von beiden Ratern sowie den oben genannten Experten, Prof. Dr. med. Martin Bohus und Prof. Dr. Sabina Misoch, überarbeitet und ein Konsens hergestellt. Mit dem daraus entstandenen Kategoriensystem wurden alle Interviews erneut ausgewertet und die Interviews kategorisiert. Die Zuordnung zum subjektiven Verständnis von Genesung wurde ebenfalls von zwei unabhängigen Ratern durchgeführt. Differenzen wurden diskutiert und ein Konsens hergestellt.

5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Statistiken Gesamtstichprobe

Zur Beschreibung der Gesamtstichprobe wurden deskriptive Statistiken berechnet, ebenso zur Untersuchung der ersten Fragestellung nach der aktuellen Symptomatik, der Remissions- und Genesungsraten sowie der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit der ehemaligen Studienteilnehmerinnen. Mittelwerte für die noch bestehende Symptomatik als auch für die aktuelle Lebenszufriedenheit und Lebensqualität wurden mit Normwerten verglichen.

5.1.1 Soziodemographische Daten

Die Teilnehmer der Studie waren weiblich und zwischen 31 und 64 Jahre alt ($M=43,51$; $SD=8,87$). Die aktuelle Teilnahme erfolgte 12 bis 18 Jahre nach der

Studienteilnahme an der Universitätsklinik in Freiburg ($M=14,35$; $SD=1,72$). 49% der Teilnehmer waren ledig ($N=27$), 24% verheiratet ($N=13$), 6% lebten in eheähnlicher Gemeinschaft ($N=3$) und 22% waren geschieden ($N=12$). 46% ($N=25$) lebten in einer festen Partnerschaft, davon lebten 68% ($N=17$) auch mit ihrem Partner zusammen. 33% ($N=18$) hatten Kinder. 2% der Teilnehmerinnen ($N=1$) hatten keinen Schulabschluss, 16% den Hauptschulabschluss ($N=9$), 38% mittlere Reife ($N=21$) und 42% ($N=23$) hatten Abitur. Eine Person hatte angegeben, einen anderen Schulabschluss als die genannten zu haben (2%). 24% der Befragten hatten keinen Berufsabschluss ($N=13$), 43% hatten eine abgeschlossene Lehre ($N=23$), 7% eine Fach- bzw. Meisterschule abgeschlossen ($N=4$) und 26% ($N=14$) hatten ein abgeschlossenes Studium.

5.1.2 Responder-Analyse

Um zu untersuchen, ob sich die Teilnehmer und die Nicht-Teilnehmer der aktuellen Studie systematisch unterschieden, wurden die Diagnostik-Daten der 107 ursprünglichen Studienteilnehmer, die an der Nachbefragung nicht teilgenommen hatten, hinsichtlich der Schwere der BPS-Symptomatik mit den Teilnehmern verglichen, die zu beiden Zeitpunkten teilgenommen hatten ($N=60$). Es gab keine Unterschiede hinsichtlich Schwere der Symptomatik: die Anzahl der BPS-Kriterien nach DSM-IV (Teilnehmer: $M=6,80$ ($SD=1,28$); Nicht-Teilnehmer: $M=6,95$ ($SD=1,31$); $t(145)=0,643$; $p=0,521$) sowie die Werte im DIB-R (Teilnehmer: $M=9,22$ ($SD=0,99$); Nicht-Teilnehmer: $M=9,25$ ($SD=0,85$); $t(149)=0,134$; $p=0,893$) unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Die Nicht-Teilnehmer und die Teilnehmer unterschieden sich außerdem nicht im Alter (berechnet mit dem fiktiven Altern zum Zeitpunkt der Nachbefragung; Teilnehmer: $M=43,15$ ($SD=8,84$); Nicht-Teilnehmer: $M=43,01$ ($SD=6,39$); $t(165)=-0,118$; $p=0,906$). Allerdings hatten deutlich mehr Nicht-Teilnehmer als Teilnehmer bereits die Therapie in Freiburg abgebrochen (40% vs. 5%; $\chi^2=8,815$; $p=0,003$).

5.1.3 Symptomatik, Remission, allgemeines Funktionsniveau und Komorbidität

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung erfüllten die Probandinnen zwischen 0 und 8 BPS-Kriterien ($M=2,28$; $SD=2,22$). Im Durchschnitt verbesserten sich die Probandinnen um 4,45 Kriterien ($SD=2,43$), wobei sich die BPS-Symptomatik bei zwei der

Probandinnen seit der ersten Studienteilnahme verschlechterte (+2 Kriterien und +1 Kriterium), bei allen anderen verbesserte sie sich.

Am häufigsten war im Durchschnitt in der gesamten Stichprobe das Kriterium für Dissoziationen erfüllt (N=28; 48%), gefolgt von affektiver Instabilität (N=25; 43%), Suizidalität/ selbstverletzendes Verhalten (N=22; 38%), chronischer Leere (N=16; 28%) und Identitätsstörung (N=14; 24%), siehe Abbildung 3. Die Kriterien für instabile Beziehungen (N=9; 16%), Impulsivität (N=7; 12%), Ärger (N=6; 10%) und Vermeidung von Verlassenwerden (N=5; 9%) waren bei allen Teilnehmern weniger häufig voll erfüllt. Die Verhaltensitems der BSL zeigten, dass sich das Kriterium für Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten vor allem durch Selbstverletzungen erklären ließ (Häufigkeit: $M=0,60$; $SD=0,92$; Werte zwischen 0 und 1 liegen zwischen „gar nicht“ und „einem Mal im vorausgegangenen Jahr“). Suizidäußerungen ($M=0,33$; $SD=0,51$) und Suizidversuche ($M=0,15$; $SD=0,45$) waren hingegen seltener.

81% (N=47) erfüllten die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zum Zeitpunkt der Nachbefragung nicht mehr (<5 Kriterien im vorausgegangenen Jahr) und galten damit als remittiert, 29% erfüllten sogar keines der BPS-Kriterien mehr (N=17). Der durchschnittliche Wert auf der GAF-Skala lag für alle Probandinnen bei 55,91 ($SD=13,10$), der BSL-Wert bei 1,12 ($SD=0,85$) und der Mittelwert des BDI lag bei 18,55 ($SD=11,46$).

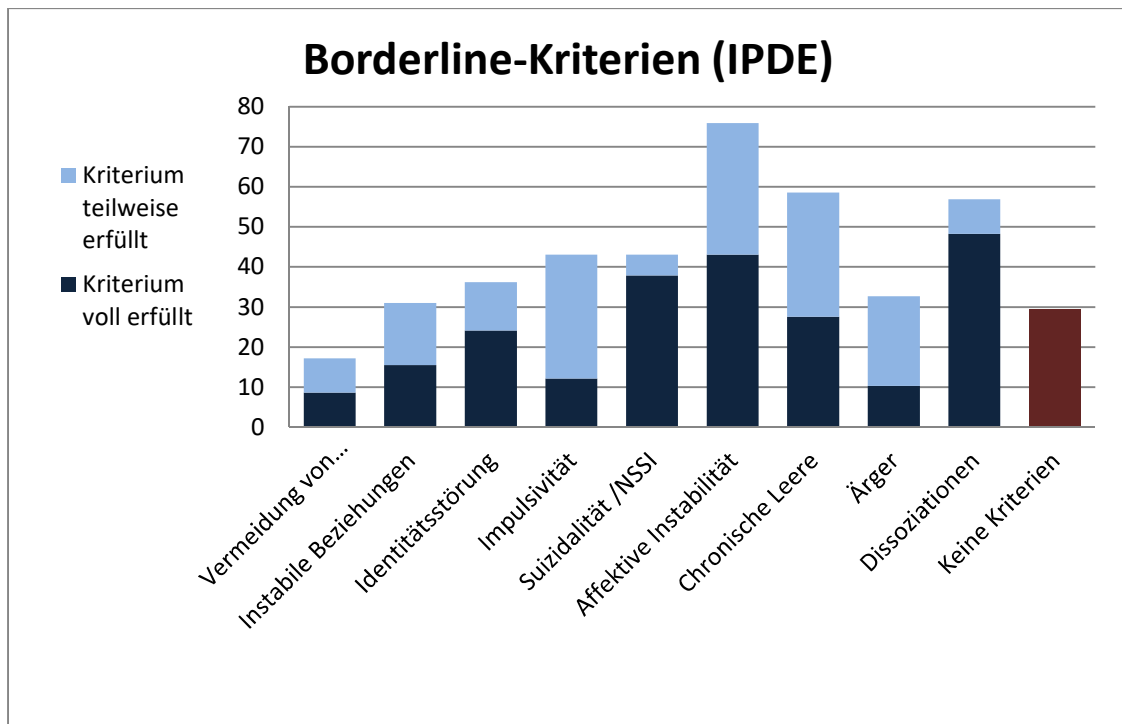


Abbildung 3: Anteil der Probandinnen mit voll erfüllten bzw. teilweise erfüllten DSM-IV BPS-Kriterien (nach IPDE) sowie ohne BPS-Kriterien

45 der 58 Probandinnen (78%) erfüllten die Diagnosekriterien für mindestens eine komorbide psychische Störung, im Durchschnitt waren es 1,93 komorbide Störungen (diagnostiziert mit dem SKID-I). Am häufigsten waren Angststörungen mit 47% (N=26; 43% hatten eine komorbide PTBS; N=25) und affektive Störungen mit 35% (N=20), gefolgt von Substanzabhängigkeiten (26%; N=15) und den nur selten diagnostizierten psychotischen Störungen (7%; N=4), Somatisierungsstörungen (7%; N=4), Essstörungen (3%; N=2) und anderen Störungen (3%; N=2; ADHS und Kleptomanie).

5.1.4 Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Die subjektive Lebensqualität wurde zum Vergleich unterschiedlicher Aspekte der Lebensqualität, unterschiedlicher Messinstrumente und zur Überprüfung von deren Eignung bei BPS mit dem WHO-QOL Bref gemessen, dem SF-36 sowie mit dem EQ-5D. Der SF-36 enthält im Vergleich zum WHO-QOL auch verschiedene körperliche Aspekte der Lebensqualität, aufgeteilt auf vier Subskalen. Der WHO-QOL Bref enthält nur eine allgemeine physische Skala, die auch die Schlafqualität, Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, den Alltag zu meistern, beinhaltet. Außerdem erfasst der

Fragebogen der WHO Umweltaspekte der Lebensqualität wie die Bedingungen im Wohngebiet, Freizeitaktivitäten und die finanzielle Sicherheit. Der EQ-5D enthält fünf Fragen zur Beweglichkeit/ Mobilität, zur Sorge für sich selbst, zu allgemeinen Tätigkeiten, zu Schmerzen/ körperlichen Beschwerden sowie zu Angst/ Niedergeschlagenheit.

Die Mittelwerte für die Lebensqualität der Probandinnen gemessen mit dem WHO-QOL Bref lagen für den physischen Bereich bei 43,91 (SD=18,94), für den psychischen bei 37,44 (SD=21,52), für die sozialen Beziehungen bei 53,47 (SD=21,93) für den Bereich Umwelt bei 66,66 (SD=16,43) und für die allgemeine Lebensqualität bei 50,93 (SD=23,15). Gemessen mit dem SF-36 lagen die Mittelwerte für die körperliche Funktionsfähigkeit bei 76,67 (SD=23,67), für die körperliche Rollenfunktion bei 60,19 (SD=45,43), für körperliche Schmerzen bei 57,45 (SD=31,17) und die allgemeine Gesundheitswahrnehmung 55,33 (SD=25,25). Im psychischen Bereich lagen die Mittelwerte des SF-36 für die Vitalität bei 38,09 (SD=20,33), in der sozialen Funktionsfähigkeit bei 55,23 (SD=31,15), für die emotionale Rollenfunktion bei 49,38 (SD=44,74) und für psychisches Wohlbefinden bei 52,22 (SD=0,42). Im EQ-5D lagen die Mittelwerte der Probandinnen bei 74,36 (SD=16,42) und auf der visuellen Analogskala bei 58,37 (SD=24,77).

Zum Vergleich der Lebensqualität mit den Werten der Allgemeinbevölkerung wurden die Werte nach Geschlecht und Altersgruppe gematcht. Die Lebensqualität der Probandinnen war im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in nahezu allen Bereichen eingeschränkt, d.h. sie unterschieden sich signifikant von den Normwerten (siehe Tabelle 2). Diese Ergebnisse waren unabhängig vom verwendeten Messinstrument. Keine Einschränkungen bestanden bei den Probandinnen in den Bereichen Umwelt des WHO-QOL Bref (Angermeyer et al., 2000) sowie körperliche Schmerzen des SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Der Mittelwert der Lebenszufriedenheit (SWLS) lag im Durchschnitt bei 16,02 (SD=7,04) und unterschied sich ebenfalls signifikant vom durchschnittlichen Wert in der Allgemeinbevölkerung (siehe Tabelle 2). 41,8% der Probandinnen erreichten eine Lebenszufriedenheit, die im Bereich einer Standardabweichung um den Mittelwert der Allgemeinbevölkerung lag (Glaesmer et al., 2011).

Tabelle 2: Deskriptive Statistik und Normwerte für die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit

	Normwerte	Alle	N	T-Test	
WHO-QOL Bref	Physische Gesundheit	78,57 (16,30)	43,91 (18,94)	53	t(52)=-13,324; p=0,000
	Psychische Gesundheit	73,93 (15,98)	37,44 (21,52)	55	t(54)=-12,578; p=0,000
	Soziale Beziehungen	72,67 (19,44)	53,47 (21,93)	54	t(53)=-6,434; p=0,000
	Umwelt	70,73 (13,97)	66,66 (16,43)*	55	n.s.
	Allgemeine Lebensqualität	68,33 (17,51)	50,93 (23,15)	54	t(53)=-5,526; p=0,000
SF-36	Körperliche Funktionsfähigkeit	86,57 (17,09)	76,67 (23,67)	54	t(53)=-3,074; p=0,003
	Körperliche Rollenfunktion	81,56 (31,84)	60,19 (45,43)	54	t(53)=-3,457; p=0,001
	Körperliche Schmerzen	64,17 (24,83)	57,45 (31,17)*	53	n.s.
	Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	67,40 (17,88)	55,33 (25,25)	51	t(50)=-3,413; p=0,001
	Vitalität	57,49 (18,28)	38,09 (20,33)	55	t(54)=-7,076; p=0,000
	Soziale Funktionsfähigkeit	84,33 (20,70)	55,23 (31,15)	54	t(54)=-6,928; p=0,000
	Emotionale Rollenfunktion	86,99 (28,22)	49,38 (44,74)	55	t(53)=-6,177; p=0,000
EQ5D	Psychisches Wohlbefinden	69,69 (17,32)	52,22 (20,42)	53	t(54)=-6,347; p=0,000
	Gesamtwert	92,73 (11,33)	74,36 (16,42)	55	t(54)=-8,297; p=0,000
	VAS	79,03 (15,79)	58,37 (24,77)	54	t(53)=-6,129; p=0,000
SWLS		25,00 (6,24)	16,02 (7,04)	55	t(54)=-9,461; p=0,000

Anmerkung: M (SD); *Mittelwert unterscheidet sich nicht vom Normwert und liegt damit im Normbereich (Normwerte gematcht nach Geschlecht und Altersgruppe); Signifikanzniveau festgelegt auf 0,05 (2-seitig)

Der Zusammenhang zwischen Remission und Lebenszufriedenheit ist in einem Streudiagramm in Abbildung 4 dargestellt. Nur eine Probandin mit noch akuter Symptomatik erreichte eine Lebenszufriedenheit im Bereich einer Standardabweichung um den Mittelwert der Allgemeinbevölkerung (10%). Allerdings erreichten umgekehrt auch nur knapp die Hälfte der remittierten Probandinnen eine Lebenszufriedenheit in diesem Bereich (48,9%).

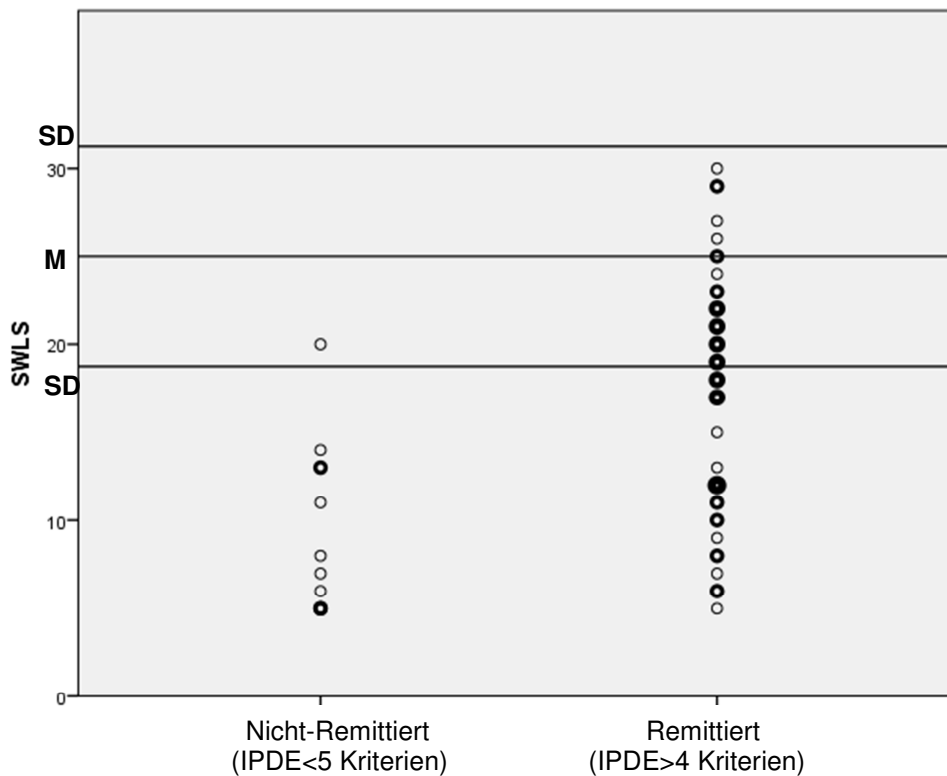


Abbildung 4: Streudiagramm zum Zusammenhang zwischen Symptomremission und Lebenszufriedenheit für nicht-remittierte (N=11) und remittierte Probandinnen (N=47; M=Mittelwert der SWLS; SD=Standardabweichung der SWLS); Randstärke der Kreise entspricht der Häufigkeit der Probandinnen (1-4)

5.1.5 Genesung

Genesung wurde zunächst, angelehnt an die Definition von Zanarini und Kollegen (2012), definiert als Symptomremission (<5 BPS-Kriterien) sowie zusätzlich GAF-Wert über 60 im Jahr vor der Untersuchung. Zum anderen wurde Genesung über ein alternatives Kriterium als Symptomremission (<5 BPS-Kriterien) sowie zusätzlich Lebenszufriedenheit im Normbereich der Allgemeinbevölkerung (>Mittelwert minus eine Standardabweichung, also $SWLS > 18$; Glaesmer et al., 2011) definiert. Danach erreichten 36% (N=21) der Probandinnen eine Genesung nach dem GAF-Kriterium und 39% (N=22) der Probandinnen eine Genesung nach dem alternativen Kriterium/SWLS-Kriterium. Bei der Eingruppierung der Teilnehmer nach dem alternativen Kriterium mussten drei Probandinnen aufgrund fehlender SWLS-Werte für die weiteren Berechnungen ausgeschlossen werden.

5.2 Vergleich unterschiedlicher Genesungskriterien - quantitativ

Zur Untersuchung der zweiten Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Operationalisierungen von Genesung bei BPS wurden die oben genannten Genesungskriterien (GAF-Kriterium und SWLS-Kriterium) in Bezug auf verschiedene Bereiche, die in Zusammenhang mit Genesung stehen, verglichen. Diese Bereiche waren in Anlehnung an die genesungsrelevanten Bereiche der qualitativen Studie um Katsakou et al. (2012) die allgemeine Symptombelastung und Komorbidität, Emotionsregulation, Selbstwert und soziale Beziehungen/ Partnerschaft, außerdem die Lebensqualität, die Bedeutung und Umsetzung individueller Werte, Krankheitswahrnehmung und das Körperbild.

5.2.1 Direkter Vergleich GAF-Kriterium und SWLS-Kriterium

Die Eingruppierung in die verschiedenen Genesungskriterien resultierte für insgesamt 17 Teilnehmerinnen in einer jeweils anderen Zuordnung zu symptomatisch remittiert bzw. genesen (siehe Tabelle 4). Sieben Teilnehmerinnen hatten einen GAF-Wert über 60, aber eine Lebenszufriedenheit unter einer Standardabweichung des Normwertes der Allgemeinbevölkerung (SWLS-Wert > 18; Glaesmer et al., 2011). Zehn Teilnehmerinnen hatten einen GAF-Wert unter 60, jedoch eine Lebenszufriedenheit im Normbereich.

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen GAF- und SWLS-Kriterium

	Akut	Remittiert (SWLS)	Genesen (SWLS)
Akut	11	0	0
Remittiert (GAF)	0	16	10
Genesen (GAF)	0	7	12

Anmerkung: Anzahl Probandinnen pro Zelle

Der Phi-Koeffizient der beiden Genesungskriterien zeigte einen geringen, nicht-signifikanten Zusammenhang ($\Phi=0,244$; $p=0,102$). Der Zusammenhang zwischen GAF und subjektiver Lebenszufriedenheit ($r=0,584^{**}$) verändert sich mit der Höhe des Funktionsniveaus (siehe Abbildung 5). In den Randbereichen der GAF zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen GAF und Lebenszufriedenheit ($r=0,745^{**}$): ein niedriger GAF-Wert unter 51 ging in der Regel mit einer Lebenszufriedenheit unter dem Bereich der Allgemeinbevölkerung einher, ein hoher GAF-Wert über 70 überwiegend mit einer Lebenszufriedenheit innerhalb des Normbereichs der

Allgemeinbevölkerung einher. Im mittleren Bereich von GAF-Werten zwischen 51 und 70 war der Zusammenhang deutlich geringer und nicht signifikant ($r=0,256$) und es gab sowohl Probandinnen mit hoher als auch mit niedriger Lebenszufriedenheit.

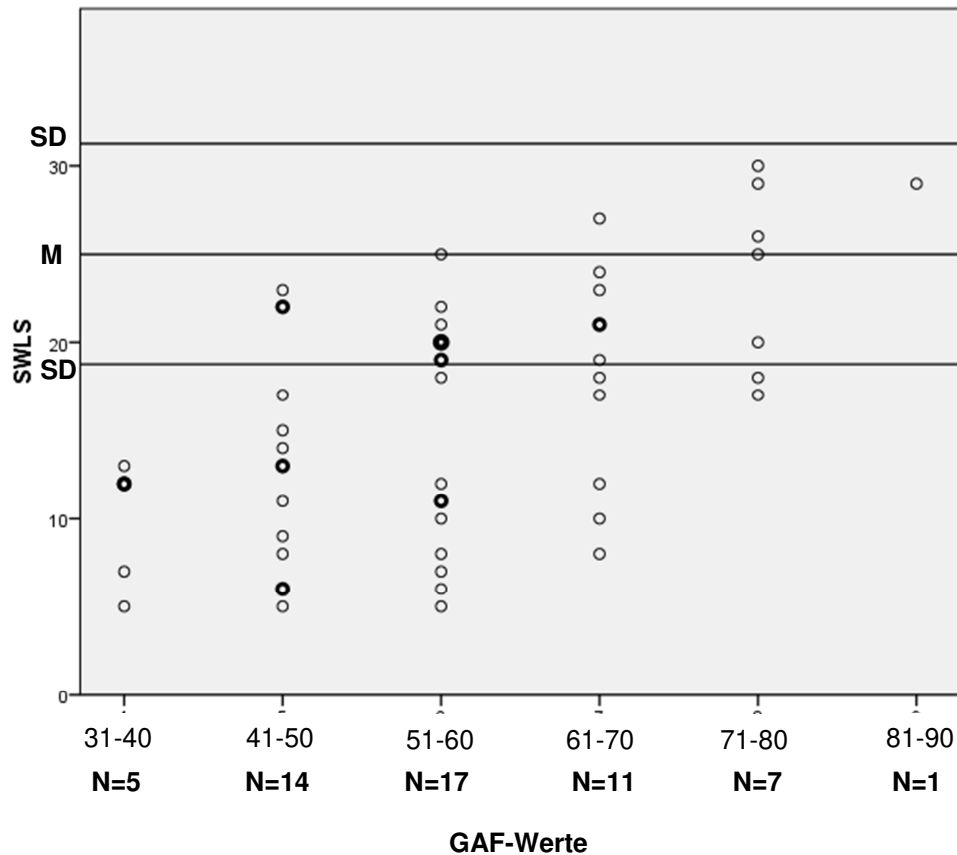


Abbildung 5: Streudiagramm zum Zusammenhang zwischen allgemeinem Funktionsniveau und Lebenszufriedenheit (M= Mittelwert SWLS; SD=Standardabweichung SWLS); Randstärke der Kreise entspricht der Häufigkeit der Probandinnen (1-3)

5.2.2 Vergleich GAF-Kriterium und SWLS-Kriterium mit relevanten Bereichen von Genesung

Zur weiteren Validierung des gewählten alternativen Genesungskriteriums wurden außerdem Korrelationen mit der direkten Frage an die Probandinnen berechnet, wie genesen sie sich hinsichtlich ihrer BPS-Symptomatik fühlen (Antwort auf einer Skala von 0 (ganz und gar nicht genesen) bis 10 (ganz und gar genesen)). Die Korrelation des Mittelwertes auf diese Frage mit dem GAF-Kriterium für Genesung betrug $r=0,617^{**}$, die mit dem alternativen Genesungskriterium (Remission + Lebenszufriedenheit) betrug $r=0,669^{**}$. Der numerische Unterschied war nicht signifikant ($z=1,337$; $p=0,091$).

Fast alle ausgewählten Indikatoren für Genesung korrelierten signifikant mit der Frage nach Genesung (siehe Tabellen 3-7): BPS-Symptomatik, allgemeine Symptombelastung, Schwere der depressiven Symptomatik, Traumasymptomatik, Impulsivität, Ärger, Emotionsregulation, affektive Instabilität, zwischenmenschliche Probleme und wahrgenommene soziale Unterstützung, Selbstwert, Lebensqualität (mit Ausnahme der Rollenfunktion des SF-36) und die Krankheitswahrnehmung (mit Ausnahme der persönlichen Kontrolle). Für das Körperbild zeigte sich ein gemischtes Bild, hier korrelierten nur die Subskalen Appearance Evaluation, Fitness und Health Orientation und die Body Area Satisfaction mit der Frage nach Genesung. Keinen Zusammenhang zur Frage nach Genesung zeigte sich in folgenden Bereichen: dissoziativen Symptomatik (FDS), ADHS, Partnerschaftszufriedenheit (PFB-K), Ärgerkontrolle (STAXI) und relative Bedeutung der individuellen Werte. In der relativen Umsetzung der Werte korrelierte nur Self-enhancement mit der Frage nach Genesung.

Die Korrelationen zwischen den Genesungskriterien und der allgemeinen Symptombelastung war numerisch höher, wenn als Kriterium die Lebenszufriedenheit gewählt wurde, mit Ausnahme der IES-R (Impact of Event Scale) und des FDS (Fragebogen zu dissoziativen Symptomen), siehe Tabelle 4. Die Unterschiede waren aber statistisch nicht signifikant.

Tabelle 4: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und der allgemeinen Symptombelastung

	BSL-23	BSI	BDI-II	IES-R	FDS	ADHS	BIS
N	55	55	55	43	54	54	53
Genesung (Remission + GAF)	-0,527**	-0,536**	-0,527**	-0,532**	-0,405**	-0,118	-0,344*
Genesung (Remission + SWL)	-0,639**	-0,610**	-0,599**	-0,470**	-0,281*	-0,170	-0,436**
Direkte Frage nach Genesung	-0,651**	-0,547**	-0,550**	-0,472**	-0,268	-0,190	-0,392**

Anmerkung: Korrelationen (Pearson); *Korrelation signifikant auf 0,05 Niveau (2-seitig); **Korrelation signifikant auf 0,01 Niveau (2-seitig)

Im Bereich der Emotionsregulation, der sozialen Beziehungen und des Selbstwerts korrelierten alle Indikatoren numerisch stärker mit dem Lebenszufriedenheitskriterium als mit dem GAF-Kriterium, mit Ausnahme der affektiven Instabilität (ALS; siehe Tabelle 5). Die Korrelationen mit dem Lebenszufriedenheitskriterium waren

signifikant höher für die wahrgenommene soziale Unterstützung (WasU; $z=2,681$; $p=0,004$).

Tabelle 5: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und der Emotionsregulation, sozialen Beziehungen sowie dem Selbstwert

	Trait-Ärger	Ärger-Kontrolle	Nach innen gerichteter Ärger	Nach außen gerichteter Ärger	DERS	AAQ-II	ALS	F-SozU WasU	IIP-C	PFB-K	RSE
	STAXI										
N	55	55	55	55	55	55	51	55	54	26	55
Genesung (Remission + GAF)	-0,382**	0,181	-0,336*	-0,409**	-0,549**	-0,511**	-0,440**	0,321*	-0,491**	0,365	0,555**
Genesung (Remission + SWL)	-0,484**	0,212	-0,482**	-0,412**	-0,647**	-0,643**	-0,396**	0,564**	-0,625**	0,464*	0,658**
Direkte Frage nach Genesung	-0,467**	0,232	-0,471**	-0,321*	-0,568**	-0,588**	-0,418**	0,441**	-0,532**	0,310	0,639**

Anmerkung: Korrelationen (Pearson); *Korrelation signifikant auf 0,05 Niveau (2-seitig); **Korrelation signifikant auf 0,01 Niveau (2-seitig)

Im Bereich der Lebensqualität zeigte sich ein unterschiedliches Bild für die verwendeten Fragebögen (siehe Tabelle 6). Für den WHO-QOL Bref zeigten sich numerisch höhere Werte für alle Bereiche außer der physischen Gesundheit bei Anwendung des Lebenszufriedenheitskriteriums, für den SF-36 waren die Subskalen für die psychische Gesundheit numerisch stärker korreliert mit dem Lebenszufriedenheitskriterium (Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden) und die körperliche Gesundheit stärker mit dem GAF-Kriterium (mit Ausnahme der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, die ebenfalls stärker mit dem Lebenszufriedenheitskriterium korrelierte). Der EQ-5D Gesamtwert war numerisch stärker korreliert mit dem GAF-Kriterium, die visuelle Analogskala des EQ5D zeigte numerisch keinen Unterschied zwischen den Genesungskriterien. Signifikante Unterschiede in den Korrelationen zeigten sich im Bereich soziale Beziehungen des WHO-QOL Bref ($z=-3,370$; $p=0,000$) und für das psychische Wohlbefinden des SF-36 ($z=1,927$; $p=0,027$), mit höheren Korrelationen für das Lebenszufriedenheitskriterium.

Tabelle 6: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und der subjektiven Lebensqualität

	Physische Gesundheit	Psychische Gesundheit	Soziale Beziehungen	Umwelt	Allg. Lebensqualität	Körperl. Funktionsfähigkeit	Körperl. Rollenfunktion	Körperliche Schmerzen	Allg. Gesundheitswahrn.	Vitalität	Soziale Funktionsfähigkeit	Emotionale Rollenfunktion	Psychisches Wohlbefinden	Gesamt	VAS
	WHO-QOL Bref				SF-36									EQ-5D	
N	53	55	54	55	54	54	54	53	51	55	55	54	55	55	54
Genesung (Remission + GAF)	0,412**	0,600**	0,243	0,331*	0,514**	0,361**	0,201	0,256	0,317*	0,347**	0,283*	0,319*	0,419**	0,523**	0,409**
Genesung (Remission + SWL)	0,369**	0,704**	0,555**	0,460**	0,549**	0,240	0,120	0,223	0,328*	0,393**	0,302*	0,338*	0,587**	0,425**	0,404**
Direkte Frage nach Genesung	0,389**	0,678**	0,411**	0,534**	0,630**	0,295*	0,094	0,310*	0,363*	0,393**	0,295*	0,307*	0,544**	0,490**	0,482**

Anmerkung: Korrelationen (Pearson); *Korrelation signifikant auf 0,05 Niveau (2-seitig); **Korrelation signifikant auf 0,01 Niveau (2-seitig)

Die Indikatoren für das eigene Körperbild korrelierten numerisch etwas stärker mit dem GAF-Kriterium (Body-Areas Satisfaction korrelierte sogar deutlich stärker mit dem GAF-Kriterium) oder zeigten nur sehr geringe Unterschiede (siehe Tabelle 7). Keiner der Unterschiede war signifikant. Einige der Subskalen für das Körperbild korrelierten mit keinem der Genesungskriterien signifikant (Appearance Orientation, Fitness und Health Evaluation, Illness Orientation und Overweight Preoccupation).

Indikatoren für die Krankheitswahrnehmung korrelierten numerisch stärker mit dem GAF-Kriterium im Bereich Zeitverlauf und zyklisches Auftreten, im Bereich Behandlungskontrolle, der Kohärenz und der emotionalen Repräsentation numerisch höher mit dem Lebenszufriedenheitskriterium (siehe Tabelle 7). Für die Konsequenzen und die persönliche Kontrolle bestanden nur sehr geringe Unterschiede. Keiner der genannten Unterschiede war signifikant.

Tabelle 7: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und dem Körperbild und Krankheitswahrnehmung

	Appearance Evaluation	Appearance Orientation	Fitness Evaluation	Fitness Orientation	Health Evaluation	Health Orientation	Illness Orientation	Body Areas Satisfaction	Overweight Preoccupation	Self-classified Weight	Zeitverlauf	Konsequenzen	Persönliche Kontrolle	Behandlungskontrolle	Kohärenz	Zyklisches Auftreten	Emot. Repräsentation
	MBSRQ										IPQ-R						
N	53	54	55	53	54	55	54	54	55	55	54	54	53	52	53	53	53
Genesung (Remission + GAF)	0,380**	0,021	-0,077	0,111	0,147	0,303*	-0,003	0,435**	-0,001	-0,124	-0,429**	-0,492**	0,111	0,250	0,145	-0,397**	-0,452**
Genesung (Remission + SWL)	0,313*	0,053	0,013	0,087	0,079	0,283*	-0,036	0,313*	0,000	-0,046	-0,342*	-0,485**	0,106	0,330*	0,239	-0,268	-0,481**
Direkte Frage nach Genesung	0,337*	0,242	0,130	0,384**	0,163	0,555**	-0,005	0,292*	-0,021	-0,102	-0,441**	-0,475**	0,248	0,464**	0,390**	-0,321*	-0,418**

Anmerkung: Korrelationen (Pearson); *Korrelation signifikant auf 0,05 Niveau (2-seitig); **Korrelation signifikant auf 0,01 Niveau (2-seitig)

In Bezug auf das Werteprofil und die Umsetzung individueller Werte ergab sich ein gemischtes Bild. Die Korrelationen zwischen dem Werteprofil und Genesung waren sehr gering und alle nicht signifikant, so dass daraus gefolgert werden kann, dass die relative Bedeutung der unterschiedlichen Werte nicht mit Genesung zusammenhängen (unabhängig vom gewählten Genesungskriterium). Ein anderes Bild ergab sich in der Umsetzung der Werte (siehe Tabelle 8). Openness to change korrelierte positiv und signifikant mit dem GAF-Kriterium für Genesung, Conservation hingegen ebenfalls signifikant, aber negativ. Keiner der Wertebereiche korrelierte in der Umsetzung signifikant mit dem Lebenszufriedenheitskriterium für Genesung.

Tabelle 8: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und den individuellen Werten (Profil und Umsetzung)

	Openness to change	Self-enhancement	Self-transcendence	Conservation	Openness to change	Self-enhancement	Self-transcendence	Conservation
	Werteprofil				Werte Umsetzung			
N	51	51	51	51	51	51	51	51
Genesung (Remission + GAF)	0,031	0,075	-0,041	-0,050	0,324*	0,267	-0,151	-0,332*
Genesung (Remission + SWL)	-0,001	-0,031	0,024	0,003	0,264	0,178	-0,181	-0,176
Direkte Frage nach Genesung	0,054	-0,028	-0,071	0,040	0,149	0,298*	-0,092	-0,167

Anmerkung: Korrelationen (Pearson); *Korrelation signifikant auf 0,05 Niveau (2-seitig); **Korrelation signifikant auf 0,01 Niveau (2-seitig)

5.3 Gruppenvergleiche und Normwerte - quantitativ

Zur Untersuchung der dritten Fragestellung zu Gruppenunterschieden zwischen nicht-remittierten, remittierten und genesenen Probandinnen bzw. zu noch bestehenden Beeinträchtigungen trotz Remission und Genesung wurden die Probandinnen in drei Gruppen aufgeteilt und deren Mittelwerte in relevanten Bereichen für Genesung mit Normwerten der Bevölkerung (bzw. mit Referenzwerten) verglichen. Relevante Bereiche für Genesung waren in Anlehnung an Katsakou et al. (2012): Schwere der BPS-Symptomatik, Komorbidität und allgemeine Symptombelastung, Emotionsregulation, Selbstwert und soziale Beziehungen/ Partnerschaft sowie zusätzlich Lebensqualität, berufliches und soziales Funktionsniveau, individuelle Werte, Krankheitswahrnehmung, Körperbild und Therapieinanspruchnahme seit der Studienteilnahme in Freiburg. Da der Vergleich der Genesungskriterien keinen Nachteil für das SWLS-Kriterium ergab, wurde für die weiteren Untersuchungen und den Gruppenvergleich ausschließlich das alternative Genesungs-Kriterium verwendet.

5.3.1 Allgemeine Symptombelastung, Komorbidität, Emotionsregulation, soziale Beziehungen, Selbstwert und Körperbild

Probandinnen mit einer noch akuten BPS berichteten im Durchschnitt 5,91 DSM-IV BPS-Kriterien, remittierte Probandinnen noch 2,22 und genesene nur noch 0,64. Beide Unterschiede waren signifikant (U-Test: $p=0,000$ und $p=0,000$). Die Häufigkei-

ten der BPS-Kriterien in den unterschiedlichen Gruppen (auch die der teilweise erfüllten Kriterien) sind in Abbildung 6 dargestellt.

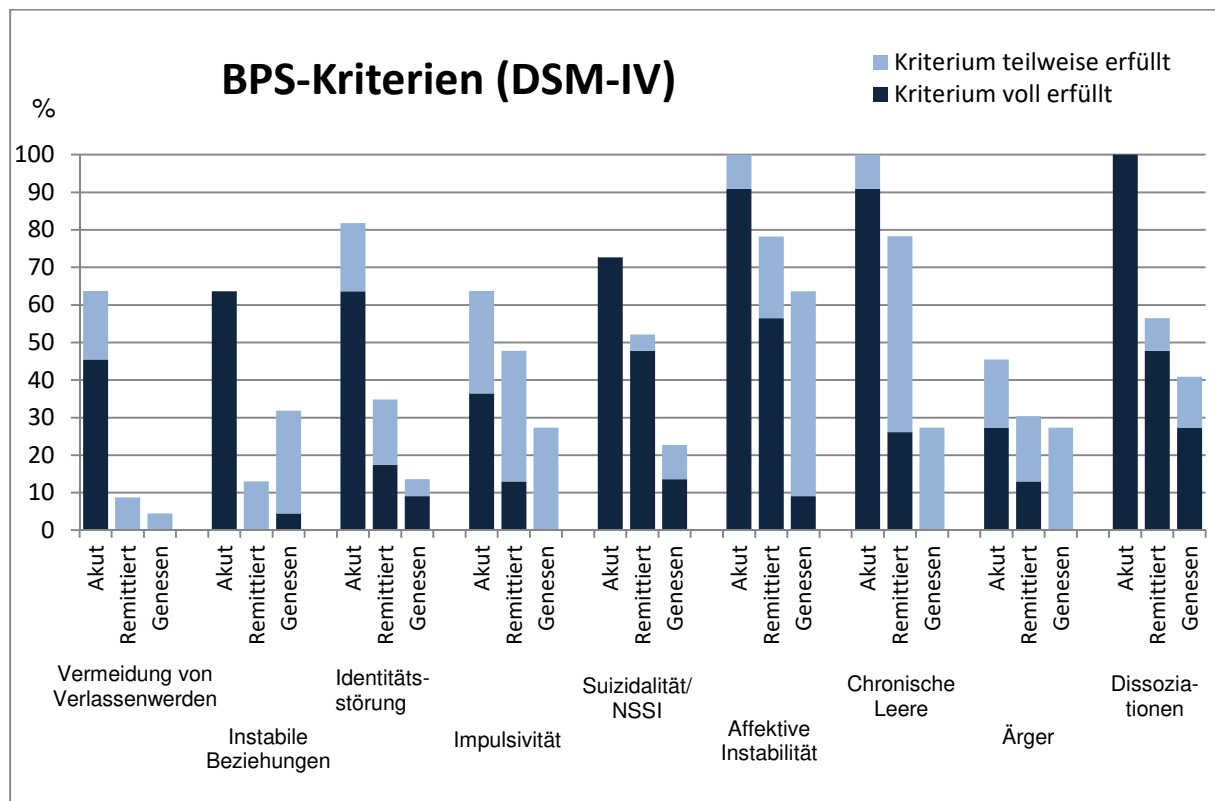


Abbildung 6: Anteil der Probandinnen mit voll erfüllten bzw. teilweise erfüllten DSM-IV BPS-Kriterien (nach IPDE) nach Gruppen

Alle nicht-remittierten Probandinnen erfüllten das Kriterium für Dissoziationen. Nimmt man die teilweise erfüllten Kriterien hinzu, so bestand bei allen zumindest zeitweise im vorausgegangenen Jahr eine chronische Leere auf sowie eine affektive Instabilität.

Remittierte Probandinnen unterschieden sich von den nicht-remittierten in der Häufigkeit, in der das Kriterium Vermeidung von Verlassenwerden erfüllt war ($Y(1)=8,901$; $p=0,003$), in Bezug auf Instabile Beziehungen ($Y(1)=14,744$; $p=0,000$), Identitätsstörung ($Y(1)=5,312$; $p=0,021$), chronische Leere ($Y(1)=10,083$; $p=0,001$) und Dissoziationen ($Y(1)=6,732$; $p=0,009$). Ein Großteil der remittierten Probandinnen berichtete immer noch über Suizidalität bzw. selbstverletzendes Verhalten (nonsuicidal self-injury; NSSI; 47,8%), affektive Instabilität (56,5%) und Dissoziationen (47,8%). Die Kriterien Vermeidung von Verlassenwerden und instabile Beziehungen wurde von remittierten Probandinnen nicht mehr erfüllt.

Genesene Probandinnen erfüllten im Vergleich zu remittierten signifikant weniger häufig die Kriterien Suizidalität/ NSSI ($Y(1)=4,641$; $p=0,031$), affektive Instabilität ($Y(1)=9,349$; $p=0,002$) und chronische Leere ($Y(1)=4,557$; $p=0,033$). Sie berichteten noch am häufigsten über Dissoziationen (27,3%). Nimmt man die teilweise erfüllten Kriterien hinzu war noch bei mehr als 60% der genesenen Probandinnen eine affektive Instabilität vorhanden, bei etwa 40% Dissoziationen.

Die komorbiden Achse-I-Störungen der Probandinnen in den unterschiedlichen Gruppen sind in Tabelle 9 dargestellt. Trotz numerischer Unterschiede unterschieden sich remittierte nicht signifikant von nicht-remittierten Probandinnen in der Häufigkeit der einzelnen komorbiden Störungen oder der Gesamtzahl komorbider Störungen. Genesenen Probandinnen unterschieden sich in der Gesamtzahl komorbider Störungen von remittierten ($t(43)=2,139$; $p=0,038$), nicht aber in der Häufigkeit einer bestimmten komorbiden Störung. Mehr als die Hälfte der remittierten Probandinnen und noch etwa knapp ein Drittel der genesenen erfüllten die Kriterien für eine Angststörung bzw. eine PTBS.

Tabelle 9: Anteil der Probandinnen mit komorbiden Achse-I-Störungen nach Gruppen

	Alle (N = 58)	Akut (N = 11)	Remittiert (N = 23)	Genesen (N = 22)
Affektive Störungen	35%	55%	44%	14%
Psychotische Störungen	7%	0%	4%	14%
Mindestens eine Substanzabhängigkeit	26%	36%	26%	23%
Angststörungen gesamt	47%	46%	61%	32%
Davon PTBS	43%	73%	52%	23%
Somatoforme Störungen	7%	9%	0%	5%
Essstörungen	3%	0%	4%	0%
Andere Störungen (Kleptomanie/ ADHS)	3%	9%	4%	0%
Anzahl komorbider Störungen gesamt (M (SD))	1,93 (1,60)	2,64 (1,55)	2,22 (1,62)	1,27 (1,32)

Anmerkung: Anteil der Probandinnen in %; M (SD)

Es wurde untersucht, inwieweit die Probandinnen in verschiedenen psychopathologischen Bereichen, die mit BPS und Genesung in Verbindung stehen, Normwerte erreichten. Dazu gehörten die allgemeine Symptombelastung, die Emotionsregulation, der Selbstwert, soziale Beziehungen/ Partnerschaft sowie das Körperbild. Falls keine Normwerte vorhanden waren, wurden Referenzwerte zum Vergleich genutzt (Normwerte lagen für den F-SozU vor, das IIP-C, das BSI, STAXI, MBSRQ und den PFB-K; für die übrigen Fragebögen waren Referenzwerte für Gesunde angegeben, für den AAQ-II, die DERS sowie die BIS standen Referenzwerte von Studenten zur

Verfügung). Die Mittelwerte der Probandinnen sowie Norm- bzw. Referenzwerte sind in Tabelle 10 dargestellt. Werte, die sich nicht signifikant von den Normwerten unterschieden und damit den Normbereich erreichten, sind in der Tabelle gekennzeichnet. Der Partnerschaftsfragebogen wurde nur von Probandinnen ausgefüllt, die sich aktuell in einer Beziehung befanden (N=26; davon gab eine Probandin an, in einer unsicheren Beziehung zu sein).

Tabelle 10: Deskriptive Statistik sowie Norm-/ Referenzwerte der allgemeinen Symptombelastung, der Emotionsregulation, der sozialen Beziehungen. des Selbstwertes sowie des Körperbildes nach Gruppen

Bereich	Messinstrument (Literatur zu Norm-/ Referenzwerten)	Norm-/ Referenz wert	N	Alle	T-Test	N	Akut	T-Test	N	Remittiert	T-Test	N	Genes en	T-Test
BPS- Symptomatik und allgemeine Symptom- belastung	BSL-23 (Bohus et al., 2007) ¹	0,40 (0,22)	55	1,11 (0,85)	t(54)=6,152; p=0,000	10	2,04 (0,77)	t(9)=6,727; p=0,000	23	1,23 (0,73)	t(22)=5,486; p=0,000	22	0,55 (0,54)*	n.s.
	BSI GSI (Franke, 2000)	0,35 (0,23)	55	0,94 (0,61)	t(54)=7,084; p=0,000	10	1,57 (0,65)	t(9)=5,977; p=0,000	23	1,03 (0,46)	t(22)=7,080; p=0,000	22	0,55 (0,45)*	n.s.
	BDI-II (Hautzinger et al., 2009)	7,40 (7,30)	55	18,55 (11,46)	t(54)=7,214; p=0,000	10	28,40 (12,96)	t(9)=5,123; p=0,001	23	21,87 (9,71)	t(22)=7,146; p=0,000	22	10,59 (6,49)	t(21)=2,305; p=0,031
	FDS (Freyberger et al., 1998)	4,84 (4,09)	54	17,51 (13,74)	t(53)=6,774; p=0,000	10	30,07 (16,36)	t(9)=4,877; p=0,001	22	13,02 (10,27)	t(21)=3,736; p=0,001	22	16,29 (12,60)	t(21)=4,262; p=0,000
	BIS (Patton et al., 1995)	63,32 (10,16)	53	65,23 (10,84)*	n.s.	9	74,00 (12,71)	t(8)=2,521; p=0,036	22	64,50 (8,89)*	n.s.	22	62,36 (10,16)*	n.s.
	STAXI (Schwenkmezger et al., 1992): Trait-Ärger	18,01 (5,10)	55	20,56 (7,00)*	t(54)=2,707; p=0,009	10	25,80 (5,81)	t(9)=4,241; p=0,002	23	21,87 (6,39)	t(22)=2,896; p=0,008	22	16,82 (6,25)*	n.s.
	STAXI: Ärger- Kontrolle	21,90 (5,26)	55	22,73 (4,66)*	n.s.	10	21,20 (5,35)*	n.s.	23	22,35 (4,00)*	n.s.	22	23,82 (4,93)*	n.s.
	STAXI: nach innen gerichteter Ärger	16,07 (4,19)	55	18,82 (5,04)	t(54)=4,043; p=0,000	10	21,40 (3,53)	t(9)=4,769; p=0,001	23	20,78 (5,13)	t(22)=4,410; p=0,000	22	15,59 (16,07)*	n.s.
	STAXI: nach außen gerichteter Ärger	12,97 (3,81)	55	12,64 (4,42)*	n.s.	10	16,01 (5,22)*	n.s.	23	12,78 (4,00)*	n.s.	22	10,91 (3,61)**	t(21)=-2,677; p=0,014
	Emotions- regulation	DERS (Graz & Roemer, 2004)	77,99 (20,72)	55	96,55 (30,93)	t(54)=4,449; p=0,000	10	126,50 (23,13)	t(9)=6,631; p=0,000	23	105,13 (25,01)	t(22)=5,204; p=0,000	22	73,95 (23,08)*
AAQ (Bond et al., 2011)		18,53 (7,52)	55	30,13 (10,61)	t(54)=8,108; p=0,000	10	38,90 (4,65)	t(9)=13,842; p=0,000	23	34,30 (7,20)	t(22)=10,515; p=0,000	22	21,77 (9,85)*	n.s.
ALS (Aas et al., 2015)		0,49 (0,41)	51	1,18 (0,55)	t(50)=8,861; p=0,000	9	1,66 (0,64)	t(8)=5,453; p=0,001	22	1,15 (0,49)	t(21)=6,389; p=0,000	20	0,99 (0,48)	t(19)=4,687; p=0,000
Soziale Beziehungen	F-SozU WasU (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999)	3,90 (0,63)	55	3,40 (0,85)*	t(54)=-4,411; p=0,000	10	2,84 (0,86)	t(9)=3,900; p=0,004	23	3,05 (0,74)	t(22)=-5,547; p=0,000	22	4,01 (0,54)*	n.s.
	IIP-C (Braehler, Horowitz, Kordy, Schumacher, & Strauß, 1999)	1,29 (0,52)	54	1,80 (0,52)*	t(53)=7,271; p=0,000	10	2,26 (0,33)	t(9)=9,287; p=0,000	23	1,96 (0,34)	t(22)=9,308; p=0,000	21	1,41 (0,49)*	n.s.

	PFB-K (Kliem et al., 2012)	18,83 (4,72)	26	17,85 (6,11)*	6	14,50 (7,06)*	9	16,00 (6,78)*	11	21,18 (3,09)**	t(10)=-2,522; p=0,030
Selbstwert	RSE (from the author; combined samples 2001+2002)	31,11 (5,54)	55	25,78 (8,68)*	10	17,90 (4,89)	23	22,74 (6,97)	22	32,55 (6,72)*	n.s.
		t(54)=-4,551; p=0,000		t(9)=-8,549; p=0,000		t(22)=-5,761; p=0,000		t(21)=-7,391; p=0,000		t(22)=-5,336; p=0,000	n.s.
	MBSRQ (Cash, 2000):										
	Appearance Evaluation	3,36 (0,87)	53	2,44 (1,03)	9	2,24 (1,25)	22	2,05 (0,83)	22	2,92 (0,96)	t(21)=-2,161; p=0,042
	MBSRQ: Appearance Orientation	3,91 (0,60)	54	3,15 (0,75)	10	3,18 (0,88)	22	3,05 (0,76)	22	3,23 (0,71)	t(21)=-4,474; p=0,000
	Fitness Evaluation	3,48 (0,97)	55	3,01 (1,13)	10	3,60 (1,36)*	23	2,46 (0,91)	22	3,30 (1,03)*	n.s.
	Fitness Orientation	3,20 (0,85)	53	3,03 (0,87)*	10	3,02 (1,20)*	21	2,90 (0,79)*	22	3,16 (0,79)*	n.s.
	Health Evaluation	3,86 (0,80)	54	3,16 (0,93)	10	3,22 (0,76)	22	2,98 (1,05)	22	3,32 (0,88)*	n.s.
	Health Orientation	3,75 (0,70)	55	3,31 (0,72)	10	2,96 (0,89)	23	3,26 (0,75)	22	3,52 (0,56)*	n.s.
	Illness Orientation	3,21 (0,84)	54	2,75 (0,83)	10	2,96 (0,97)*	22	2,62 (0,90)	22	2,79 (0,67)	t(21)=-2,915; p=0,008
	MBSRQ: Body Areas Satisfaction	3,23 (0,74)	54	2,71 (0,76)	10	2,46 (0,88)	22	2,52 (0,66)	22	3,03 (0,73)*	n.s.
	MBSRQ: Overweight Preoccupation	3,03 (0,96)	55	2,90 (1,05)*	10	2,80 (1,29)*	23	2,98 (0,95)*	22	2,85 (1,07)*	n.s.
	MBSRQ: Self classified Weight	3,57 (0,73)	55	3,76 (0,92)*	10	3,70 (1,06)*	23	3,89 (0,89)*	22	3,66 (0,90)*	n.s.

Anmerkung: M (SD) sowie Stichprobengrößen N; *kein signifikanter Unterschied zwischen Mittelwert und Referenz-/Normwert (T-Test; p>0,05); **signifikanter Unterschied zwischen Mittelwert und Referenz- bzw. Normwert, aber höhere Ausprägung als der Referenz- bzw. Normwert; ¹ aufgrund hoher Interkorrelationen zwischen der BSL-23 und der BSL-95 (Bohus et al., 2009) wurden die Referenzwerte der BSL-95 genutzt, da für die BSL-23 keine Referenzwerte vorliegen

Die Gruppe der nicht-remittierten Probandinnen erreichte Normwerte im Bereich Ärgerkontrolle sowie bei nach außen gerichtetem Ärger (beides Subskalen des STAXI; State-Trait-Anger-Inventory), im Bereich der Partnerschaft (PFB-K; Partnerschaftsfragebogen) sowie im Bereich des Körperbildes (MBSRQ; Multidimensional body-self relations questionnaire) auf den Skalen Fitness Evaluation und Orientation, Illness Orientation, Overweight Preoccupation und Self-classified Weight. Die Gruppe der remittierten Probandinnen erreichte Normwerte in den Bereichen Impulsivität (BIS; Barrat Impulsivity Scale), Ärgerkontrolle sowie bei nach außen gerichtetem Ärger (beides Subskalen des STAXI; State-Trait-Anger-Inventory), im Bereich der Partnerschaft (PFB-K; Partnerschaftsfragebogen) und im Bereich des Körperbildes (MBSRQ; Multidimensional body-self relations questionnaire) auf den Skalen Fitness Orientation, Overweight Preoccupation und Self-classified Weight. Sie erreichen keine Normwerte (im Gegensatz zu den nicht-remittierten Probandinnen) in den Bereichen Fitness Evaluation und Illness Orientation des MBSRQ. Genesene Probandinnen erreichten in allen untersuchten Bereichen Normwerte mit Ausnahme von Depressivität (BDI-II), Dissoziationen (FDS), der affektiven Instabilität (ALS), der Appearance Evaluation und Orientation sowie der Illness Orientation (Subskalen des MBSRQ). Der Wert des BDI-II lag mit 10,59 laut Manual noch im Bereich einer minimalen Depression (Hautzinger et al., 2009)⁹.

Um zu untersuchen, inwieweit die selbst noch bei genesenen Probandinnen bestehende dissoziative Symptomatik mit der noch bestehenden Traumasymptomatik zusammenhing, wurde eine post-hoc-Analyse der Probandinnen mit und ohne PTBS in Bezug auf Dissoziationen durchgeführt. Probandinnen mit komorbider PTBS in der Gesamtstichprobe hatten signifikant höhere Dissoziationswerte als die Probandinnen ohne PTBS (FDS; U-Test: $p=0,014$).

Für die Impact-of-event-scale (IES-R) lagen keine Normwerte bzw. Referenzwerte vor. Die Mittelwerte dieser Variable sind in Tabelle 11 dargestellt. Die IES-R wurde nur von Probandinnen ausgefüllt, bei denen ein traumatisches Erlebnis vorlag, erhoben mit dem SKID-I (N=46; davon lag bei 38 Probandinnen ein sexueller Missbrauch in der Kindheit vor). Die Werte für die BSL-Verhaltensitems (Angaben für

⁹ Laut Manual werden Werte des BDI-II zwischen 9 und 13 als minimale Depression eingestuft (Hautzinger et al., 2009)

das vorausgegangene Jahr) sowie Informationen zu Suizidversuchen sind ebenfalls in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Deskriptive Statistik für die Traumasymptomatik, Verhaltensitems der BSL-23 sowie Angaben zu Suizidversuchen nach Gruppen

	N	Alle	N	Akut	N	Remittiert	N	Genesen
IES-R	43	52,09 (25,18)	8	74,63 (19,84)	16	57,94 (18,89)	19	37,68 (23,52)
Selbstverletzung	55	0,60 (0,92)	10	1,40 (1,27)	23	0,61 (0,72)	22	0,23 (0,69)
Suizidäußerungen	55	0,33 (0,51)	10	0,60 (0,52)	23	0,39 (0,50)	22	0,14 (0,47)
Suizidversuch	55	0,15 (0,45)	10	0,00 (0,00)	23	0,26 (0,54)	22	0,09 (0,43)
Fressanfälle	55	1,00 (1,22)	10	2,00 (1,33)	23	1,04 (1,26)	22	0,50 (0,80)
Brechanfälle	54	0,28 (0,69)	10	0,60 (1,08)	22	0,36 (0,73)	22	0,05 (0,21)
Hochrisikoverhalten	55	0,31 (0,72)	10	1,10 (1,10)	23	0,13 (0,46)	22	0,14 (0,47)
Betrunken	55	0,64 (1,01)	10	1,10 (1,37)	23	0,57 (0,99)	22	0,50 (0,80)
Drogen	55	0,13 (0,55)	10	0,20 (0,63)	23	0,09 (0,42)	22	0,14 (0,64)
Medikamente	55	0,44 (0,94)	10	0,80 (1,69)	23	0,52 (0,85)	22	0,18 (0,40)
Wutausbrüche	55	0,47 (0,90)	10	0,90 (1,10)	23	0,48 (0,99)	22	0,27 (0,63)
Promiskuität	55	0,16 (0,50)	10	0,30 (0,68)	23	0,13 (0,46)	22	0,14 (0,47)
Befindlichkeitsskala	55	55,16 (25,68)	10	34,20 (19,80)	23	48,26 (26,88)	22	71,91 (14,67)
Anteil der Probandinnen mit Suizidversuch	58	91,4%	11	100%	23	91,3%	22	86,4%
Anzahl der Suizidversuche	53	6,26 (5,73)	11	5,00 (3,85)	21	6,38 (5,01)	19	7,42 (7,30)
Alter bei erstem Suizidversuch	52	19,02 (7,60)	10	18,10 (9,79)	21	19,38 (7,86)	19	19,11 (6,77)

Anmerkung: M (SD); Anteil der Probandinnen in %; N: Anzahl der Probandinnen

Remittierte Probandinnen unterschieden sich mit signifikant niedrigeren Werten von nicht-remittierten in den Bereichen der aktuellen BPS-Symptomatik gesamt (BSL-23; U-Test; $p=0,018$), in Bezug auf die Verhaltensitems der BSL im Hochrisikoverhalten (U-Test: $p=0,016$), in Impulsivität (BIS; $t(29)=2,380$; $p=0,024$), der affektiven Instabilität (ALS; $t(29)=2,344$; $p=0,026$), Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation (DERS; $t(31)=2,304$; $p=0,028$), im Bereich zwischenmenschliche Probleme (IIP-C; $t(31)=2,325$; $p=0,027$), in der allgemeinen Symptombelastung (BSI; U-Test: $p=0,016$), Dissoziationen (FDS; U-Test: $p=0,009$) und (entgegen der erwarteten Richtung) im Bereich der Einschätzung ihrer körperlichen Fitness (Fitness Evaluation des MBSRQ; $t(13)=2,419$; $p=0,031$).

Genesene Probandinnen unterschieden sich durch niedrigere Werte von remittierten in den Bereichen der allgemeinen BPS-Symptomatik (BSL-23; U-Test: $p=0,000$), auf der BSL-Befindlichkeitsskala ($t(34)=-3,684$; $p=0,001$), im Bereich der Verhaltensitems bei Selbstverletzungen (U-Test: $p=0,010$) und Suizidäußerungen (U-Test: $p=0,030$), in Bezug auf Depressivität (BDI-II; $t(43)=4,558$; $p=0,000$), in Bezug auf die Trau-

masymptomatik (IES-R; $t(33)=2,771$; $p=0,009$), in Subskalen des STAXI (Trait-Ärger: $t(43)=2,680$; $p=0,010$; nach außen gerichteter Ärger: U-Test: $p=0,036$; nach innen gerichteter Ärger: $t(43)=3,859$; $p=0,000$), in Bezug auf Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS; $t(43)=4,340$; $p=0,000$ und AAQ; U-Test: $p=0,000$), im Bereich zwischenmenschliche Probleme (IIP-C; $t(42)=4,324$; $p=0,000$) und in der allgemeinen Symptombelastung (BSI; U-Test: $p=0,001$). Sie gaben einen signifikant höheren Selbstwert an (RSE; $t(43)=-4,803$; $p=0,000$), eine höhere wahrgenommenen sozialen Unterstützung (WasU, Subskala des F-SozU; $t(43)=-4,993$; $p=0,000$), sowie eine stärkere Zufriedenheit mit dem Aussehen, ihrem Körper und eine höhere Fitness (Subskalen des MBSRQ: Appearance Evaluation: U-Test: $p=0,003$; Fitness Evaluation: $t(43)=-2,897$; $p=0,006$; Body Area Satisfaction: $t(42)=-2,412$; $p=0,020$).

5.3.2 Lebensqualität

Die Ergebnisse zur subjektiven Lebensqualität unterschieden sich wie bereits für die Gesamtstichprobe beschrieben, je nach verwendetem Messinstrument bei der Analyse der unterschiedlichen Gruppen. Alle Gruppenmittelwerte wurden mit den Normwerten der allgemeinen Bevölkerung verglichen, gematcht nach Geschlecht und Altersgruppe (Angermeyer et al., 2000). Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 dargestellt.

Nicht-remittierte Probandinnen erreichten bereits Normwerte in den Bereichen körperliche Rollenfunktion und körperliche Schmerzen des SF-36, aber nicht im WHO-QOL Bref oder dem EQ-5D. Remittierte erreichten ausschließlich Normwerte im Bereich körperliche Schmerzen des SF-36. Genesene Probandinnen erreichten Normwerte in fast allen gemessenen Bereichen der Lebensqualität mit Ausnahme der physischen und psychischen Lebensqualität des WHO-QOL Bref und der sozialen Funktionsfähigkeit des SF-36 (siehe Tabelle 12).

Remittierte Probandinnen unterschieden sich nicht signifikant von nicht-remittierten, unabhängig vom verwendeten Messinstrument. Genesene Probandinnen unterschieden sich von remittierten in den Bereichen allgemeine Gesundheitswahrnehmung gemessen mit dem SF-36 ($t(40)=-2,363$; $p=0,023$), Vitalität ($t(43)=-3,186$; $p=0,003$), emotionale Rollenfunktion ($t(42)=-2,148$; $p=0,038$) und psychisches Wohlbefinden ($t(43)=-3,988$; $p=0,000$), ebenfalls gemessen mit dem SF-36.

Genesene Probandinnen hatten in allen Bereichen der Lebensqualität, gemessen mit dem WHO-QOL Bref, signifikant höhere Werte als remittierte (physische Lebensqualität: $t(42)=-2,479$; $p=0,017$; psychische Lebensqualität: $t(43)=-5,753$; $p=0,000$; soziale Beziehungen: $t(43)=-4,769$; $p=0,000$; Umwelt: $t(43)=-3,563$; $p=0,001$; allgemeine Lebensqualität: $t(42)=-4,019$; $p=0,000$), im EQ-5D ebenfalls (VAS: $t(42)=-2,508$; $p=0,016$; EQ5D Gesamtwert: $t(43)=-2,174$; $p=0,035$).

Tabelle 12: Deskriptive Statistik für die subjektive Lebensqualität nach Gruppen

		Norm- werte	N	Akut	N	Remittiert	N	Genesen
WHO- QOL Bref	Physische Gesundheit	78,57 (16,30)	9	35,19 (16,48)	22	38,96 (16,88)	22	52,44 (19,11)
	Psychische Gesundheit	73,93 (15,98)	10	17,08 (12,95)	23	28,91 (16,52)	22	55,61 (14,49)
	Soziale Beziehungen	72,67 (19,44)	9	38,89 (22,82)	23	44,57 (16,97)	22	68,75 (17,05)*
	Umwelt	70,73 (13,97)	10	57,81 (16,49)	23	61,28 (11,95)	22	76,32 (16,15)*
	Allgemeine Lebensqualität	68,33 (17,51)	10	33,75 (24,33)	22	43,75 (16,25)	22	65,91 (20,11)*
SF-36	Körperliche Funktionsfähigkeit	86,57 (17,09)	9	68,89 (35,71)	23	73,26 (26,61)	22	83,41 (18,28)*
	Körperliche Rollenfunktion	81,56 (31,84)	10	60,00 (47,43)*	23	51,09 (46,15)	21	70,24 (43,75)*
	Körperliche Schmerzen	64,17 (24,83)	10	49,90 (30,46)*	21	51,71 (31,83)*	22	66,36 (30,01)*
	Allg. Gesundheitswahrnehmung	67,40 (17,88)	9	46,33 (24,92)	22	48,95 (23,73)	20	66,40 (24,08)*
	Vitalität	57,49 (18,28)	10	30,5 (15,17)	23	30,87 (17,30)	22	49,09 (20,97)*
	Soziale Funktionsfähigkeit	84,33 (20,70)	10	42,50 (26,48)	23	50,00 (30,15)	22	66,48 (31,67)
	Emotionale Rollenfunktion	86,99 (28,22)	10	30,00 (42,89)	23	40,58 (43,76)	21	68,25 (41,47)*
	Psychisches Wohlbefinden	69,69 (17,32)	10	36,00 (10,33)	23	45,57 (18,40)	22	66,55 (16,81)*
EQ5D	Gesamtwert	92,73 (11,33)	10	63,00 (16,36)	23	72,17 (13,47)	22	81,82 (16,22)*
	VAS	79,03 (15,79)	10	44,40 (26,47)	23	53,52 (23,44)	21	70,33 (20,77)*

Anmerkung: M (SD); *Mittelwert liegt innerhalb einer Standardabweichung um den Mittelwert der Normwerte

Um ad hoc zu untersuchen, ob genesene Probandinnen eine Lebensqualität im Bereich der Allgemeinbevölkerung erreichten, wenn eine höhere subjektive Lebenszufriedenheit zur Operationalisierung von Genesung verwendet wurde, wurde der SWLS-Wert schrittweise erhöht, bis die Werte der Lebensqualitätsbereiche sich

nicht mehr signifikant von den Werten der Allgemeinbevölkerung unterschieden. Erst wenn zur Operationalisierung von Genesung ein SWLS-Wert von 26 als untere Grenze gewählt wurde (statt bisher 19), unterschieden sich genesene Probandinnen (N=5) sowohl im physischen (M=68,81; SD=11,77) als auch im psychischen Bereich der Lebensqualität (M=70,83; SD=13,50), gemessen mit dem WHO-QOL Bref, und der sozialen Funktionsfähigkeit (M=87,50; SD=17,68), gemessen mit dem SF-36 nicht mehr signifikant von der Allgemeinbevölkerung.

5.3.3 Soziales und berufliches Funktionsniveau

Indikatoren für das berufliche und soziale Funktionsniveau wurden mit Normwerten in der Allgemeinbevölkerung verglichen, soweit verfügbar – gematcht nach Altersgruppe und Geschlecht. Insgesamt wiesen die Probandinnen der vorliegenden Studie deutliche Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Funktionsniveau im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung in Deutschland auf (Mikro Zensus, statistisches Bundesamt, 2016; siehe Tabelle 13). Die Tatsache, verheiratet zu sein ($\chi^2(1)=10,513$; $p=0,0012$), Kinder zu haben ($\chi^2(1)=40,455$; $p=0,000$), die Anzahl der Kinder ($t(53)=-7,158$; $p=0,000$) und die Berufstätigkeit ($\chi^2(1)=23,887$; $p=0,000$) waren signifikant weniger häufig als in der Allgemeinbevölkerung. Die Schulbildung sowie die Ausbildung unterschieden sich hingegen nicht signifikant von der der Allgemeinbevölkerung (siehe Tabelle 13). Selbst die Gruppe der genesenen Probandinnen erreicht in den genannten Bereichen (verheiratet sein, Anzahl Kinder sowie Berufstätigkeit) nicht den Bereich der Allgemeinbevölkerung.

Für die GAF-Skala liegen keine Normwerte vor, da es sich dezidiert um ein Messinstrument des Funktionsniveaus bei psychisch Kranken handelt. In der Literatur werden sowohl ein Wert über 60 als auch ein Wert über 70 als Grenze zwischen normalem und pathologischem Funktionsniveau verwendet. Die Gruppe der Genesenen erreicht daher nur einen gesunden Bereich, wenn ein GAF-Wert von 60 als Grenzwert festgelegt wird.

Tabelle 13: Deskriptive Statistik für die Schul- und Ausbildung sowie das soziale und berufliche Funktionsniveau nach Gruppen

		Allg.- bev.	N	Alle	N	Akut	N	Remit- tiert	N	Gene- sen
	GAF-Wert	----	58	55,91 (13,10)	11	44,45 (7,75)	23	53,87 (11,14)	22	62,14 (12,09)
Schul- abschluss	Keiner	4%	55	2%*	10	0%*	23	4%*	22	0%*
	Hauptschule	22%	55	16%*	10	10%*	23	13%*	22	22,7%*
	Realschule	37%	55	38%*	10	50%*	23	30,4%*	22	40,9%*
	Abitur	37%	55	42%*	10	40%*	23	47,8%*	22	36,4%*
Aus- bildung	Kein Abschluss	17%	54	24%*	9	33%*	23	21,7%*	22	22,7%*
	Lehre	52%	54	43%*	9	44%*	23	39,1%*	22	45,5%*
	Fachschule	11%	54	7%*	9	11%*	23	13,0%*	22	0%*
	Studium	19%	54	26%*	9	11%*	23	26,1%*	22	31,8%*
Familiärer Status	Verheiratet	45%	55	24%	10	10%	23	30,4%	22	22,7%
	Feste Partner- schaft	----	55	46%	10	50%	23	39,1%	22	50,0%
	Davon zusamen- lebend	----	25	68%	5	60%	9	77,8%	11	63,6%
	Kinder	72%	55	33%	10	20%	22	40,9%	22	31,8%
	Anzahl Kinder (M (SD))	1,91	54	0,74 (1,20)	10	0,40 (0,84)	22	0,91 (1,27)	22	0,73 (1,28)
	Anzahl Freunde (M (SD))	----	55	3,78 (3,46)	10	2,40 (2,12)	23	3,52 (4,48)	22	4,68 (2,44)
Berufliches Funktionsniveau	Vollzeittätigkeit	----	55	13%	10	0%	23	17,4%	22	13,6%
	Teilzeittätigkeit	-----	55	22%	10	10%	23	17,4%	22	31,8%
	Geringfügig beschäftigt	-----	55	13%	10	10%	23	17,4%	22	9,1%
	Beschützt beschäftigt	----	55	9%	10	10%	23	13,0%	22	4,5%
	Hausfrau	-----	55	4%	10	0%	23	4,3%	22	4,5%
	Studium/ Ausbildung	-----	55	2%	10	10%	23	0%	22	0%
	Rente	-----	55	2%	10	0%	23	4,3%	22	0%
	Erwerbsminde- rungsrente	-----	55	40%	10	60%	23	34,8%	22	36,4%
	Berufstätig insgesamt	83%	55	53%	10	30%	23	57%	22	59%
	Gesetzliche Betreuung	----	58	10,3%	11	18,2%	23	13,0%	22	4,5%

Anmerkung: M (SD); Anzahl der Probandinnen in %; N: gültige Fälle; *Werte unterscheiden sich nicht signifikant von den Normwerten der allgemeinen Bevölkerung

Remittierte Probandinnen unterschieden sich nicht signifikant von nicht-remittierten in den oben genannten Bereichen, mit Ausnahme des allgemeinen Funktionsniveaus (GAF; $t(32)=-2,517$; $p=0,017$). Genesene Probandinnen unterschieden sich ebenfalls signifikant von remittierten im allgemeinen Funktionsniveau (GAF; $t(43)=-2,387$; $p=0,021$), aber nicht in den übrigen Bereichen.

5.3.4 Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Das Gesundheitsverhalten der Probandinnen wurde operationalisiert über die Häufigkeit Sport zu machen (4-stufige Skala von „regelmäßig mehr als 2 Stunden wöchentlich“ bis „keine sportliche Betätigung“), die Ausprägung, in der sie auf gesundheitsbewusste Ernährung achten (von „sehr stark“ bis „gar nicht“), dem Anteil der Probandinnen, die rauchen oder Drogen nehmen bzw. in der Vergangenheit Drogen genommen haben, der Häufigkeit des Alkoholkonsums (von „regelmäßig“ bis „nie“) sowie über den Body-Mass-Index (BMI). Die Ergebnisse nach Gruppen sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Deskriptive Statistik für das Gesundheitsverhalten nach Gruppen

	N	Alle	N	Akut	N	Remittiert	N	Genesen
Sport	54	2,41 (1,17)	10	2,10 (1,29)	23	2,70 (1,15)	21	2,24 (1,14)
Rauchen	55	52,7%	10	50%	23	52,2%	22	54,5%
Bedeutung von Ernährung	55	2,58 (0,81)	10	2,70 (0,95)	23	2,78 (0,80)	22	2,32 (0,72)
Alkoholkonsum	50	3,44 (0,56)	9	3,31 (0,81)	22	3,47 (0,54)	19	3,47 (0,48)
Drogen aktuell	54	3,7%	9	11,1%	23	0%	22	4,5%
Drogen früher	54	31,5%	9	55,6%	23	30,4%	22	22,7%
BMI	55	26,57 (6,30)	10	27,40 (7,87)	23	25,65 (4,56)	22	27,14 (7,21)

Anmerkung: M (SD); Anzahl der Probandinnen in %; N: gültige Fälle

In Bezug auf verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen nicht-remittierten und remittierten Probandinnen. Für genesene Probandinnen war es wichtiger als für remittierte auf eine gute Ernährung zu achten ($t(43)=2,005$; $p=0,046$), die anderen Bereiche unterschieden sich ebenfalls nicht voneinander.

Die Inanspruchnahme der Behandlungen seit der Freiburger Studienteilnahme ist in Tabelle 15 dargestellt. In der Regel erinnerten sich die Probandinnen nur noch grob an die genauen Zeiträume ihrer Behandlung¹⁰, so dass einige Angaben gemeinsam mit den Probandinnen geschätzt wurden. Einige der Probandinnen reichten im Nachhinein genauere Angaben (aus Arztbriefen oder eigenen Notizen) nach, so dass die Angaben präzisiert werden konnten.

¹⁰ z. B. Anzahl der Psychotherapiekontakte: zwei Jahre lang etwa alle 1-2 Wochen, dann noch 1 Jahr lang einmal pro Monat; stationäre Kriseninterventionen nach Selbstverletzung: ~30 Mal; zur Vereinfachung der Schätzungen wurde für ein Jahr mit 50 Wochen gerechnet

Tabelle 15: Deskriptive Statistik für die Inanspruchnahme von Therapien seit der Studienteilnahme in Freiburg sowie Alter bei Erstbehandlung nach Gruppen

	N	Alle	N	Akut	N	Remit- tiert	N	Genesen
Stationäre Aufenthalte auf einer psychiatrischen oder psychosomatischen Station								
Anteil der Probandinnen mit mindestens einer stationären Behandlung	57	79,3%	11	72,7%	23	95,7%	21	68,2%
Davon: Anteil der Probandinnen mit längerem stationären Aufenthalt (>1 Monat)	57	65,5%	11	54,5%	23	78,3%	21	66,7%
Davon: Durchschnittliche Anzahl stationärer Aufenthalte	46	9,07 (12,04)	8	10,88 (11,80)	22	7,91 (12,58)	15	10,33 (12,18)
Gesamtdauer aller stationärer Aufenthalte (in Tagen)	46	425,76 (716,92)	8	416,88 (487,10)	22	444,68 (982,52)	15	429,13 (271,33)
Anteil der Probandinnen mit stationärer Behandlung in den letzten 2 Jahren	57	29,8%	11	36,4%	23	30,4%	21	28,6%
Teilstationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Tagesklinik								
Anteil der Probandinnen mit mindestens einer tagesklinischen Behandlung	57	27,6%	11	45,5%	23	30,4%	21	18,2%
Davon: Anzahl tagesklinischer Aufenthalte	16	4,44 (8,72)	5	3,80 (3,63)	7	6,86 (12,89)	4	1,00 (0,00)
Ambulante Behandlung aufgrund psychischer Probleme								
Anteil der Probandinnen mit ambulanter psychiatrischer Behandlung	58	34,5%	11	18,2%	23	34,8%	22	40,9%
Durchschnittliche Anzahl der ambulanten psychiatrischen Kontakte	20	168,75 (163,32)	2	200,00 (70,71)	8	195,75 (188,69)	9	101,00 (108,25)
Anteil der Probandinnen mit hausärztlicher Behandlung	53	3,4%	10	9,1%	21	4,3%	19	0
Durchschnittliche Anzahl der hausärztlichen Kontakte	2	350	1	300	1	400	0	0
Anteil der Probandinnen mit ambulanter Psychotherapie:	58	96,6%	11	81,8%	23	100%	22	100%
Davon: Verhaltenstherapie	56	33,9%	9	55,6%	23	26,1%	22	36,4%
Davon: Tiefenpsychologie/	56	1,8%	9	0%	23	0%	22	4,5%
Davon: VT und Tiefenpsychologie/ Psychoanalyse im Wechsel	56	30,4%	9	11,1%	23	52,2%	22	18,2%
Davon: Unklare Therapierichtung (Probandinnen war Therapierichtung nicht bekannt)	56	32,1%	9	33,3%	23	17,4%	22	40,9%
Davon: andere Therapierichtung (Gesprächstherapie nach Rogers)	56	1,8%	9	0%	23	4,3%	22	0%

Ergebnisse

Durchschnittlicher Zeitraum, in dem ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen wurde (in Monaten)	56	92,16 (60,67)	9	71,44 (45,18)	23	102,30 (54,32)	22	96,32 (70,62)
Durchschnittliche Gesamtanzahl ambulanter Psychotherapiekontakte	52	223,91 (207,18)	8	235,56 (180,53)	22	282,04 (244,63)	20	142,36 (109,37)
Anteil der Probandinnen, die andere ambulante Therapien in Anspruch genommen haben (Skillsgruppe, Selbsthilfegruppe, Kunst-/ Musik-/ Ergotherapie, Reit-/ Körpertherapie, Beratungsstelle)	58	22,4%	11	27,3%	23	21,7%	22	22,7%
Durchschnittliche Gesamtanzahl Therapiekontakte andere	13	93,62 (63,00)	3	114,00 (62,19)	5	102,60 (70,63)	5	72,40 (63,32)
Anteil der Probandinnen mit Psychotherapie im vorausgegangenen Jahr	58	67,9%	11	77,8%	23	78,3%	22	59,1%
Störungsspezifische Therapien								
Anteil der Probandinnen, die explizit Traumatherapie gemacht haben	58	19%	11	0%	23	26,1%	22	18,2%
Anteil der Probandinnen, die explizit DBT gemacht haben	58	34,5%	11	45,5%	23	34,8%	22	31,8%
Medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka								
Anteil der Probandinnen mit aktueller Medikamenteneinnahme	58	60,3%	11	63,6%	23	69,6%	22	54,5%
Davon: Durchschnittliche Anzahl der aktuellen Psychopharmaka	35	2,63 (1,24)	7	2,43 (1,40)	16	2,44 (0,89)	12	3,00 (1,54)
Davon: Anteil der Probandinnen mit mehr als 2 Psychopharmaka	35	45,7%	7	42,9%	16	43,7%	12	50%
Beginn der Behandlung aufgrund von psychischen Problemen								
Durchschnittliches Alter bei Erstbehandlung	58	19,90 (7,06)	11	19,45 (5,87)	23	21,17 (7,57)	22	19,00 (7,46)
Durchschnittliches Alter bei der ersten stationären Behandlung	57	21,61 (8,01)	11	20,73 (5,73)	23	23,87 (9,42)	22	19,82 (7,28)
Durchschnittliches Alter bei der ersten Medikamenteneinnahme (Psychopharmaka)	58	21,95 (6,63)	11	20,45 (5,66)	23	23,17 (7,87)	22	21,68 (5,95)

Anmerkung: Anteil der Probandinnen in %; M (SD)

Die Probandinnen hatten seit der Studienteilnahme in Freiburg eine große Anzahl weiterer Therapien in Anspruch genommen, sowohl ambulant als auch stationär. Etwa 80% der Probandinnen hatten mindestens eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen, fast alle hatten eine ambulante Psychotherapie gemacht, 68% noch im letzten Jahr vor der Studienteilnahme. 60% der Probandinnen nahmen auch zum Zeitpunkt der Nachbefragung noch Psychopharmaka ein.

Die Inanspruchnahme von Therapien unterschied sich nicht signifikant zwischen remittierten und nicht-remittierten Probandinnen. Genesene Probandinnen hatten signifikant weniger stationäre Therapien in Anspruch genommen als remittierte (U-Test: $p=0,042$) und hatten weniger häufig Verfahrenswechsel zwischen Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie/ Psychoanalyse ($Y(1)=4,284$; $p=0,038$) vorgenommen.

5.3.5 Krankheitswahrnehmung und individuelle Werte

Für die Krankheitswahrnehmung (IPQ-R; Illness perceptions questionnaire) lagen keine Normwerte bzw. Referenzwerte vor. Die individuellen Werte sowie die Krankheitswahrnehmung nach Gruppen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Die Krankheitswahrnehmung unterschied sich nicht signifikant zwischen nicht-remittierten und remittierten Probandinnen. Genesene unterschieden sich von remittierten Probandinnen in Bezug auf die Krankheitswahrnehmung in den Bereichen Konsequenzen (U-Test: $p=0,002$), Behandlungskontrolle ($t(41)=-2,623$; $p=0,012$), Kohärenz ($t(41)=-2,100$; $p=0,042$) und emotionale Repräsentation ($t(30)=3,048$; $p=0,005$), d. h. genesene Probandinnen nahmen im Vergleich zu remittierten Probandinnen weniger negative Konsequenzen ihrer Erkrankung auf das eigene Leben und das persönliche Umfeld wahr, gaben eine stärkere subjektive Behandlungskontrolle an (Gefühl, dass die Behandlung der Erkrankung hilft, sie zu verbessern), ein höheres Kohärenzgefühl (Gefühl, die Krankheit zu verstehen) und eine geringere emotionale Repräsentation, d.h. eine geringere Ausprägung von negativen Gefühlen wie Angst, Wut oder Beunruhigung in Bezug auf die Erkrankung.

Bei den individuellen Werten hatte der Wert Conservation (Traditionen bewahren, Konformität) in der Gesamtstichprobe die größte Bedeutung für die Probandinnen, gefolgt von Self-transcendence (Wohltätigkeit und Universalismus), Openness to change (freies Denken und Verhalten, Unabhängigkeit) und Self-enhancement (eigenes Wohlergehen, Erfolg). Die Rangfolge der Bedeutung unterschied sich in den unterschiedlichen Gruppen nicht. In der Umsetzung der individuellen Werte in der Gesamtstichprobe zeigte sich eine andere Rangfolge: Conservation-Werte wurden am stärksten umgesetzt, gefolgt von Openness to change, Self-transcendence und Self-enhancement. Die Umsetzung von Openness to change

schien sich mit zunehmender Genesung zu erhöhen. Die Umsetzung von Conservation-Werten war auch bei den nicht-remittierten Probandinnen am stärksten ausgeprägt, allerdings hatte Openness to change eine geringere Bedeutung als Self-transcendence. Self-enhancement war am wenigsten stark umgesetzt, wie in den anderen beiden Gruppen. In der Gruppe der remittierten waren die Werte Openness to change und Self-enhancement nahezu gleich stark umgesetzt, bei genesenen war nach Conservation Openness to change stärker umgesetzt als Self-transcendence. Insgesamt schien die stärkere relative Umsetzung von Conservation mit einer Genesung zurückzugehen (von 0,91 auf 0,41) und Self-enhancement leicht in der relativen Umsetzung zu steigen (von -0,77 auf -0,55).

Vergleiche der Gruppen für die individuellen Werte oder Vergleiche mit einer Referenzstichprobe erfolgten nicht, weil durch die zentrierten Werte ausschließlich die individuelle relative Bedeutung der Werte im Vergleich zu den anderen Werten interpretiert werden kann.

Tabelle 16: Deskriptive Statistik der Krankheitswahrnehmung und der individuellen Werte nach Gruppen

		N	Alle	N	Akut	N	Remit- tiert	N	Genesen
IPQ-R	Zeitverlauf	54	18,77 (4,85)	10	21,00 (3,16)	23	19,65 (4,25)	21	16,75 (5,51)
	Konsequenzen	54	18,98 (4,85)	10	21,70 (2,50)	23	20,61 (2,95)	21	15,90 (5,76)
	Persönliche Kontrolle	53	14,68 (3,74)	10	14,20 (3,36)	23	14,43 (3,45)	20	15,20 (4,31)
	Behandlungskontrolle	52	12,71 (3,30)	9	11,56 (4,07)	23	11,87 (3,02)	20	14,20 (2,80)
	Kohärenz	53	19,64 (4,78)	10	18,90 (4,07)	23	18,39 (4,98)	20	21,45 (4,50)
	Zyklisches Auftreten	53	12,53 (3,74)	10	14,30 (3,59)	23	12,65 (3,50)	20	11,50 (3,90)
	Emotionale Repräsentation	53	16,31 (5,59)	10	19,70 (3,83)	23	17,83 (3,75)	20	12,86 (6,39)
Werteprofil	Openness to change	51	-0,57 (1,70)	9	0,20 (1,46)	21	-1,23 (1,84)	21	-0,24 (1,46)
	Self-enhancement	51	-3,45 (1,52)	9	-3,27 (2,34)	21	-3,53 (1,57)	21	-3,46 (1,05)
	Self-transcendence	51	1,29 (1,17)	9	0,93 (1,18)	21	1,54 (1,09)	21	1,19 (1,24)
	Conservation	51	2,09 (1,89)	9	1,67 (1,75)	21	2,45 (1,88)	21	1,92 (1,98)
Werte Umsetzung	Openness to change	51	0,13 (0,84)	9	-0,27 (1,10)	21	0,09 (0,72)	21	0,35 (0,80)
	Self-enhancement	51	-0,64 (0,49)	9	-0,77 (0,46)	21	-0,68 (0,45)	21	-0,55 (0,54)
	Self-transcendence	51	-0,02 (0,56)	9	0,10 (0,49)	21	0,05 (0,61)	21	-0,15 (0,54)
	Conservation	51	0,51 (0,88)	9	0,91 (1,08)	21	0,45 (0,93)	21	0,41 (0,72)

Anmerkung: M (SD); zentrierte Werte für die individuellen Werte (SD)

5.4 Subjektives Verständnis von Genesung – qualitativ

Zur Untersuchung der vierten Fragestellung zum subjektiven Verständnis von Genesung wurden die qualitativen Interviews der 58 Probandinnen ausgewertet. Zum einen wurden genesungsrelevante Bereiche erfragt, zum anderen das Verständnis von Genesung und die eigene Einschätzung zum aktuellen Stand der Genesung. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen dem Verständnis von Genesung und der subjektiven Genesung untersucht.

5.4.1 Relevante Kategorien für Genesung

Die Probandinnen wurden in den durchgeführten Interviews darum gebeten zu beschreiben, was Genesung für sie ausmacht bzw. ausmachen würde. Insgesamt beschrieben sie mit großer Übereinstimmung acht Kategorien, die für eine Genesung

bedeutsam waren oder in denen sie weitere Fortschritte machen müssten, um von einer Genesung sprechen zu können: (1) Aktuelle psychopathologische Symptomatik (von 100% der Probandinnen genannt), (2) Identität/ Selbstwert (100%), (3) Soziale Beziehungen (98%), (4) Alltagskompetenzen (98%), (5) Krankheitsbewältigung (98%), (6) Umgang mit Gefühlen (91%), (7) Vergangenheitsbewältigung (93%) und (8) Werteorientierung (83%).

Die ersten fünf Kategorien wurden beinahe von allen Probandinnen genannt (98%-100%), die übrigen Kategorien wurden etwas seltener genannt, wiesen aber immer noch eine hohe Relevanz für den größten Teil der Probandinnen auf (83%-93%). Alle Kategorien enthielten sowohl positive Aspekte für eine gelungene Genesung als auch negative Aspekte für eine fehlende Genesung.

Symptomatik

Im Bereich der aktuellen Symptomatik war für die Teilnehmer vor allem der Rückgang der Symptome in folgenden Bereichen wichtig: **Borderline, Trauma, depressive Symptomatik, Ängste, Sucht, Essstörungen** und andere Symptome, die seltener genannt wurden, wie ADHS, Zwänge und unspezifische Probleme. Beispiele für fehlende und erreichte Genesung sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich aktuelle psychopathologische Symptomatik

Aktuelle psychopathologische Symptomatik	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P3: „Ich bin immer noch sehr sehr vorsichtig bei neuen Leuten und hab auch immer noch Angst“; „immer so auf der Hut zu sein und immer irgendetwas Böses zu erwarten aus irgendeiner Richtung“</p> <p>P13: „Aber es ist einfach so, diese körperliche Nähe, dass man das nicht aushält, nach wie vor, nach all den Jahren (...) Also für meinen Mann ist das ein Alptraum, schätze ich mal. – (...) Muss ja nicht mal um Sex gehen, es fängt schon bei der Umarmung oder Küssen an, ich kann das nicht aushalten. Ich muss mich dann nach wie vor aus meinem Körper beamen, dass ich das zulassen kann. Das würde ich mir auch anders wünschen, aber da habe ich die Hoffnung aufgegeben.“</p> <p>P10: „Also ich schneide mich jetzt seit 16 Jahren (...) nicht mehr. Aber das Bedürfnis ist immer noch da. Also auch stark zum Teil. Also auch so, dass ich immer noch die Skills anwenden muss. Das geht nicht weg. Und Suizidalität ist auch zum Teil noch ...“</p> <p>P36: „Warum ich immer noch in meinem Leben manchmal stehe und denke, mein ganzes Leben hat keinen Sinn und für alle und für mich und für meine Kinder und für alle wäre es besser, wenn ich nicht mehr leben würde, ja. Und jedes Mal muss ich irgendwo in mir nach was suchen, was dann sagt, oh es fühlt sich jetzt so schlimm an, aber es ist es ja nicht. (...) vielleicht wird es ein bisschen seltener ja (...), aber in bestimmten Zuständen und in Phasen in meinem Leben fühlt sich das genauso beschissen an wie immer früher schon.“</p>	<p>P12: „Von Symptomen kann ich nicht mehr reden.“</p> <p>P8: „Die - wohl Depression, die wohl so als Depression geschimpft wird-, es hat sich verteilt auf wenige Tage, manchmal nur Stunden, es ist nicht mehr so oft, also ich habe mehr glückliche Momente als schlechte, also traurige Momente.“</p> <p>P10: „Also was sich schon gehalten hat, ist dieses nicht mehr schneiden. Das hat sich tatsächlich gehalten. Da bin ich auch froh drüber. Ich will das auch nicht mehr. Also das ist einfach ein Schritt zurück, den ich nicht mehr machen möchte.“</p> <p>P13: „Im Alltag merkt man jetzt gar nichts mehr.“</p> <p>P22: „Borderline, finde ich, hat eigentlich keinen Einfluss mehr auf mein Leben.“; „Also ich habe überhaupt nicht mehr diese Stimmungsschwankungen, ich habe so was ab und zu, also dass so Emotionen so quasi hochschießen, aber da gibt es eigentlich immer einen Anlass zu.“</p>

Identität/ Selbstwert

In der Kategorie Identität/ Selbstwert benannten die Probandinnen als genesungsrelevant, ein stärkeres **Selbstbewusstsein** zu entwickelt, selbstsicherer zu werden und sich selbst etwas zuzutrauen: Es ging auch darum, eine realistische Selbsteinschätzung zu gewinnen und ein **stabiles Selbstbild** aufzubauen. Viele gaben an, dass es für eine Genesung notwendig sei, sich selbst positiver zu sehen, **sich selbst zu akzeptieren** und eigene Bedürfnisse ernst zu nehmen und gut für sich selbst zu sorgen – aber auch zu sich selbst, seiner Vergangenheit und seinem Körper, ggf. zu den selbst zugefügten Narben zu stehen. Außerdem war es wichtig, **Selbstwirksamkeit** zu erleben, für etwas oder jemanden Verantwortung zu übernehmen (z. B. für ein Haustier, ein Patenkind oder im Beruf), sich Ziele zu setzen, eigene

Entscheidungen treffen zu können und Erfolgserlebnisse zu haben. Dazu gehört auch eine Verbesserung in der Selbstregulation.

Eine Beeinträchtigung des Selbstwertes wurde noch häufig beschrieben, auch wenn sich andere Bereiche verbessert hatten. Beispiele für fehlende und erreichte Genesung sind in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Identität/ Selbstwert

Identität/ Selbstwert	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P16: „Ich lebe jetzt mit einem Mann zusammen, zwei Jahre, das ist eine tolle Beziehung, die ist super harmonisch, wir haben glaube ich einmal gestritten in der Zeit. Er ist toll, er ist klasse, er ist Ingenieur, ist zehn Jahre älter wie ich, es passt super, aber schlussendlich frage ich mich immer, "bin ich das?"“</p> <p>P56: „Einfach nicht immer diese Selbstzweifel haben, diese negativen Gedanken.“</p> <p>P16: „das Wesentliche wäre der Selbstwert, weil, von dem ist unglaublich viel abhängig. Wenn ich mehr Selbst- oder wenn ich jetzt- wenn ich Selbstwert hätte, sagen wir mal so, würde sich ein Großteil der Symptomatik automatisch legen“</p>	<p>P32: „das finde ich wichtig und auch lernen, sich selber anzunehmen. Sich selber zu lieben, zu mögen. Das ist so, das war das Hauptproblem, dass ich das einfach nicht gemacht habe.“</p> <p>P4: „das ist das Gute, dass ich das jetzt sagen kann, nein, ich mache das nicht“, „ich kann vieles jetzt einfach aussprechen und ansprechen, was ich mich früher nie getraut habe“</p> <p>P32: „Aber es ist nicht mehr so übermächtig, dass ich mich total übel finde. Also ich konnte mich selber überhaupt nicht annehmen, mich lieben. Das ging nicht. Und das geht heute. Also heute habe ich ein anderes Gefühl zu mir selber.“</p> <p>P31: „Ich akzeptiere mich jetzt auch mit meinen Narben. Natürlich möchte ich nicht drauf angesprochen unbedingt werden, aber ich gehe raus mit kurzen Sachen. Egal, ob die Menschen gucken oder nicht.“</p> <p>P50: „Also ich versuche, einfach mit mir selber gut umzugehen. Und mich selber ernst zu nehmen“.</p>

Soziale Beziehungen

Für fast alle Probandinnen bestand ein Teil der Genesung in der Verbesserung sozialer Beziehungen zu Partnern, Kindern, Freunden, Kollegen und Nachbarn sowie der Ursprungsfamilie. Es war für die Betroffenen wichtig, **stabile, gesunde Beziehungen** zu haben, sich verbunden zu fühlen und für jemanden eine Bedeutung zu haben. Außerdem waren der Umgang mit **Emotionen in Beziehungen** und **soziale Fertigkeiten** wichtig: Nähe zulassen, Gefühle ausdrücken, mit Konflikten oder Verletzungen umgehen, vertrauen und Komplimente annehmen können. Die Probandinnen beschrieben außerdem Fertigkeiten wie Hilfe annehmen, Fehler zugeben, faire Beziehungen führen, Kontakte pflegen und aufrechterhalten, aber auch belastende Beziehungen beenden und sich abgrenzen zu können.

Für einige Probandinnen spielten Haustiere eine wichtige Rolle, wenn es darum ging, Berührungen zulassen zu können, Nähe erleben zu können ohne die Gefahr verletzt zu werden, und Gefühle von Einzigartigkeit und Bedeutung zu erleben. Viele der Probandinnen fühlten sich noch beeinträchtigt in diesem Bereich oder vermieden sehr enge Beziehungen. Beispiele für fehlende und erreichte Genesung sind in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P3: „ziemlich Schwierigkeiten mit Kontakten, mit neue Leute kennen zu lernen oder so, weil ich da halt eben immer sehr Angst hab oder misstrauisch bin oder diese ganzen Sachen.“</p> <p>P26: „weil ich mit Kontakten einfach Schwierigkeiten habe (...). Wenn Leute sagen, ruf doch mal an, dann traue ich mich nicht, immer die Angst, ich würde jemand stören.“; „Ich würde wahnsinnig gerne mehr Kontakte haben, ich würde unglaublich gerne mit manchen Leuten noch aus dem Chor telefonieren, aber ich schaffe es nicht“</p> <p>P68: „Also ich kann ins Kino und so, aber jede Beziehung führte bis jetzt ins Fiasko, wissen Sie? Und da habe ich mir geschworen, jetzt keine Beziehung mehr einzugehen“</p> <p>P65: „Also ich kenne viele Leute, ich habe viele Bekannte, aber so richtig einen Freundeskreis habe ich nicht.“</p> <p>P64: „Ich bin mir meines Beziehungsgestörtseins auch bewusst. (..) behindern tut es mich in der Form, dass ich eben nicht in der Partnerschaft leben kann. Das gehört zu den Dingen, die ich mir nicht vorstellen kann.“; „Fehlendes Vertrauen. Also nicht nur mangelhaft, sondern komplett grundlegend fehlendes Vertrauen. Zu viel Nähe. Fehlender Rückzug. Aber ich glaube, in erster Linie geht es um fehlendes Vertrauen. Ja oder auch auf meinen Körper bezogen. Das ist in der Partnerschaft auch ein Thema. Geht gar nicht.“</p>	<p>P5: „Die stehen einfach hinter mir, wenn's schwierige Sachen gibt, die ich meistern muss oder wo andere irgendwie gegen mich angehen wollen[.]. Und die würden im Notfall auch mal einen Rechtsanwalt holen oder so was, was ich mir so nicht leisten könnte.“</p> <p>P3: „Da steht jemand 100% hinter mir, und zwar nicht ein Therapeut, den ich einmal pro Woche sehe und der dafür bezahlt wird, sondern jemand der das möchte und das freiwillig macht und zwar Tag und Nacht, jeden Tag im Jahr.“</p> <p>P1: „Und das war ab diesem Moment, wo es dieses Kind gab, habe ich gewusst, also, ja wenn ich jetzt Patin werde, dann muss ich einfach am Leben bleiben, so, sonst kann ich das nicht machen. Und ich möchte nicht für das Kind so eine kranke Person sein, die in seinem Umfeld herumläuft. Und das war, glaube ich, dann zum ersten Mal so, in dem Leben nach meinem Leben als Kind, sodass es irgendwie wieder einen Sinn gab. Dass es nicht egal war, ob es mich gibt oder nicht und dass es nicht egal war, was ich mache.“</p> <p>P28: „es gibt einfach sehr krasse Menschen, die nicht gut tun, mir jedenfalls nicht. Und die halt, sagen wir mal so, aus dem Leben so weit wie möglich rauslassen. Die tun mir nicht gut, die triggern mich, die erinnern an mich an negative Aspekte von mir, die mich wieder abwerten“</p> <p>P44: „Ja, ich denke natürlich, schon auch diese Bestätigung von außen. Also dieses ja, letztendlich diese Wertschätzung von außen. [] Oder eben auch Freunde, Beziehungen, wichtig.“</p> <p>P31: „Nein, sie (die Hunde) wollen - sie wollen keinen Sex oder so, sie akzeptieren dich so, wie du bist und werfen dir nichts vor.“</p> <p>P57: „Nehmen wir mal an, man küsst sich und streichelt sich. Da musste ich aus der Situation auch raus. Da ging die Anspannung von null auf, vielleicht nicht grad auf hundert, aber auf 90. Innerhalb von relativ kurzer Zeit. Und das geht alles. Es ist wunderschön. Ja, ich fühle wie ein Mensch. Ganzheitlich von Kopf bis Fuß. Da ist nicht irgendwie was dazwischen, was ich jetzt nicht mag.“</p>

Alltagskompetenzen

Ein wichtiger Bereich war für die Probandinnen die Kategorie Alltagskompetenzen. Dazu gehörte auf der einen Seite für viele eine **berufliche Tätigkeit**: einer regelmäßigen Tätigkeit nachgehen, einen festen Arbeitsplatz haben, finanziell unabhängig sein, belastbar sein und nicht durch Krankheit auffallen; aber auch Erfolg haben und Anerkennung von außen zu bekommen. Auf der anderen Seite waren **Freizeitaktivitäten** wichtig: Verreisen können, positive Aktivitäten umsetzen, Hobbies haben, genießen, sowie **Alltagsaktivitäten**: auch an unbekannte Orte fahren können, aus dem Haus gehen können (auch spontan), Einkaufen, Essen gehen, Leute einladen, telefonieren, flexibel sein, Tagesstruktur, Körperpflege, die eigene Wohnung schön einrichten und sauber halten. **Sport** war für viele der Probandinnen wichtig, insbesondere zum Umgang mit Stress und Anspannung, aber auch für ein besseres Körpergefühl. Ein großer Bereich innerhalb dieser Kategorie war die **Unabhängigkeit**, in verschiedener Hinsicht: unabhängig sein vom Umfeld, von Symptomatik oder Stimmung, von Therapeuten oder Kliniken, von Medikamenten, von Ämtern oder anderer finanzieller Unterstützung, selbständig wohnen und arbeiten können; **Verkehrsmittel** nutzen können: Auto fahren können, Zug oder Bus nutzen können, mit dem Flugzeug fliegen. Als große Einschränkung in diesem Bereich nannten die Probandinnen eine reduzierte **Belastbarkeit** und niedrige Stresstoleranz, nicht genug Kraft zu haben, den Alltag zu bewältigen. Beispiele für fehlende und erreichte Genesung sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Alltagskompetenzen

Alltagskompetenzen	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P13: „Ich habe Probleme, ich würde gerne auch mal irgendwohin Essen gehen oder - ich kann - ich gehe auf keinen Geburtstag, weil - ich kann nicht wo hin, wo viele Leute sind, ich fahre nach wie vor keine Züge oder vermeide es. Es sind einfach so viele ein Stück weit von mir selbst gemachte Einschränkungen“</p> <p>P1: „Ich fahr grad mal für 10 Minuten Auto und das auch wirklich nur, wenn ich 100% fit bin. Ich bin unflexibel. Ich möchte, dass ich flexibler bin. Ich möchte auch mit anderen irgendwas unternehmen, in andere Städte gehen oder sonst irgendwas und ganz. Oder selbst das Einkaufen, ich bin jahrelang nicht einkaufen gegangen.“</p> <p>P2: „Oder, was weiß ich, die Leute gehen in die Sauna und Massagen und so. Also alles, was irgendwie mit Körper zu tun hat (...), das ist nicht machbar, es ist nicht tragbar für mich. Das ist Versteckspiel auch. Wobei es ist miteinander vermischt, also es ist eben einmal so dieses, dass man mit dem Körper ja sowieso eigentlich gar nichts anfangen kann, also dass man ... dass es nicht schön ist irgendwie gesehen zu werden oder dass gar nicht akzeptieren kann, also ... Und auf der anderen Seite eben die Angst davor ist, wie ist die Reaktion auf die Narben, schauen einen die Leute komisch an, wenn sie es sehen. Man trägt ja irgendwie seine Seele und seine Verletzbarkeit nach außen.“</p> <p>P2: „diese ganzen sozialen Anforderungen, die sind mir einfach viel zu viel.“ (bei der Arbeit)</p> <p>P3: „dass ich mich einfach nicht so verhalten kann wie es andere einfach tun würden. Und das macht mich manchmal auch etwas verzweifelt. Ich kann nicht in den Urlaub fahren, ich kann, lauter so Sachen, die für andere völlig normal und Alltag und so sind [nicht tun]“</p> <p>P16: „Lebensfähig heißt für mich, ganz konkret die Fähigkeit zu haben selbständig alleine, wichtig: alleine, zu leben. Ja, selbständig alleine zu leben. Ich würde gerne alleine leben können, ich kann es aber nicht.“</p> <p>P19: „Ich werde nie selbst für mich sorgen können, ich werde immer auf die Ämter angewiesen sein, was unangenehm ist, weil es ja auch manchmal Probleme gibt und man für alles Rechenschaft ablegen muss. Das ist sehr unangenehm. Also ich möchte schon gerne für mich selbst sorgen können, aber es geht halt nicht“</p>	<p>P38: „Also mir hilft es sehr, einen Job zu haben, bei dem ich gut bin. Und wo ich auch für meine Rolle geschätzt werde. Also das finde ich ganz toll.“</p> <p>P2: „Dass ich ausbildungsmäßig, egal, was ich gemacht habe, ab dem Zeitpunkt immer extrem erfolgreich war und sehr viel Anerkennung von außen“</p> <p>P22: „Arbeit ist für mich ein stabilisierender Faktor“</p> <p>P25: „Dass ich in keinem Abhängigkeitsverhältnis bin. Das ist für mich ganz arg wichtig.“</p> <p>P26: „Dass ich nicht mehr die ganze Zeit angespannt bin. Dass ich gerne aufstehe. Dass ich Lust habe, was zu tun und es einfach mache, ohne zu überlegen, warum ich jetzt gerade Lust dazu habe, ob es noch von der Zeit her passt und mich da schon wieder so unter Anspannung bringe, dass ich dazu gar keine Lust mehr habe. Dass ich das Ganze nicht negativ bewerten muss. Dass ich das nicht alles so..., sondern einfach mal machen kann. Sein kann sozusagen. Ohne Angst, ohne irgendwie überschäumende Wut. Ohne gleich wieder irgendein Gedankenkonstrukt im Kopf zu haben, was alles irgendwie kaputt macht oder so. Oder infrage stellt.“</p> <p>P36: „Ich hätte nie gedacht, dass ich irgendwann mal in der Küche stehe und für sechs Leute Essen koche einfach mal eben so. Also es ist ja auch ein logistischer Aufwand, den man irgendwie da betreibt. Also ich habe da einfach ganz viel Routine in relativ normalen Tätigkeiten zwar, aber die man natürlich in dieser großen Menge bei einer großen Familie auch irgendwie hinkriegen muss.“</p> <p>P38: „Also das Laufen geht zum Teil so weit, dass ich irgendwelche Glückgefühle kriege. Ja, wenn ich es übertreibe. Und damit kann ich dann auch schlafen. Also so der Sport hilft viel.“</p> <p>P45: „Weil ich gehe jetzt einkaufen, ich gehe mal in ein Kaufhaus. Ich gehe in die Stadt. Ich gehe auch alleine in die Stadt. Bin einmal froh, alleine zu gehen. Ich gehe in ein Café. Ich tausche gerne um. Ich kann aggressiv werden. Ich kann meine Wut rauslassen. Das war alles weg. Und das ist wieder da.“</p>

Krankheitsbewältigung

Zu einer Genesung gehörte für die Probandinnen eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung. Dazu gehörte es, ein Erklärungsmodell der eigenen Erkrankung zu haben, einen positiven Umgang mit der Erkrankung gefunden zu haben und mit der Erkrankung leben zu können. Es gehörte außerdem eine **Akzeptanz der Erkrankung dazu**, d. h. die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Teil von sich selbst zu akzeptieren, die Akzeptanz von anhaltenden Symptomen, unrealistische Ziele aufzugeben, Gelassenheit, die Akzeptanz negativer Auswirkungen der Erkrankung auf das bisherige Leben sowie ein offener Umgang mit der Erkrankung gegenüber Familie und Freunden. In dieser Kategorie spielten auch die **Hoffnung** auf Verbesserung der Symptomatik und der Lebensqualität eine Rolle sowie der Umgang mit Traurigkeit über krankheitsbedingte Verluste und mit Ängsten vor Rückfällen und vor der Zukunft. Beispiele für fehlende und erreichte Genesung sind in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Krankheitsbewältigung

Krankheitsbewältigung	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P1: „ich bin halt immer noch sehr wütend auf mich, wenn mir es schlecht geht.“</p> <p>P10: „Dieses völlige verloren haben von jeglicher Hoffnung. Das Gefühl, viele Sachen ... auf viele Sachen habe ich keinen Zugriff. Also Sachen, Lebensprozesse, die einfach für mein Alter normal sind, laufen komplett an mir vorbei, ohne, dass ich irgendwas dagegen tun kann.“</p> <p>P33: „Es ist mir unheimlich peinlich, ein Scheiß Borderliner zu sein und ein Kind. Die meisten Leute haben echt übelste Probleme mit Borderlinern. Und da sind die Medienberichte. [] Es ist einfach so, Borderliner sind echt schlimm.“</p> <p>P34: „Und wenn ich die Narben sehe, ich schäme mich furchtbar dafür. Ich habe schon überlegt, ob ich das eine, wo mich jeder immer so blöde drauf anquatscht, ich das übertätowieren lasse. Weil ich da oft abgestempelt werde. Zumal, wenn irgendwo eine Krankenschwester dazwischen sitzt oder so. Das, ich will auch nicht mehr so als Bordie bezeichnet werden.“</p> <p>P36: „Ich habe manchmal das Gefühl, diese Zeit damals, die ist ja schon so ein bisschen wie so ein schwarzes Loch da ja in meiner Lebensgeschichte. Das ist gar nicht einfach damit so weiter zu leben, weil da gibt es so viel wofür ich mich jetzt schäme, da gibt es so viel was ich mir da verbaut habe, da gibt es so viel was ich nie wieder gut machen kann, was ich nie wieder anders machen kann und ja und das sind so Sachen, da gibt es dann so Überreste, die man bis heute sieht. Also es gibt ganz viel, wo-, was ich jetzt einfach so halt habe und was ich aber nie einfach so mal locker und flockig jemandem erzählen kann auf der Straße.“</p> <p>P36: „Also ich lebe wie mit so einem Makel dann und kann mit niemandem reden und eigentlich muss ich mich ja vielleicht nicht dafür schämen, aber ich tue es halt. Es ist mir schon peinlich und unangenehm und ich denke, ich müsste viele Dinge einfach so im Verborgenen lieber lassen. Sonst will vielleicht keiner mit mir was so zu tun haben. Und das ist ja schon eine gewisse Erschwernis fürs weitere Leben. Also, wenn ich immer denke, na ja, das erzähle ich jetzt mal lieber nicht oder selbst wenn ich gefragt werde, antworte ich mal lieber nicht.“</p> <p>P67: „Mir war es dann schon sehr peinlich. Auch die ganze Krankheit irgendwie, auch jetzt noch.“</p>	<p>P32: "Zu erkennen, wann so ein Gefühl übermächtig wird und zu wissen, aber wirklich für sich selber zu wissen, ich kann aber auch was tun. Es gehört zu mir. Es kommt, ich kann es nicht aufhalten, dass es kommt. Aber ich bin dem nicht einfach nur ausgesetzt.“</p> <p>P46: „Ich bin diejenige, die die Reaktionen kontrolliert und nicht die Reaktionen kontrollieren mich. Ich bin dem Ganzen nicht hilflos ausgeliefert. Jeder Mensch, ob jetzt Borderline, Narzisst, Otto-Normalverbraucher oder Angsthase, jeder Mensch hat irgendwo sein Päckchen zu tragen. Meins ist halt das .Ich habe mein Päckchen sehr genau analysiert. Ich weiß, warum ich handle, wie ich handle. In den meisten Fällen kann ich es steuern. Und damit habe ich eigentlich sogar eine bessere Position als viele andere, die sich nie damit auseinandersetzen mussten und damit auch dieses Geschenk der erhöhten Wahrnehmung nicht bekommen haben. Also Borderline zu überleben und so zu erleben, wie ich es erlebe, ist ein Geschenk, würde ich sagen.“</p> <p>P64: „Bei mir waren körperliche und psychische Erkrankungen. Habe mir mein ganzes Leben im Weg gestanden, hat vieles für mich verbaut. Viele Türen zugemacht. Und dann hat man nur zwei Möglichkeiten, entweder ich ärgere mich da drüber und bin gefrustet oder ich sage, das kann ich nicht ändern. Das ist halt so. Und was kann ich jetzt, welche Türen sind noch offen. Und dann, wenn ich auf die offenen Türen schaue, ist die Lebensqualität eigentlich hoch, weil mehr erreichen kann ich mit meinen Voraussetzungen jetzt gerade nicht.“</p> <p>P69: „Ich würde eher sagen, ich habe die Fähigkeit erworben, mit dieser Erkrankung umzugehen, sodass ich eine positive Lebenseinstellung gewinnen konnte.“</p> <p>P70: „Sich selbst vielleicht auch nicht mehr so ausgeliefert zu sein, sondern schon ein bisschen mehr über sich zu wissen und dann auch wissen, was tut mir gut, und was tut mir nicht gut? Also nicht so planlos irgendwie vor sich hinleben, sondern auch bewusst drauf zu achten, bestimmte Dinge, ja, tun mir nicht gut.“</p>

Umgang mit Gefühlen

Zu einer Genesung gehörte für den Großteil der Probandinnen ein guter **Umgang mit Gefühlen**: Gefühle wahrzunehmen, zuzulassen, Gefühle beeinflussen und verändern können, angemessen auf Gefühle reagieren können und sich von Gefühlen anderer abgrenzen können. Beispiele für fehlende und erreichte Genesung sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Umgang mit Gefühlen

Umgang mit Gefühlen	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P8: „Also ich könnte mich nicht an eine Bar stellen und mich anquatschen lassen oder, ja, wir haben auch nette Familien im Haus und so, da-, aber über ein „Grüß Gott“ komme ich nicht hinaus, weil ich mich für mich schäme, immer noch. Das ist damals auch raus gekommen bei der Studie, so die Scham, und ich schäme mich immer noch, ja. Für mich noch.“</p> <p>P56: „Manchmal noch überfordert mit meinen Gefühlen, bin ich nach wie vor. Dass ich Hilfe brauche, das auseinander zu tüdeln. Und dass es irgendwie nachher ein Klumpatsch ist. Und dann passiert mir das noch, dass ich in meinen Gedanken mich immer noch so dann irgendwann in Spiralen immer weiter rein drehe in die Negativgedanken.“</p> <p>P64: „Genesen bedeutet für mich, das muss aufhören. Das muss halt weg. So die krankhaften Gedanken, die Gefühle, die müssen halt aufhören. Und das tun die nicht.“</p> <p>P66: „Ich bin halt sehr oft beeinträchtigt durch meine Gefühle. Durch meine Stimmungen. Oder wenn ich Angst habe oder so.“</p> <p>P46: „Es ist heute noch so, dass Emotionen bei mir ganz schnell einschließen. Dass ich lange brauche, bis ich sie runterreguliert kriege. Nur der Umgang damit, der hat sich verändert. Und das merken, hier schießt jetzt eine Emotion ein, hier muss ich vorsichtig sein, die Sensibilität ist höher. Aber dass die Emotionen immer noch so schnell einschließen und sich all umfassend breitmachen möchten, das ist immer noch so. Und wenn ich es zulasse, machen sie es auch noch“</p>	<p>P4: „Schuldgefühle, das konnte ich hier dann abbauen. Sagen wir mal zu dreißig Prozent habe ich die jetzt noch, wo ich sie vorher, sagen wir mal, achtzig Prozent oder so immer hatte“</p> <p>P17: „Also ich glaube, ich spüre vielleicht immer noch intensiver wie andere Menschen oder so. Aber es ist einfach nicht mehr so, dass mich diese Gefühle komplett außer Gefecht setzen, sondern ich kann's besser aushalten und meine Umgebung auch.“</p> <p>P36: „Aber es geht, weil ich gelernt habe mich mit diesen emotionalen Zuständen, die ich ja von mir nun jetzt schon lange kenne, irgendwie zu arrangieren. Also der Weg ist eigentlich, dass ich mich selber, wenn so was ist, versuche nicht so ernst zu nehmen.“</p> <p>P45: „Aber ich kann wütend werden. Ich kann sauer werden. Ich kann jetzt Gefühle rauslassen. Wo alles versperrt war.“</p> <p>P70: „Aber die Emotionsintensität geht nicht unbedingt weg. Also der Umgang damit, dass ich dann halt nicht, wenn ich mir Sorgen mache, zu meinem Freund fahre und da vor der Tür stehe und in Panik ausbreche und in Tränen, und er kommt irgendwann vom Einkaufen und weiß gar nicht, was da los ist“</p> <p>P70: „Ja, da habe ich viel für mich Neues gelernt, erst mal überhaupt Gefühle wahrnehmen und benennen zu können, eben auch zu bemerken, wenn Situationen für mich schwierig werden.“</p>

Vergangenheitsbewältigung

Auch die Bewältigung der Vergangenheit war ein notwendiger Bestandteil von Genesung. Dazu zählte es, die Vergangenheit als einen Teil der eigenen Identität zu akzeptieren, den Einfluss der Vergangenheit auf die Gegenwart so gering wie möglich zu halten bzw. einen Einfluss darauf zu akzeptieren und durch die Auseinan-

dersetzung mit biographischen Erlebnissen Gefühle aus der Vergangenheit von aktuellen unterscheiden zu können. Beispiele für fehlende und erreichte Genesung sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Vergangenheitsbewältigung

Vergangenheitsbewältigung	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P5: „Es kommt ja drauf an, ob man sich selber als positiv erlebt hat oder als negativ. Und wenn man halt von früher schon so ein Riesenpacken mit rumschleppt, lauter negatives Zeug, ja wie man diesen Packen wieder abbaut, das hab ich noch nicht kapiert.“</p> <p>P10: „Also so dieses „Okay, akzeptieren Sie ihr Vater war sadistisch und Ihre Mutter war psychisch krank und Sie sind immer umgezogen und ja Sie hatten halt einfach niemanden.“ Das ist halt so watz, watz, watz. Ich halte es überhaupt nicht aus[. Ich habe das Gefühl ich zerbreche an ganz anderen Fragen. Also zum Beispiel an dieser Warum-Frage, also wie kann der eigene Vater das Kind so behandeln?“</p> <p>P10: „Und da ist es ja auch eine extrem frustrierende und das Leben einschränkende Erfahrung, das wofür ich mein ganzes Leben lang gekämpft habe, funktioniert jetzt gar nicht. Ich kann das gar nicht machen. Meine Belastbarkeit ist so gering, dass ich in diesem Beruf nicht arbeiten kann, obwohl ich ihn die ganze Zeit ausüben wollte. Ich verliere gerade so den-, oder ich habe eigentlich so den Glauben in ganz viel verloren.“</p> <p>P13: „Das ist immer noch so ein Punkt, dass ich für mich jetzt persönlich nicht abschließen kann, weil ich da immer noch ein Stück weit einen Kampf austrage und aber immer mich noch in der Pflicht sehe, okay, ich bin jetzt auf die Taufe eingeladen, da muss ich hin, ich weiß aber, der ist auch da. [] Ich könnte mich da ja rausziehen, emotional, und sagen, ich will mit meiner Familie gar nichts mehr zu tun haben, aber den Schritt schaffe ich nicht.“</p> <p>P36: „Es wird, glaube ich, immer so sein, dass ich mich so ein bisschen anders fühle, weil irgendwie bin ich so ein bisschen anders. Und irgendwie komme ich auch von wo ganz anders her, da leide ich oft drunter, dass ich so weiß, die haben alle ein völlig anderes Leben. Ich habe irgendwie einen Großteil meiner Lebenszeit irgendwie in der Psychiatrie verbracht und das weiß von denen allen ja gar keiner. Und ich fühle mich dann schon anders. Manchmal schäme ich mich dafür und manchmal denke ich, ist mir grade egal und das schwankt halt so, aber es ist schon ein Thema.“</p>	<p>P18: „Ich weiß, das hat es alles gegeben so, aber das bestimmt jetzt nicht mein Leben.“</p> <p>P22: „Ich habe auch nicht mehr so den Wunsch, von meiner Mutter zu hören, ich bin stolz auf dich; jetzt weiß ich selber, auf was ich stolz sein kann“</p> <p>P29: „Ich bin einfach viel mehr zur Ruhe gekommen, insgesamt, ich habe meinen Frieden gefunden und ich habe auch meinen Frieden gemacht, ich hätte nie im Leben für möglich gehalten, dass ich mal wirklich allen verzeihen kann, was passiert ist“</p> <p>P32: „Und also es ist so, dass ich denke, durch die Therapie einfach mein Kindheitstrauma, das alles, was da einfach war, aufarbeiten konnte, und einfach jetzt Bilder, die ich zwar vorher, bevor sie so in Form von Flashbacks kamen, schon wie so ein Puzzle im Kopf gehabt habe, aber ich denke, ja, ich habe das immer in dieses Kästchen, und das ist ausgebrochen. Und ich konnte überhaupt nicht damit umgehen. Ich kann nicht behaupten, dass es heute gar nichts mehr gibt, sondern es kommt, aber ich kann damit umgehen.“</p>

Werteorientierung

Das Leben an den eigenen Werten ausrichten können, so sein können wir man gerne wäre, wurde von 83% der Probandinnen im Zusammenhang mit Genesung genannt. Dazu gehörte aus ihrer Sicht häufig, das Leben in einer stabilen Partnerschaft, eine Familie zu haben, nicht alleine sein, berufstätig zu sein, sich entwickeln können; selbstständig sein, eine eigene Wohnung zu haben, sich selbst verwirklichen können, etwas aus seinem Leben machen (Talente ausleben, reisen, etwas erleben); Häufig wurde auch der Wunsch genannt, ein „normales“ vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu sein und ein intaktes soziales Umfeld zu haben. Es war vielen Probandinnen wichtig, freundlich zu sein, anderen helfen zu können, stark zu sein, sich nicht unterkriegen zu lassen. Probandinnen, die durch ihre Erkrankung oder äußere Umstände daran gehindert wurden, ihre Werte im Alltag umzusetzen, erlebten dies als starke Beeinträchtigung. Beispiele für eine fehlende und erreichte Genesung in diesem Bereich sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Werteorientierung

Werteorientierung	
Beispiele für fehlende Genesung:	Beispiele für erreichte Genesung:
<p>P4: „Also früher hätte ich mir das Leben eben anders vorgestellt und nicht, dass ich da alleine sitze ohne Kinder und so. Und das fällt mir eben schwer, mich damit abzufinden.“</p> <p>P5: „Also ich war mal ganz gut im christlichen Glauben drin, und habe mir das auch vorgestellt, wie das nach dem Tod so weitergehen könnte, und das ist mir zum Beispiel verloren gegangen, oder meine Aufgabe im Leben, was ist eigentlich der Sinn? Auch das ist mir durcheinander gekommen. [] Also ich hab halt gesehen, dass ich das Leben nicht richtig pack. Dass ich es beruflich nicht pack und dass ich auch keine Familie hab und keine Kinder großziehe und das war für mich schon auch heftig das zu verarbeiten, dass es so ist.“</p> <p>P6: „Ja, es macht mich schon sehr traurig, dass ich da einfach im Leben mir das nicht verschaffen kann, ja, was eigentlich jetzt...[] Ich träume jetzt gar nicht vom Märchenprinzen oder so, sondern einfach nur ein intaktes soziales Umfeld, was mich auffängt. Also wenn ich jetzt irgendwie Familie hätte und vielleicht eine Schwester, einen Bruder und wir würden uns alle gut verstehen und so, ich glaube dann, ja ... Es macht mich immer unheimlich traurig, dass ich dieses soziale Umfeld eben nicht habe. Und ich sehe da auch keine Chance mehr, das zu besorgen. Also da kriege ich auch einen Hass auf die Gesellschaft hier, diese kalte Leistungsgesellschaft“</p> <p>P10: „Also so meine Studienleute sind alle verheiratet, haben alle Kinder. Das ist bei mir auch nicht. Also ich bin eigentlich jetzt, mit Mitte 30 am selben Punkt, wie ich mit Anfang 20 war. Also kein Beruf, keine Beziehung, keine richtige Wohnung, immer noch Therapie.“; „Also ich kenne halt viele, die halt berentet sind und natürlich ist das irgendwie eine Erleichterung, aber es ist schon auch halt ein Versagen. Man hat halt versagt. Man ist halt kein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft.“</p>	<p>P11: „Ich habe bis vor einem Jahr noch in W. gearbeitet in Reha als Logopädin, habe mich dann spontan entschieden mit meinem Mann, ich gehe wieder in meine Heimat zurück, ja, und mache mich selbständig, das läuft gut, bin wieder schwanger, freuen uns auf das Kind, familiär ist bei uns alles in Ordnung. Es geht mir gut.“</p> <p>P13: „Die Umstände sind - ich habe, wie gesagt, eine Familie, ich habe zwei Kinder, ich - die sind sehr gut in der Schule, ich lebe in einem Eigenheim, ich habe einen sehr gut verdienenden Mann, also - wenn man so sagt, was will man mehr.“</p> <p>P17: „Ich hätte gern ein Kind gehabt, ja einerseits. Hätte ich heute noch gerne. Trotzdem weiß ich, dass es die richtige Entscheidung war, keins zu kriegen. Weil ich wäre eine wunderbare Mama, wenn es mir gut geht. Und ich wäre eine beschissene Mutter, wenn es mir schlecht geht. Und das ist einfach so.“</p> <p>P18: „Ja, ich meine ich habe ja auch ganz furchtbar viele Sachen geschafft, wo keiner je geglaubt hat, dass ich das mal schaffe. (lacht) Und folglich denke ich, ja. Und ich denke schon, also das kann ja auch jeder für sich benennen, wie er möchte. Für mich ist es eben Gott, der mir also beim Tragen hilft.“</p>

5.4.2 Verständnis von Genesung

Die Antworten der Probandinnen auf die Frage, was sie unter Genesung verstehen, wurden von zwei unabhängigen Ratern den lexikalischen Definitionen von Genesung („Recovery“; L. Davidson et al., 2005) zugeordnet. Da davon auszugehen war, dass viele der Probandinnen gar keinen Normalzustand in ihrem Leben erreicht hatten, wurde die erste Kategorie „Rückkehr zum Normalzustand“ verändert in „Erreichen

eines Normalzustandes“. Die nicht übereinstimmenden Zuordnungen durch die beiden Rater wurden diskutiert und ein Konsens hergestellt.

Interessanterweise hatten 32 (55%) der insgesamt 58 Probandinnen ein Verständnis von Genesung, das die Erreichung eines Normalzustandes zum Ziel hatte, obwohl anzunehmen ist, dass viele davon diesen Zustand noch nie erlebt hatten. Trotzdem hatten sie eine klare Vorstellung davon, was „normal“ ist. Für 21 (36%) ging es darum, sich selbst besser zu verstehen und Kontrolle über das eigene Leben herzustellen trotz weiterbestehender Anfälligkeit für die Erkrankung. Für vier (7%) der Probandinnen bedeutete Genesung, aus der Erkrankung bzw. deren Bewältigung einen Gewinn ziehen zu können. Für eine der Probandinnen war Genesung ein Prozess, bei dem z. B. traumatische Erlebnisse integriert werden müssen. Beispiele für die unterschiedlichen Auffassungen von Genesung sind in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Beispiele für unterschiedliche Verständnisse von Genesung

Verständnis von Genesung	Beispielzitate
Erreichen eines Normalzustandes	<p>P10: „Also für mich würde Heilung konkret bedeuten, keine Therapie, also wirklich keine Therapie. Auch nicht ich gehe einmal im Monat. Keine Medikamente. Ich arbeite so, dass ich nicht von irgendeinem Amt abhängig bin. Schon die normalen Sachen, also so ein bisschen Freundeskreis. (...) Und in all dem, dass jemand wirklich sagt, mir geht es gut. Das ist ja das Entscheidende.“</p> <p>P12: „gesund, wie jeder andere Mensch auch“</p> <p>P41: „Dass einfach also wirklich die Symptomatik wegfällt. Dieses Ganze, was Problemhalten und so weiter angeht. Also dass ich alles so im normalen Rahmen empfinde, weil ich meine, auch Menschen, die ja keine Borderline-Störung haben, fühlen sich manchmal leer oder denken vielleicht mal daran zu sterben. Ich glaube, dass jeder normale Mensch mal irgendwie daran denkt, vielleicht sich umzubringen, und dass sich das alles im normalen Rahmen befindet, dass sich das Innenleben gar nicht mehr unterscheidet von dem anderer. Also abgesehen jetzt von dem Trauma, was halt da im Kopf ist.“</p> <p>P17: „Genesung würde heißen für mich, dass ich wieder normal arbeiten gehen könnte und wieder Geld richtig verdienen könnte und wieder viel mehr machen muss, und nicht nach zwei Stunden schon erschöpft bin.“</p>
Kontrolle trotz bestehender Symptome	<p>P32: „Dann kann ich akzeptieren, dass es halt zu meinem Leben gehört. Aber es ist nicht mehr übermächtig.“</p> <p>P69: „Genesung für mich ist, dass ich Lebensqualität habe und dass die Symptome nicht (...) mein Leben bestimmen. Das ist für mich Genesung, dass ich selbstbestimmt leben kann.“</p> <p>P43: „Vielleicht ist auch manches einfach inzwischen Teil von mir so, meine Persönlichkeit. Ich bin halt eher so ein Einzelgänger und jemand, der die Dinge mit sich selbst ausmacht. Vielleicht muss man da auch manche Sachen akzeptieren und gibt ja auch nicht den Normmenschen. Also ich glaube, es wird mich nicht mehr zeitlebens auf andere Menschen angewiesen machen.“</p>
Gewinn aus der Erkrankung ziehen	<p>P14: „Normale Menschen reiten einen Ackergaul, Borderline-Patienten einen Hengst. Und das finde ich eigentlich einen extrem guten Vergleich, also jemand, der reitet, kann das zumindest nachvollziehen. Also einen Hengst zu reiten ist ja oft schwierig, aber viele sagen, es ist ein richtig geiles Gefühl, wenn man es kann. Also ich selbst reite nicht, aber ich kann es mir, was das Borderline betrifft, inzwischen vorstellen, weil ich sage, dieses extreme Gefühl empfinden ist echt ziemlich viele Jahre ziemlich scheiße gewesen. Nachdem ich jetzt das aber weiß, wie damit umgehen oder damit auch einen Umgang habe oder das, ist es eigentlich auch oft geil, weil ich eben das Gefühl habe, ich lebe viel intensiver“</p> <p>P46: „Jeder Mensch, ob jetzt Borderline, Narzisst, Otto-Normalverbraucher oder Angsthase, jeder Mensch hat irgendwo sein Päckchen zu tragen. Meins ist halt das. Ich habe mein Päckchen sehr genau analysiert. Ich weiß, warum ich handle, wie ich handle. In den meisten Fällen kann ich es steuern. Und damit habe ich eigentlich sogar eine bessere Position als viele andere, die sich nie damit auseinandersetzen mussten und damit auch dieses Geschenk der erhöhten Wahrnehmung nicht bekommen haben. Also Borderline zu überleben und so zu erleben, wie ich es erlebe, ist ein Geschenk, würde ich sagen.“</p>
Prozess der Integration	<p>P3: „Aber das ist ja einfach da, das ist ja nicht wie Fieber, das ist wieder weg. Die Ursache des Ganzen, die geht ja nicht wieder weg. Die ist ja einfach da. Und ich glaube dass man da nur einen besseren Umgang damit finden kann und dass es dann eine gewisse Verbesserung, oder vielleicht auch eine starke Verbesserung davon geben kann von Symptomen und von allem möglichen, aber da die Ursache nicht weggeht, glaub ich nicht das ist richtig gesund wie nie dagewesen. Das glaube ich nicht.“</p>

5.4.3 Stand der Genesung

Die Probandinnen wurden im Rahmen des Interviews gefragt, ob sie sich heute gesund fühlen. Die Antworten darauf wurden wiederum von zwei unabhängigen Ratern in folgende Kategorien eingeordnet, die aus den Antworten gebildet wurden: (1) Nein, keine Veränderung oder schlechter geworden, (2) nein, nur minimale Verbesserung, (3) minimale Verbesserung, aber gelernt damit zu leben, (4) teilweise genesen: einige Bereiche sind besser geworden, aber insgesamt schwankend, (5) ja, heute genesen oder überwiegend genesen. Bei Nichtübereinstimmung wurde die Zuordnung nochmals diskutiert und anschließend eine Einigung hergestellt.

Insgesamt erlebten vier Probandinnen (6,9%) keine Veränderung oder eine Verschlechterung, sieben nur eine minimale Verbesserung (12,1%) und sechs erlebten nur eine minimale Verbesserung, hatten aber gelernt damit zu leben (10,3%). Ein Großteil der Probandinnen, 28 (48,3%), war teilweise genesen oder erlebte Schwankungen in der Genesung, und 13 (22,4%) Probandinnen sahen sich als überwiegend genesen bzw. vollständig genesen.

5.4.4 Zusammenhang zwischen dem Stand der Genesung und dem Verständnis von Genesung

Der Zusammenhang zwischen dem Stand der Genesung und dem Verständnis von Genesung (beides aus den qualitativen Interviews gewonnen) ist in Abbildung 7 dargestellt. Da die Anzahl der Probandinnen in den einzelnen Zellen relativ klein war (85% der Zellen hatten eine Häufigkeit <5), waren die Voraussetzungen für eine statistische Testung (Chi-Quadrat-Test) nicht gegeben¹¹. Mit zunehmender subjektiver Genesung war ein klinisches Verständnis von Genesung seltener, das die Erreichung eines Normalzustandes zum Ziel hat. Ein klinisches Verständnis hatten 38,5% der genesenen Probandinnen, aber 75% der Probandinnen, die sich verschlechtert hatten oder keinen Fortschritt gemacht hatten. Ein Verständnis von Genesung, das die Kontrolle über das eigene Leben trotz weiter bestehender Symptome zum Ziel hat, nahm hingegen zu und war bei genesenen Probandinnen mit 46,2% im Vergleich zu 25% in der ersten Gruppe ohne Verbesserungen oder mit

¹¹ Voraussetzung für einen Chi-Quadrat-Test ist, dass der Anteil der Zellen, die kleiner als fünf sind, nicht höher als 20% ist (vgl. Bortz, 1999, S. 170)

Verschlechterung deutlich häufiger ausgeprägt, auch häufiger als die Erreichung des Normalzustands. Interessanterweise waren ein Verständnis von Genesung, das einen Gewinn durch die Erkrankung oder ein Verständnis von Genesung, das einen Prozess der Integration beinhaltet, überhaupt erst in den letzten beiden Kategorien vertreten, in der die Probandinnen zumindest teilweise genesen waren.

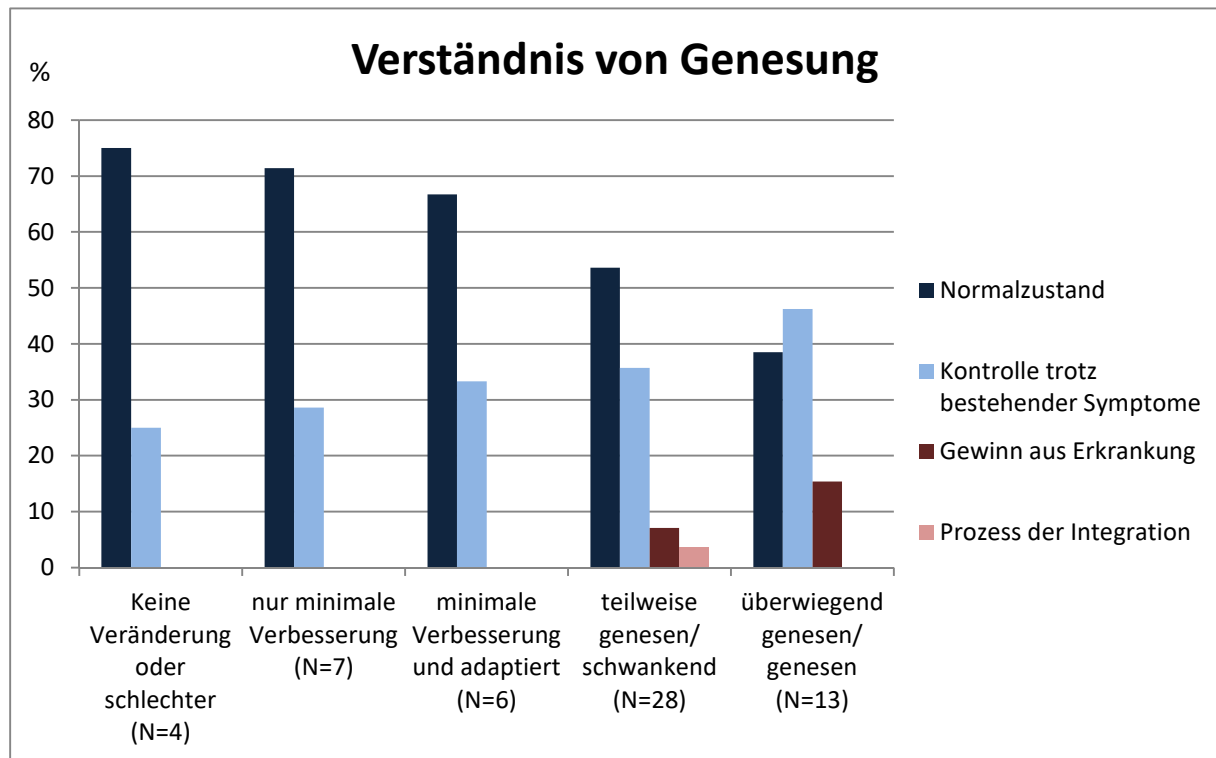


Abbildung 7: Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Genesung und dem subjektiven Stand der Genesung (Anteil der Probandinnen)

Fünf Probandinnen (8,6%) gaben an, ein Verständnis von Genesung zu haben, das einem Normalzustand entspricht, und gleichzeitig eine Genesung nach diesem Verständnis erreicht zu haben.

5.5 Zusammenhang zwischen qualitativen und quantitativen Genesungskriterien

Bisher gibt es keine Studie, die objektive Genesungskriterien und Ergebnisse aus qualitativen Interviews vergleicht. Im Folgenden wurden daher für die fünfte Fragestellung Zusammenhänge zwischen den untersuchten quantitativen Genesungskriterien und dem subjektiven Stand der Genesung aus den Interviews untersucht werden.

5.5.1 Zusammenhang zwischen GAF- und SWLS-Kriterium und dem Stand der Genesung aus den Interviews

Um den Zusammenhang zwischen den beiden quantitativen Genesungskriterien und der subjektiven Einschätzung der Genesung aus den qualitativen Interviews zu untersuchen, wurden die jeweiligen Anteile der Gruppen nach objektiven Kriterien in den subjektiven Genesungskategorien der Interviews verglichen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8 dargestellt. Aufgrund der kleinen Anzahl der Probandinnen in den einzelnen Zellen (Anteil der Zellen <5 von 73,3% und 80%) waren auch hier nicht die Voraussetzungen für eine statistische Testung auf Unterschiede (Chi-Quadrat-Test) gegeben¹². Insgesamt ergab sich ein differenziertes Bild zu diesem Zusammenhang: In den Randbereichen der subjektiven Genesung (keine Veränderung/ schlechter und vollständig/ überwiegend genesen) war die Übereinstimmung zwischen quantitativen und qualitativen Kriterien groß, in den übrigen Bereichen war sie deutlich geringer. Interessanterweise unterschieden sich die Anteile der remittierten und genesenen Gruppen zwischen den objektiven Genesungskriterien (GAF vs. SWLS) in den Kategorien der subjektiven Genesung aus den Interviews insgesamt kaum – mit einer Ausnahme. Ein deutlicher Unterschied zwischen den objektiven Genesungskriterien bestand in der Gruppe der subjektiv Adaptierten, die nur eine minimale Verbesserung erlebt hatten, damit aber zurechtkamen und sich an ein insgesamt niedrigeres Anspruchsniveau angepasst hatten. In dieser Gruppe befanden sich keine genesenen Probandinnen nach dem GAF-Kriterium, aber ein großer Anteil genesener Probandinnen nach dem SWLS-Kriterium. Dies zeigt einen deutlich größeren Zusammenhang zwischen dem Lebenszufriedenheitskriterium mit dem subjektiven Stand der Genesung (im Vergleich zum GAF-Kriterium). Darüber hinaus scheint es eine Gruppe von Probandinnen zu geben, die sich mit quantitativen Genesungskriterien schlechter abbilden lässt als andere, nämlich die Gruppe der aus subjektiver Sicht teilweise genesenen, die in ihrem subjektiven Stand der Genesung große Unterschiede in den einzelnen Bereichen erleben und ihre Symptomatik insgesamt als schwankend erleben.

¹² Voraussetzung für einen Chi-Quadrat-Test ist, dass der Anteil der Zellen, die kleiner als fünf sind, nicht höher als 20% ist (vgl. Bortz, 1999, S. 170)

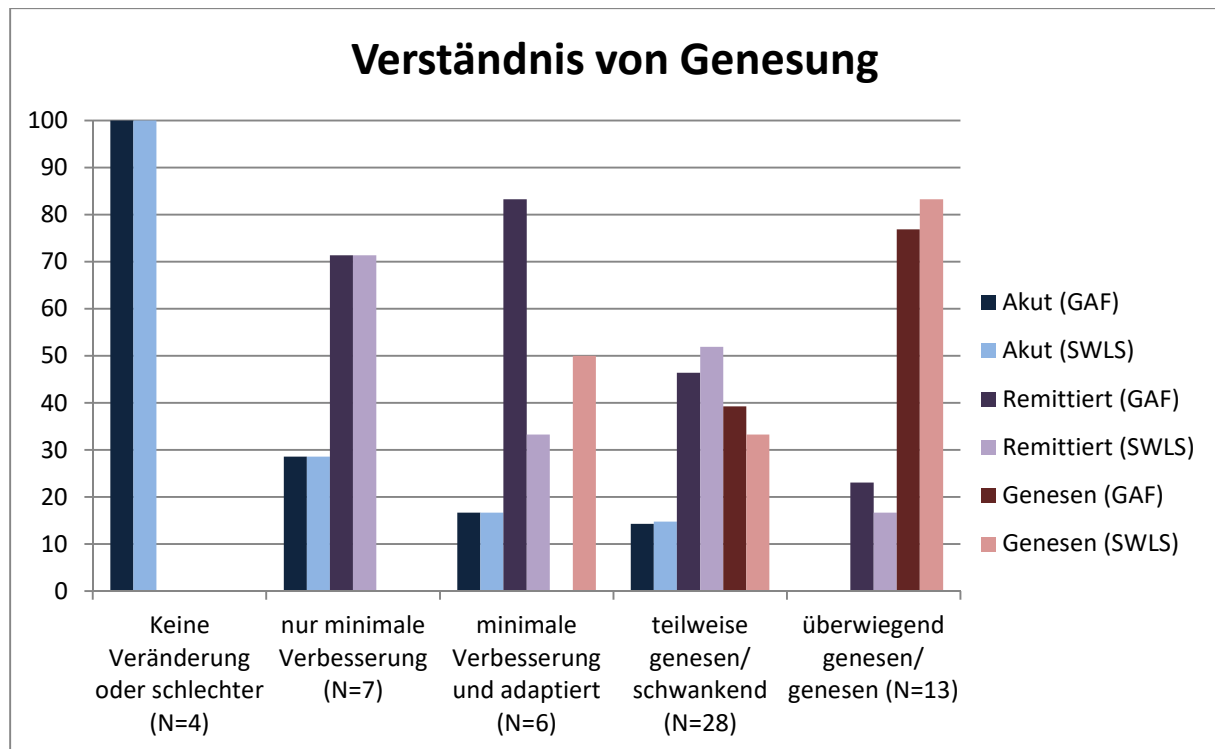


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen dem subjektiven Stand der Genesung und den operationalisierten Genesungskriterien (GAF und SWLS)

Insgesamt 14% der Probandinnen (N=8) erreichten nach allen drei untersuchten Genesungskriterien eine Genesung (Remission, SWLS>18, GAF>60, genesen nach Interview). Interessanterweise erfüllten alle diese Probandinnen auch keine BPS-Kriterien mehr.

5.5.2 Zusammenhang zwischen dem subjektiven Stand der Genesung aus den Interviews, dem allgemeinen Funktionsniveau, der Lebenszufriedenheit und der aktuellen BPS-Symptomatik

Das allgemeine Funktionsniveau, die subjektive Lebenszufriedenheit (SWLS) sowie die Ausprägung der aktuellen BPS-Symptomatik (BSL-23 und Anzahl DSM-Kriterien) in den unterschiedlichen subjektiven Genesungskategorien sind in Tabelle 26 dargestellt. Der GAF-Wert unterschied sich nicht zwischen der zweiten und dritten Kategorie (mit und ohne Anpassung an minimale Verbesserungen), nahm aber ansonsten mit zunehmender Genesung zu. Der durchschnittliche GAF-Wert in der Kategorie der genesenen Probandinnen (Kategorie fünf) lag im Bereich des objektiven Genesungskriteriums (>60). Die subjektive Lebenszufriedenheit der Probandinnen, die nach ihrer subjektiven Einschätzung im Interview vollständig oder überwiegend genesen waren, unterschieden sich nicht signifikant von der Allgemein-

bevölkerung ($t(11)=-0,834$; $p=0,422$). In Bezug auf die aktuelle BPS-Symptomatik erreichten sowohl subjektiv genesene Probandinnen als auch Probandinnen mit minimaler Verbesserung, die aber daran angepasst waren, einen Wert im Normalbereich ($t(5)=1,827$; $p=0,127$ und $t(11)=-2,069$; $p=0,063$). Die subjektiv adaptierten Probandinnen hatten sowohl eine numerisch höhere Lebenszufriedenheit als auch eine geringere BPS-Symptomatik als die Probandinnen mit teilweiser Genesung. Für die DSM-Kriterien zeigte sich im Durchschnitt eine geringere Anzahl mit zunehmender subjektiver Genesung, allerdings zeigen die Gruppen sehr unterschiedliche Standardabweichungen. Kategorie vier (teilweise genesen) scheint dabei deutlich inhomogener zu sein als die übrigen Kategorien. Nur die Probandinnen, die keine Veränderung erlebt hatten oder eine Verschlechterung erfüllten im Durchschnitt noch die Kriterien für eine aktuelle BPS.

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen allgemeinem Funktionsniveau, Lebenszufriedenheit und aktueller BPS-Symptomatik und dem subjektiven Stand der Genesung

Subjektiver Stand der Genesung	N	keine Veränderung oder schlechter	N	minimale Verbesserung	N	minimale Verbesserung und adaptiert	N	teilweise Genesung	N	überwiegend oder vollständig genesen
GAF	4	40,75 (6,95)	7	49,71 (8,56)	6	49,67 (4,68)	28	55,39 (12,32)	13	67,92 (11,86)
SWLS	4	7,25 (3,86)	6	7,50 (1,87)	6	18,17 (3,87)	27	15,22 (5,48)	12	23,92 (4,50)*
BSL-23	4	2,22 (0,77)	6	1,09 (0,55)	6	0,72 (0,44)*	27	1,40 (0,83)	12	0,27 (0,21)*
DSM-Kriterien	4	5,75 (0,96)	7	3,57 (1,40)	6	2,67 (1,97)	28	2,32 (2,18)	13	0,23 (0,44)

Anmerkung: M (SD); *: Werte unterscheiden sich nicht signifikant (t-Test) vom Norm- bzw. Referenzwert (für die GAF-Skala liegen keine Normwerte vor)

5.6 Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit

Im Folgenden wurden zur Untersuchung der sechsten Fragestellung Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit (SWLS) als Teil des alternativen Genesungskriteriums untersucht. In Anlehnung an Katsakou und Kollegen (2012) wurden folgende Variablen in die Analyse mit einbezogen, die in Zusammenhang mit Genesung bei BPS stehen: Für den Faktor allgemeine Symptomatik: BPS-Symptomatik (BSL-23), Depressivität (BDI-II) und Dissoziationen (FDS); für den Umgang mit Gefühlen: Emotionsregulation (DERS); für den Bereich soziale Beziehungen: wahrgenommene soziale Unterstützung (WasU) und für Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz: Selbstwert (RSE). Eine lineare Regressionsanalyse mit

den genannten Variablen ergab einen signifikanten Einfluss des Selbstwertes (RSE) auf die Lebenszufriedenheit, siehe Tabelle 27.

Tabelle 27: Regressionsanalyse für die subjektive Lebenszufriedenheit mit den Faktoren BPS-Symptomatik, Depressivität, Dissoziationen, Emotionsregulation, wahrgenommene soziale Unterstützung, Selbstwert und BDI-II

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Beta	T	Sig.	Toleranz	VIF
(Konstante)	0,295	0,335		0,882	0,382		
BSL-23	-0,010	0,172	-0,010	-0,060	0,952	0,204	4,904
BDI-II	-0,015	0,017	-0,176	-0,879	0,384	0,153	6,537
FDS	0,144	0,091	0,144	1,583	0,120	0,738	1,354
DERS	-0,123	0,135	-0,124	-0,908	0,368	0,332	3,012
WasU	0,156	0,122	0,152	1,278	0,207	0,434	2,305
RSE	0,537	0,128	0,543	4,179	0,000	0,364	2,747

Anmerkung: SWLS als unabhängige Variable; z-standardisierte Werte; VIF: Varianzinflationsfaktor

Aufgrund der hohen stochastischen Multikollinearität der Einflussfaktoren (Varianzinflationsfaktor des BDI-II >5; sehr hohe Korrelation zwischen BDI-II und BSL-23: $r=0,849^{**}$) wurde der BDI-II aus der Regressionsanalyse ausgeschlossen. Die zweite Analyse ohne BDI-II zeigte wiederum einen signifikanten Einfluss des Selbstwertes (RSE) sowie zusätzlich einen signifikanten Einfluss der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (WasU) auf die Lebenszufriedenheit (SWLS), siehe Tabelle 28.

Tabelle 28: Regressionsanalyse für die subjektive Lebenszufriedenheit mit den Faktoren BPS-Symptomatik, Dissoziationen, Emotionsregulation, wahrgenommene soziale Unterstützung und Selbstwert; ohne BDI-II

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	Beta	T	Sig.	Toleranz	VIF
(Konstante)	0,009	0,077		0,116	0,908		
BSL-23	-0,097	0,140	-0,098	-0,688	0,495	0,303	3,298
FDS	0,127	0,089	0,127	1,429	0,159	0,775	1,290
DERS	-0,115	0,134	-0,115	-0,853	0,398	0,334	2,998
F-SozU WasU	0,215	0,102	0,210	2,115	0,040	0,622	1,607
RSE	0,576	0,120	0,583	4,794	0,000	0,414	2,415

Anmerkung: SWLS als unabhängige Variable; z-standardisierte Werte; VIF: Varianzinflationsfaktor

6 Diskussion

Die vorliegende Studie ist eine naturalistische Follow-Up-Studie zur Untersuchung von Genesung und subjektiver Lebensqualität ehemaliger Studienteilnehmerinnen mit einer BPS, die vor 12 bis 18 Jahren an einer von zwei DBT-Studien in Freiburg teilgenommen hatten. Ziel der aktuellen Studie war ein verbessertes Verständnis von verschiedenen Aspekten der Genesung bei BPS als wichtiges Outcomekriterium für Betroffene im Langzeitverlauf. Psychopathologische, soziale und subjektive Aspekte der Genesung wurden dazu mit qualitativen und quantitativen Methoden untersucht. Als neue quantitative Operationalisierung von Genesung im Bereich der BPS wurde die subjektive Lebenszufriedenheit eingeführt und mit der bislang in internationalen Studien verwendeten Operationalisierung über das allgemeine Funktionsniveau (GAF) verglichen. Die Ergebnisse aus qualitativen Interviews zum subjektiven Verständnis von Genesung, operationalisierte Kriterien zum allgemeinen Funktionsniveau und weitere quantitativ erhobene Indikatoren für Genesung bei BPS wurden auf ihre Zusammenhänge hin untersucht.

6.1 Remission und Genesung

Zur Untersuchung der ersten Fragestellung nach der Höhe der Remissions- und Genesungsraten wurde Genesung in Anlehnung an bisherige Studien über das psychosoziale Funktionsniveau operationalisiert. Danach erreichten nach durchschnittlich 14 Jahren 81% der 58 Probandinnen eine Symptomremission (<5 BPS-Kriterien) und 36% eine Genesung (Symptomremission + GAF-Wert über 60). Die Ergebnisse der Studie unterstützen damit bisherige Befunde aus Langzeitverlaufstudien, die zeigen, dass eine Symptomremission bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Langzeitverlauf relativ häufig auftritt, wohingegen ein zusätzliches gutes allgemeines Funktionsniveau deutlich seltener erreicht wird.

Direkte Vergleiche mit Remissions- und Genesungsraten der beiden größten Langzeitverlaufstudien in den USA sind schwierig, da diese jeweils kumulativ berichtet werden und sich in der genauen Operationalisierung von Remission und Genesung unterscheiden. Beide Studien berichten sehr hohe kumulative Remissionsraten zwischen 85% und 99% (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012), auf der anderen Seite aber deutlich niedrigere kumulative Genesungsraten zwischen

39% und 59% in der MSAD, je nach gewähltem Genesungskriterium (Zanarini et al., 2018), und 21% in der CLPS (Gunderson et al., 2011).

Im Vergleich zu einer europäischen Langzeitverlaufsstudie mit 55% Remittierten nach 10 Jahren (Alvarez-Tomás et al., 2016) ist die Remissionsrate in der vorliegenden Studie deutlich höher, obwohl der Schweregrad der BPS-Symptomatik zum ersten Untersuchungszeitpunkt in der vorliegenden Studie sogar höher war (durchschnittlicher DIB-R-Wert: 7,4 vs. 9,22). Dieser Unterschied kann wahrscheinlich nicht alleine durch den kürzeren Follow-Up-Zeitraum in der spanischen Studie erklärt werden. Mögliche Erklärungsansätze wären die Besonderheiten des jeweiligen Gesundheitssystems oder die Behandlung, welche die Probandinnen nach der erstmaligen Behandlung (in beiden Studien war die ursprüngliche Therapie eine DBT) erhalten haben.

6.2 Lebensqualität

Die subjektive Lebensqualität war im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Langzeitverlauf in nahezu allen Bereichen eingeschränkt: Dies betraf über die Erhebungsinstrumente hinweg die psychische und physische Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden, die Vitalität und die soziale und emotionale Funktionsfähigkeit. Diese Ergebnisse unterstützen bisherige Befunde über kürzere Follow-Up Zeiträume, wonach die Lebensqualität bei BPS beeinträchtigt ist (IsHak et al., 2013). Die umweltbezogene Lebensqualität, die in der aktuellen Studie nur mit dem WHO-QOL Bref gemessen wurde, war im Gegensatz zu bisherigen Befunden in der aktuellen Studie im Langzeitverlauf nicht eingeschränkt (IsHak et al., 2013), ebenso eine Subskala der körperlichen Lebensqualität (körperbezogene Schmerzen; SF-36).

Die subjektive Lebensqualität unterliegt mit der Zeit Anpassungsprozessen der Betroffenen an die Lebensumstände oder an eine chronische Erkrankung (Franz, 2006). Eine niedrige Lebenszufriedenheit trotz langer Anpassungszeiträume, wie dies in der vorliegenden Stichprobe der Fall ist, ist daher laut Franz (2006) entweder ein Zeichen für eine schwere Anpassungsstörung oder ein Hinweis auf eine Fehlversorgung der entsprechenden Patientengruppe. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2014 zeigte eine nach wie vor zu geringe Anzahl stationärer bzw. teilstationärer Behandlungsangebote, wodurch teilweise erhebliche Wartezeiten bestehen. Dies

große Diskrepanz zwischen bestehenden Therapieplätzen und Nachfrage von Patienten führen die Autoren außerdem auf eine ambulante Versorgungslücke zurück (Richter, Steinacher, Zum Eschenhoff, & Bempohl, 2014). Obwohl die Probandinnen in der aktuellen Studie alle zunächst eine spezifische Behandlung mit DBT begonnen hatten, haben nur etwa 35% eine Behandlung mit DBT fortgesetzt. Insbesondere Konzepte für die Behandlungsphase nach der Akutbehandlung wie DBT-ACES sind in Deutschland bisher kaum etabliert (Burmeister, Chrysanthou, Pflügler, & Höschel, 2013; Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned, & Elwood, 2010), so dass die niedrige Lebensqualität auch auf eine unzureichende spezifische Behandlung der BPS bei Rückfällen in die Symptomatik nach der ersten Behandlung zurückzuführen sein kann. Auf der anderen Seite zeigt außerdem der hohe Anteil der Probandinnen (55%) mit einer Erwartung an den Krankheitsverlauf, der eine vollständige Heilung zum Ziel hat – und das selbst nach längerer Erkrankungsdauer, dass bei einigen Probandinnen eventuell unrealistische Erwartungen bestanden, die eine Anpassung an die Erkrankung verhindert haben könnte. Beides – die adäquate Versorgung der Betroffenen und die Anpassung an die Erkrankung müssten daher weiter untersucht und verbessert werden.

6.3 Berufliches und soziales Funktionsniveau

Das berufliche und soziale Funktionsniveau war in Übereinstimmung mit bisherigen Studien auch in der vorliegenden Studie im Langzeitverlauf noch deutlich beeinträchtigt (Gunderson et al., 2011; Hastrup et al., 2018; Skodol et al., 2002; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010; Zanarini, Jacoby, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2009). Nur 53% der Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Nachbefragung berufstätig, 40% waren aufgrund einer Erwerbsminderung berentet. Das niedrige berufliche Funktionsniveau konnte nicht durch eine schlechtere schulische oder berufliche Ausbildung der Befragten erklärt werden, weder in der vorliegenden Studie noch in einer aktuellen amerikanischen Studie (Javaras, Zanarini, Hudson, Greenfield, & Gunderson, 2017).

Im Vergleich mit den amerikanischen Längsschnittstudien erhielt in der MSAD mit 44% ein ähnlich hoher Anteil der Befragten Sozialhilfe für Behinderte, wie in der aktuellen Studie Erwerbsminderungsrente (Zanarini et al., 2009). Im Vergleich zur

CLPS waren weniger Teilnehmer der aktuellen Studie in Vollzeit berufstätig (13% vs. 36% in der CLPS; Gunderson et al., 2011), der durchschnittliche Wert für das allgemeine Funktionsniveau in der aktuellen Studie war mit 56 nach 14 Jahren jedoch genauso niedrig wie in der CLPS nach 10 Jahren (Gunderson et al., 2011). Die Tatsache, dass sich der GAF-Wert zwischen der CPLS und der aktuellen Studie nicht unterschied, jedoch der Anteil der Vollzeitberufstätigen, könnte mit einer unterschiedlichen Definition der Berufstätigkeit zusammenhängen. In der MSAD wurde eine Tätigkeit als Hausfrau als Vollzeitberufstätigkeit gezählt (Zanarini et al., 2010), während in der CLPS dazu keine Angaben gemacht wurden. Eine andere Erklärung könnte eine bessere Integration der ehemaligen BPS-Patientinnen in den Arbeitsmarkt in den USA sein - evtl. durch einen besseren Zugang im Bereich von geringqualifizierten Jobs, die weniger belastend sind. Dies müsste in weiteren Studien untersucht werden. Im Vergleich zur spanischen Studie waren die Probandinnen in der vorliegenden Studie etwas häufiger berufstätig (42,2% vs. 50%; Alvaréz-Thomas et al., 2016).

Die Ergebnisse zum sozialen Funktionsniveau in der vorliegenden Studie stimmen ebenfalls mit bisherigen Befunden der amerikanischen Längsschnittstudien überein. In der aktuellen Studie lebten mit 46% nur geringfügig mehr Probandinnen in einer festen Beziehung oder waren verheiratet, als in der CLPS (41% nach 10 Jahren; Gunderson et al., 2011). In der spanischen Langzeitstudie war der Anteil mit 51% noch etwas höher (Alvarez-Tomás et al., 2016).

Trotz kleinerer Unterschiede zu bisherigen Befunden, bestätigen die Ergebnisse der aktuellen Studie die fortbestehenden Beeinträchtigungen des beruflichen und sozialen Funktionsniveaus im Langzeitverlauf bei BPS. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, diesen Aspekt stärker zum Ziel von Behandlungen zu machen, wie dies in neueren Therapieentwicklungen wie z. B. DBT-ACES der Fall ist (Burmeister et al., 2013; Comtois et al., 2010). Nach einer ersten Behandlungsphase der akuten Symptomatik steht dabei die Verbesserung der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit der Betroffenen im Vordergrund. Auf der anderen Seite müssten sich auch die Bedingungen für psychisch Kranke bzw. Menschen mit geringerer Belastbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verändern. Ein Großteil der Betroffenen mit BPS arbeitet in sozialen Berufen bzw. hat eine Ausbildung im sozialen Bereich gemacht

(Bohus, 2002), wo sowohl die Arbeitsbelastung als auch die Anforderungen an die Einzelperson sehr hoch sind. Empowerment wird in diesem Zusammenhang auch verstanden als die Schaffung von günstigen sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen und einer Versorgungsstruktur, die eine berufliche Integration bzw. Rehabilitation ermöglichen (Gescher, Will, & Malevani, 2013).

6.4 Lebenszufriedenheit als alternatives Genesungskriterium

Zusätzlich zum bisherigen Kriterium von Genesung, das sich am allgemeinen Funktionsniveau orientiert, wurde in der vorliegenden Studie als alternatives Kriterium die subjektive Lebenszufriedenheit eingeführt. Remission scheint dabei eine wichtige Voraussetzung für eine Lebenszufriedenheit im Bereich der Allgemeinbevölkerung zu sein. Nur eine der nicht-remittierten Probandinnen erreichte eine Lebenszufriedenheit im Normbereich. Gleichzeitig reichte eine Symptomremission nur bei knapp der Hälfte der Probandinnen aus, um eine Lebenszufriedenheit im Normbereich der allgemeinen Bevölkerung zu erreichen. Nach dem alternativen Genesungskriterium erreichten 39% der Befragten eine Genesung und damit nur geringfügig mehr als nach dem bisherigen Kriterium. Allerdings wurde mit dem alternativen Kriterium für Genesung eine andere Gruppe von Probandinnen erfasst als mit dem bisherigen Kriterium – für 17 Teilnehmerinnen änderte sich die Gruppenzuordnung abhängig vom Genesungskriterium. Aus diesem Grund wurde der Zusammenhang beider Kriterien ausführlicher untersucht.

Die GAF als Operationalisierung von Genesung weist verschiedene Probleme auf. Sie erfordert ein ausführliches Training, um eine ausreichende Reliabilität zu erreichen (Smith et al., 2011; Söderberg et al., 2005), beinhaltet als Fremdrating eine Bewertung von außen anstelle einer individuellen Einschätzung der Betroffenen selbst und misst unterschiedliche Konstrukte (berufliches Funktionsniveau, soziales Funktionsniveau und die Symptombelastung), wodurch keine Trennschärfe der einzelnen Bereiche erreicht wird. Dies zeigt sich auch in Ergebnissen zur Erfassung von Genesung bei BPS in der amerikanischen Langzeitstudie MSAD, die zeigen, dass die GAF-Werte bei ehemaligen Patienten mit BPS im Langzeitverlauf einen stärkeren Zusammenhang mit dem beruflichen Funktionsniveau aufweisen als mit dem sozialen und dass das soziale Funktionsniveau mit der GAF bei BPS im

Langzeitverlauf nicht gut abgebildet werden kann (Zanarini et al., 2010). Nur bei 2% der nach 10 Jahren nicht genesenen Patienten in der MSAD (GAF<60) war das niedrige Funktionsniveau auf fehlende soziale Beziehungen zurückzuführen, bei 94% hingegen auf ein zu geringes berufliches Funktionsniveau. Darüber hinaus wird in der GAF kein „Normalzustand“ des allgemeinen Funktionsniveaus definiert, da die GAF explizit zur Einschätzung des Funktionsniveaus bei psychischen Erkrankungen konzipiert wurde (American Psychiatric Association, 2000). Wie bereits beschrieben erscheint es daher beliebig, ab welchem Wert von einer Genesung gesprochen werden kann. Da die GAF-Skala aufgrund der genannten Probleme aus dem aktuellen Diagnosesystem (DSM-5) entfernt wurde, besteht die Notwendigkeit eines alternativen Kriteriums, das durch eine einfachere Anwendung eine breite Verwendung ermöglicht und darüber hinaus eine stärkere Orientierung an einer individuellen Vorstellung von Genesung gewährleistet.

Der Vergleich der subjektiven Lebenszufriedenheit und der GAF als Operationalisierung für Genesung zur Untersuchung der zweiten Fragestellung zeigt keinen signifikanten Zusammenhang lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Lebenszufriedenheit nicht nur die subjektive Wahrnehmung der Probandinnen stärker berücksichtigt, sondern auch bedeutsame Zusammenhänge zu verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit aufweist. Insbesondere scheint das Lebenszufriedenheitskriterium Aspekte der sozialen Beziehungen sogar besser abzubilden als das GAF-Kriterium. Die Zusammenhänge der Genesungskriterien zu relevanten Bereichen für Genesung bei BPS (Schwere der BPS-Symptomatik, Komorbidität und allgemeine Symptombelastung, Emotionsregulation, Selbstwert, soziale Beziehungen/Partnerschaft, Lebensqualität, Körperbild, Krankheitswahrnehmung und individuelle Werte) zeigten entweder keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kriterien oder waren für das Lebenszufriedenheitskriterium signifikant höher ausgeprägt.

Die Tatsache, dass die beiden Genesungskriterien keinen signifikanten Zusammenhang aufwiesen macht deutlich, dass es einerseits eine Gruppe von zufriedenen Probandinnen gab, die kein gutes allgemeines Funktionsniveau erreichten, und dass andererseits selbst das Erreichen eines guten Funktionsniveaus nicht zwangsläufig mit einer hohen Lebenszufriedenheit einherging. Die erste Gruppe beschreibt

vermutlich Probandinnen, die einen Adaptionsprozess durchlaufen haben und gelernt haben, mit einem niedrigen allgemeinen Funktionsniveau zufrieden zu sein. Die zweite, in unserer Studie kleinere Gruppe, beschreibt hingegen vermutlich Probandinnen, die es nur auf Kosten der Lebenszufriedenheit schaffen im beruflichen Alltag zu funktionieren. Diese Subgruppen müssten weiter untersucht werden. Insbesondere im Bereich eines mittleren Funktionsniveaus, das von den Probandinnen am häufigsten erreicht wird, gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Funktionsniveau und Lebenszufriedenheit.

6.5 Gruppenunterschiede zwischen nicht-remittierten, remittierten und genesenen Probandinnen

Zur Untersuchung der dritten Fragestellung wurden die Gruppen der nicht-remittierten, remittierten und genesenen Probandinnen in Bezug auf die allgemeine Symptomatik, Komorbidität, Emotionsregulation, soziale Beziehungen, Selbstwert Körperbild, Lebensqualität, allgemeines Funktionsniveau sowie die Krankheitswahrnehmung verglichen und in Relation zu Normwerten der Allgemeinbevölkerung betrachtet. Die Einteilung der Gruppen erfolgte nach BPS-Diagnose und alternativem Genesungskriterium (Remission und Lebenszufriedenheit im Normbereich der allgemeinen Bevölkerung). 20% der Probandinnen erfüllten zum Untersuchungszeitpunkt die BPS-Kriterien, 41% der Probandinnen waren remittiert, aber nicht genesen, und 39% waren genesen.

6.5.1 Allgemeine Symptombelastung, Komorbidität, Emotionsregulation, soziale Beziehungen, Selbstwert und Körperbild

Die Hypothese, wonach eine Symptomremission mit einer Verbesserung der allgemeinen Symptombelastung und der Komorbiditäten verbunden ist, kann nur für die allgemeine Symptombelastung angenommen werden. Während nicht-remittierte Probandinnen noch stark beeinträchtigt waren, erreichten remittierte Probandinnen in Bezug auf die allgemeine Symptombelastung eine klare Verbesserung. Sie zeigten im Vergleich zur Gruppe der nicht-remittierten Probandinnen eine signifikant geringere BPS-Symptomatik in fünf von neun Kriterien (Vermeidung von Verlassenwerden, instabile Beziehungen, Identitätsstörung, chronische Leere und Dissoziationen). Die Anzahl der komorbiden Erkrankungen unterschied sich nicht signifikant

zwischen remittierten und nicht-remittierten Probandinnen. Auch bei den remittierten Probandinnen erfüllten etwa 50% die Diagnose einer PTBS und 44% einer affektiven Störung. Genesene Probandinnen unterschieden sich signifikant von remittierten in den Bereichen BPS-Symptomatik (BSL-23), allgemeine Symptombelastung (BSI), Schwere der depressiven Symptomatik (BDI-II), Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (DERS), Selbstwert (RSE), Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen (IIP-C) sowie Bewertung ihres Aussehens (Appearance Evaluation MBSRQ) und erreichten im Gegensatz zur Gruppe der Remittierten den Normbereich der allgemeinen Bevölkerung in fast allen untersuchten Bereichen.

Trotz der deutlichen Gruppenunterschiede zwischen remittierten und genesenen Probandinnen waren aber auch die genesenen Probandinnen noch beeinträchtigt: 60% litten unter zumindest subsyndromal ausgeprägter affektiver Instabilität und fast 30% erfüllten das BPS-Kriterium für Dissoziationen. Ebenso erfüllten mehr als 20% noch die Kriterien für eine akute PTBS. In den quantitativen Messinstrumenten unterschieden sich die Mittelwerte der genesenen Probandinnen noch signifikant von den Normwerten zu Dissoziationen (FDS), Depressivität (BDI-II), affektiver Instabilität (ALS), der Bedeutung und Bewertung des Aussehens (Appearance Orientation und Evaluation, MBSRQ) sowie der Reaktion auf Krankheitsanzeichen (Illness Orientation, MBSRQ) nicht erreicht. Des Weiteren lag die durchschnittliche Schwere der depressiven Symptomatik (BDI-II) im Bereich einer milden Depression. Letzteres stimmt mit Ergebnissen der MSAD überein, wonach affektive Merkmale wie die Depressivität als subsyndromale Symptomatik der BPS länger bestehen bleiben als akute Merkmale wie Selbstverletzungen oder Suizidversuche (Zanarini et al., 2016).

Die hohen Dissoziationswerte in der vorliegenden Studie stehen im Gegensatz zu den Befunden der amerikanischen Längsschnittstudien. In der MSAD hatten die Probandinnen nach 10 Jahren noch einen mittleren Dissoziationswert von 8,5 in der DES (Zanarini, Frankenburg, Jager-Hyman, Reich, & Fitzmaurice, 2008)¹³, in der vorliegenden Studie lag dieser bei 18,4¹⁴. In der CLPS war das DSM-Kriterium für Dissoziationen nur bei 10% der Probandinnen erfüllt, während es in unserer Studie mit 48% noch erheblich häufiger diagnostiziert wurde (Gunderson et al., 2011). Hier

¹³ Die DES enthält im Vergleich zur FDS nur drei Subskalen, nicht aber die Subskala Konversion

¹⁴ zum Vergleich mit der amerikanischen Studie wurden für die Diskussion der Ergebnisse ebenfalls DES-Werte berechnet

ist ein Zusammenhang mit der hohen Rate an (komorbider) PTBS von 43% in unserer Studie anzunehmen. In der MSAD lag diese nach 10 Jahren nur noch bei 21% (Zanarini et al., 2011). Zusätzlich wiesen in unserer Gesamtstichprobe Probandinnen mit komorbider PTBS signifikant höhere Dissoziationswerte auf, als Probandinnen ohne PTBS – die Dissoziationen wurden jedoch nicht vollständig durch die PTBS erklärt. Die Ursache für das Auftreten von Dissoziationen bei BPS sind nach wie vor nicht vollständig geklärt und bedürfen weiterer Forschung (Korzekwa, Dell, Links, Thabane, & Fougere, 2009; Winter et al., 2015). Ein Vergleich zwischen Dissoziationen bei BPS und dissoziativer Identitätsstörung ergab, dass Dissoziationen bei BPS vor allem mit hohen Stresszuständen verbunden sind (Laddis, Dell, & Korzekwa, 2017; Stiglmayr et al., 2008). Das Auftreten von Dissoziationen bei BPS kann daher sowohl ein direktes stressassoziiertes Phänomen sein, als auch Folge von erlebten Traumatisierungen. Die Behandlung von Dissoziationen ist besonders relevant, da aktuelle Ergebnisse zeigen, dass die Ausprägung der dissoziativen Symptomatik, insbesondere das Auftreten von Dissoziationen während der Therapiesitzungen, den Therapieerfolg verringert (Kleindienst et al., 2011) - unabhängig von der Art der Behandlung (Arntz, Stupar-Rutenfrans, Bloo, van Dyck, & Spimhoven, 2015; Barnicot & Priebe, 2013)

Die hohen Komorbiditätsraten für PTBS in der vorliegenden Studie könnten damit zusammenhängen, dass im deutschsprachigen Raum lange Zeit von einer Traumatherapie bei BPS-Patienten abgeraten wurde bzw. dass laut Therapieleitlinien auch aktuell noch bei komplexen und längeren Verläufen einer PTBS zuerst eine Stabilisierung erfolgen soll, bevor mit der eigentlichen Konfrontation als wesentlichem Bestandteil der Traumatherapie begonnen werden kann (Flatten et al., 2011). Diese Haltung wird stark kritisiert (Neuner, 2008),¹⁵ da als Folge häufig überhaupt keine Konfrontation mit der Traumasymptomatik erfolgt, weil Therapeuten eine Verschlechterung der Suizidalität und des selbstverletzenden Verhaltens befürchteten. Belege für diese Annahme gibt es nicht – im Gegenteil. Eine Traumatherapie, die explizit für Patienten mit PTBS und emotionaler Instabilität entwickelt wurde, ist die DBT-PTSD (Bohus, Dyer, et al., 2013; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus,

¹⁵ Die aktuelle Leitlinie zur Behandlung der PTBS enthält noch Hinweise darauf, dass eine Stabilisierung vor einer Konfrontation erfolgen soll, sie enthält allerdings auch einen Verweis auf die Arbeit von Neuner und dessen Kritik an dieser Praxis; die Leitlinie ist derzeit auch in Überarbeitung, da seit 2011 keine mehr erfolgt ist. Daher bleibt abzuwarten, ob die Überarbeitung eine Veränderung in Bezug auf die Empfehlung zur Stabilisierung enthält.

2011). Hier zeigen sich keine der befürchteten negativen Folgen der Konfrontation bei hohen Remissionsraten in Bezug auf die Traumasymptomatik.

Das häufige Auftreten der affektiven Instabilität selbst bei genesenen Probandinnen in der vorliegenden Studie steht im Einklang mit dem allgemeinen Verständnis der BPS, wonach affektive Instabilität ein Kernsymptom der Störung darstellt (Linehan, 1993). Zudem stimmt dies mit Ergebnissen der CLPS überein, in der die affektive Instabilität nach 10 Jahren das stabilste Kriterium blieb, mit einer Auftretenshäufigkeit von etwa 35% (Gunderson et al., 2011) - in der aktuellen Studie waren es in der Gesamtstichprobe 43%. In der MSAD erfüllten hingegen nur 13% das Kriterium für affektive Instabilität nach 10 Jahren, allerdings war das Funktionsniveau der Patienten in dieser Studie allgemein höher (Zanarini et al., 2010; Zanarini et al., 2007).

Dass das Körperbild in drei von zehn Skalen auch noch bei genesenen Probandinnen beeinträchtigt war, könnte ein Hinweis auf eine graduelle Verbesserung mit zunehmender Genesung bei BPS sein. Es war im Gegensatz zur bisherigen Literatur zum Körperbild bei akuter BPS bei genesenen Probandinnen weniger stark beeinträchtigt (Dyer et al., 2013).

6.5.2 Lebensqualität

Die Ergebnisse zur Lebensqualität im Gruppenvergleich zeigten über alle Messinstrumente hinweg einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der Lebensqualität und einer Genesung. Die zweite Hypothese, dass eine Symptomremission nicht ausreicht, um in der Lebensqualität Werte im Normbereich zu erreichen, kann zum großen Teil angenommen werden. Auch remittierte Probandinnen zeigten hier noch deutliche Beeinträchtigungen. Der Bereich körperliche Schmerzen (SF-36) bildete hier die einzige Ausnahme: sowohl remittierte als auch nicht-remittierte Probandinnen lagen auf dieser Skala im Bereich der allgemeinen Bevölkerung. Die Gruppe der genesenen Probandinnen lag mit Ausnahme der körperlichen Gesundheit auf allen Lebensqualitätsskalen signifikant höher als die remittierten und unterschieden sich nur auf drei Skalen von den Normwerten der Allgemeinbevölkerung – in der sozialen Funktionsfähigkeit (SF-36) sowie der physischen und psychischen Lebensqualität (WHO-QOL Bref). Ob die Lebensqualität

eingeschränkt war oder nicht, war im Bereich der sozialen Beziehungen abhängig vom verwendeten Erhebungsinstrument. Eine nahe liegende Erklärung für den auf den ersten Blick widersprüchlichen Befund sind unterschiedliche Operationalisierungen der Konstrukte. Der Unterschied in der sozialen Funktionsfähigkeit bei genesenen Probandinnen könnte damit erklärt werden, dass der WHO-QOL Bref, wonach die sozialen Beziehungen nicht eingeschränkt waren, nach der Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen fragt (persönliche Beziehungen, Sexualleben, Unterstützung durch Freunde), der SF-36 hingegen nach der Beeinträchtigung von sozialen Kontakten durch seelische Probleme oder die körperliche Gesundheit.

Neben unterschiedlicher Operationalisierungen der Konstrukte fällt außerdem der Unterschied zwischen der reinen Beschreibung einer Beeinträchtigung und der Belastung durch diese Beeinträchtigung auf. Dies könnte damit zusammenhängen, dass zumindest ein Teil der Betroffenen zwar Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen hat und aufgrund schlechter Erfahrungen Kontakte meidet (Links & Heslegrave, 2000), durch eine Anpassung an ein niedrigeres Erwartungsniveau aber mit weniger Kontakten eine Zufriedenheit in diesem Bereich erreicht. Interessanterweise erreichten die Probandinnen in der vorliegenden Studie Normwerte im Bereich soziale Beziehungen des WHO-QOL Bref, obwohl darin eine Frage zur Zufriedenheit mit Sexualität enthalten war, die bei BPS-Patienten in der MSAD auch im Langzeitverlauf noch beeinträchtigt war (Karan et al., 2016) - wobei dort nach Vermeidung von Sexualität gefragt wurde sowie nach der Verschlechterung der Symptomatik nach dem Sex. Auch hier könnte eine Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse sein, dass Patienten mit BPS im Langzeitverlauf ihre Sexualität einschränken oder ganz vermeiden, um unangenehme Gefühle oder Belastungen hierdurch zu vermeiden, und trotzdem oder gerade deshalb zufrieden damit sind.

Eine positive Lebensqualität trotz vorhandener Beeinträchtigungen ist ein Beleg für Anpassungsprozesse, die im Krankheitsverlauf erfolgen, dem sogenannten „response shift“ (Herschbach, 2002). Dies bedeutet eine Veränderung von Werten, Vorstellungen und internen Standards infolge von Beeinträchtigungen durch eine chronische Erkrankung. Der WHO-QOL Bref, der im Gegensatz zu den anderen hier verwendeten Lebensqualitätsfragebögen stärker auf die Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Lebensqualität fokussiert, scheint diese subjektive

Einschätzung von den hier verwendeten Lebensqualitätsfragebögen am besten zu erfassen. Allerdings wird im WHO-QOL Bref in allen Bereichen auch nach objektiven Einschränkungen oder Beeinträchtigungen gefragt, was zu einer Vermischung der beiden Betrachtungsweisen führt.

Beeinträchtigungen bestanden außerdem selbst bei genesenen Probandinnen noch in der psychischen und physischen Lebensqualität gemessen mit dem WHO-QOL Bref: selbst genesenen Probandinnen fiel es offenbar noch schwer, das Leben zu genießen und als sinnvoll zu erleben, zufrieden mit sich selbst und ihrem Aussehen zu sein, sich zu konzentrieren, genug Energie für das tägliche Leben zu haben und erholsam zu schlafen. Wie stark die jeweilige Beeinträchtigung in den einzelnen Bereichen genau war, kann allein aufgrund dieser Ergebnisse allerdings nicht geschlossen werden, da eine Analyse auf Itemebene des WHO-QOL Bref nicht vorgesehen war und keine Vergleichswerte vorliegen. Hierzu sind weitere Untersuchungen notwendig. Das Leben als sinnvoll zu erleben ist bei Patienten mit einer akuten BPS-Symptomatik stark beeinträchtigt (Marco, Pérez, Garcia-Alandete, & Moliner, 2017). Da dieser Aspekt von den Probandinnen der aktuellen Studie auch in den qualitativen Interviews als genesungsrelevant genannt wurde, wurde untersucht, ob sich das subjektive Sinnerleben mit zunehmender Genesung noch weiter verbessern lässt. Die Ad-hoc-Analyse der Operationalisierung von Genesung anhand eines höheren Lebenszufriedenheitswertes auf der SWLS zeigte, dass eine höhere Lebenszufriedenheit mit einem noch stärkeren Sinnerleben einherging und dass nach diesem strengeren Lebenszufriedenheitskriterium als genesen kategorisierte Probandinnen auch in den Bereichen der physischen und psychischen Lebensqualität (gemessen mit dem WHO-QOL Bref) Werte im Bereich der Allgemeinbevölkerung erreichen.

Eine reduzierte Konzentration und zu wenig Energie für das Leben und die Alltagsbewältigung zu haben könnten mit der bestehenden depressiven Restsymptomatik in Zusammenhang stehen, aber auch Anzeichen für eine generelle reduzierte Belastbarkeit bei BPS sein, evtl. durch ein jahrelanges erhöhtes Stresslevel durch interpersonellen Stress (Nater et al., 2010).

6.5.3 Allgemeines Funktionsniveau

Die Hypothese, dass eine Symptomremission nicht ausreicht, um im Bereich des allgemeinen Funktionsniveaus Werte im Normbereich zu erreichen, kann ebenfalls angenommen werden. Alle untersuchten Bereiche der allgemeinen Funktionsniveaus waren auch in der Gruppe der remittierten Probandinnen deutlich beeinträchtigt. Das Funktionsniveau stieg signifikant mit der Remission und nochmals mit Genesung. Genesene Probandinnen erreichten den Bereich mit gutem allgemeinem Funktionsniveau nur, wenn wie in früheren Studien ein GAF-Wert über 61 als Referenzwert gewählt wurde – in Bezug auf die einzelnen Indikatoren des Funktionsniveaus blieben deutliche Beeinträchtigungen bestehen. Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede in objektiven Indikatoren des Funktionsniveaus: Über alle Gruppen hinweg waren die Probandinnen in der vorliegenden Studie deutlich seltener berufstätig oder verheiratet als Frauen gleichen Alters aus der Allgemeinbevölkerung und ein geringerer Prozentsatz hatte Kinder.

Damit unterscheidet sich die aktuelle Studie von den wenigen bisher vorhandenen Befunden zu Gruppenunterschieden im Bereich des sozialen Funktionsniveaus. In der MSAD waren jemals genesene Probanden signifikant öfter verheiratet und erzogen häufiger Kinder als Probanden, die nie eine Genesung erreicht hatten (Zanarini, Frankenburg, Reich, Wedig, et al., 2015). Auch in der absoluten Häufigkeit zeigen sich Unterschiede: In der MSAD hatten 49% der jemals genesenen Probanden ein Kind (Zanarini, Frankenburg, Reich, Wedig, et al., 2015), in der aktuellen Studie 32% der genesenen Probandinnen. Auch hier ist jedoch ein Zusammenhang mit den unterschiedlichen Definitionen von Genesung wahrscheinlich (Operationalisierung über die GAF und kumulative Genesungsraten in der MSAD).

6.5.4 Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Therapien

Im Bereich des Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Therapien gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen remittierten und nicht-remittierten Probandinnen. Genesene Probandinnen zeigten nur bei der Ernährung ein signifikant besseres Gesundheitsverhalten als remittierte. In Bezug auf die Inanspruchnahme von Therapien hatten genesene Probandinnen weniger stationäre Therapien in

Anspruch genommen als remittierte und weniger häufig einen Verfahrenswechsel zwischen Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie vorgenommen. Allerdings waren selbst bei den genesenen Probandinnen noch knapp 60% im vorausgegangenen Jahr in Psychotherapie und über 50% nahmen Psychopharmaka ein. Verfahrenswechsel zwischen unterschiedlichen Therapieverfahren sind im deutschen Gesundheitssystem eine Möglichkeit, eine Richtlinientherapie über die vorgesehene Länge von zwei Jahren hinaus fortzuführen, und damit vermutlich ein Zeichen für die Schwere der noch vorhandenen Beeinträchtigungen.

Die hohe Therapieinanspruchnahme selbst bei genesenen Probandinnen stimmt mit Ergebnissen der MSAD überein, die zeigen, dass die Inanspruchnahme von Therapien in den ersten Jahren zwar abnimmt, dann aber im Langzeitverlauf nicht mehr weiter zurückgeht (Zanarini, Frankenburg, Reich, Conkey, & Fitzmaurice, 2015). In der MSAD waren nach 16 Jahren ebenfalls noch 65% der Teilnehmer in ambulanter Psychotherapie (68% der Gesamtstichprobe in der vorliegenden Studie), allerdings war der Anteil der Probandinnen mit aktueller Medikation mit 71% nach 16 Jahren in der MSAD etwas höher (im Vergleich zu 60% in der Gesamtstichprobe). Im Gegensatz dazu war der Anteil der Probandinnen mit stationärer Therapie in den vorausgegangenen zwei Jahren in der MSAD deutlich geringer als in der vorliegenden Studie (4% vs. 30%), was wiederum an Besonderheiten des Gesundheitssystems liegen könnte, da die Kosten für eine stationäre Behandlung für die Betroffenen in den USA sehr hoch sind und in der Regel nur stationäre Kriseninterventionen möglich sind.

Der hohe Anteil an ambulanten Psychotherapien selbst im Langzeitverlauf steht im Widerspruch zum bisherigen Verständnis von ambulanten Therapien in Richtlinienverfahren in Deutschland, die nicht lebensbegleitend konzipiert sind und in der Regel auf maximal 100 Stunden beschränkt sind. Viele Betroffene müssen daher die Kosten für ambulante Therapien entweder zeitweise selbst tragen oder sich die Besonderheit von möglichen Verfahrenswechseln zu Nutze zu machen, die allerdings jedes Mal auch mit einem Wechsel der Therapeuten verbunden sind und damit Verluste in der Effektivität der Therapien mit sich bringen können. Hier zeigt sich ein hoher Bedarf an therapeutischen Angeboten für chronisch psychisch Kranke, die eine deutliche längere begleitende Therapie benötigen. Auf der anderen Seite

sollten Möglichkeiten zum Ausstieg „aus dem System“ explizit zum Ziel von Behandlung gemacht werden, wie dies in der DBT-ACES der Fall ist (Burmeister et al., 2013; Comtois et al., 2010). Dabei muss allerdings klar sein, welche Ziele die Betroffenen selbst verfolgen.

6.5.5 Krankheitswahrnehmung und individuelle Werte

Die Krankheitswahrnehmung unterschied sich nicht signifikant zwischen nicht-remittierten und remittierten Probandinnen, aber zwischen genesenen und remittierten. Genesene Probandinnen nahmen im Vergleich zu remittierten Probandinnen weniger negative Konsequenzen der Erkrankung auf das eigene Leben und das persönliche Umfeld wahr, gaben eine stärkere subjektive Behandlungskontrolle an (Gefühl, dass die Behandlung der Erkrankung hilft, sie zu verbessern), ein höheres Kohärenzgefühl (Gefühl, die Krankheit zu verstehen) und eine weniger negative emotionale Repräsentation der Erkrankung, d.h. eine geringere Ausprägung von negativen Gefühlen wie Angst, Wut oder Beunruhigung in Bezug auf die Erkrankung. Eine verbesserte Krankheitsbewältigung scheint daher im Zusammenhang mit einer Genesung bei der BPS zu stehen. Dies stimmt mit Ergebnissen bei chronischen körperlichen Erkrankungen überein, die einen positiven Zusammenhang zwischen einer positiveren Krankheitswahrnehmung und einem höheren subjektiven Wohlbefinden, der Lebenszufriedenheit bzw. einem positiven Krankheitsverlauf zeigen (Bengel et al., 2003; Fittig, Schweizer, & Rudolph, 2007; Hurt et al., 2014).

In Bezug auf die individuellen Werte zeigte sich, dass Conservation (also die Bewahrung von Traditionen und Konformität) in der Gesamtstichprobe die größte Bedeutung für die Probandinnen hatte, gefolgt von Self-transcendence (Wohltätigkeit), Openness to change (freies Denken und Verhalten, Unabhängigkeit) und Self-enhancement (eigenes Wohlergehen und Erfolg, Leistung). Damit ist Conservation für Betroffene mit BPS wichtiger als dies in einer großen deutschen Stichprobe in der Allgemeinbevölkerung der Fall war, in der Self-transcendence der bedeutendste Wert war, gefolgt von Openness to change, Conservation und Self-enhancement (Ostermann et al., 2017). Interessanterweise änderte sich die Rangfolge der Bedeutung der Werte nicht über die unterschiedlichen Gruppen hinweg. Es scheint

also kein Zusammenhang zwischen der Bedeutung der individuellen Werte und einer Genesung bei BPS zu geben.

Diese Ergebnisse sind überraschend, da nach der Theorie der Selbstbestimmung die Werte Openness to change und Self-transcendence mit psychischer Gesundheit verbunden sind (Ryan & Deci, 2000). Eine höhere Ausprägung von Conservation hingegen ist verbunden mit einem höheren Level an psychischem Stress und einer geringerer Lebenszufriedenheit, vermutlich aufgrund der konzeptionellen Nähe zu sozialer Konformität und einem niedrigeren Selbstwert (Cialdini & Trost, 1998). Hier stellt sich für zukünftige Studien die Frage, ob die Bedeutung von Conservation spezifisch für BPS insgesamt ist, oder generell für eine psychische Belastung oder eine soziale Überanpassung, und welche Rolle diese Zusammenhänge für eine Genesung bei einer BPS spielen.

Eine aktuelle Studie zur Umsetzung der individuellen Werte nach Schwartz und Kollegen (2012) an einer Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung fand, dass vor allem die Umsetzung der individuellen Werte einen Zusammenhang zu psychischer Gesundheit und der Lebenszufriedenheit aufwies (Ostermann et al., 2017). Und tatsächlich zeigte sich in der Umsetzung der individuellen Werte auch in der vorliegenden Stichprobe ein anderes Bild als bei der Bedeutung der Werte. Eine stärkere relative Umsetzung von Openness to change schien in Zusammenhang mit einer Genesung bei BPS zu stehen, ebenso eine stärkere Umsetzung von Self-enhancement und eine geringe Umsetzung von Conservation. Diese Zusammenhänge müssten ebenfalls in weiteren Studien untersucht werden.

Die Tatsache, dass Conservation-Werte sowohl in der Bedeutung als auch in der Umsetzung der individuellen Werte bei Betroffenen mit einer BPS im Langzeitverlauf an erster Stelle standen ist ein Anzeichen dafür, dass es selbst für genesene Probandinnen noch wichtiger ist, sozial konform und sicher zu leben als dies in der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Allerdings müssen diese Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden, da bisher keine Daten zu BPS und individuellen Werten vorliegen, ebenso wenig wie Baseline-Daten zu der Bedeutung der Werte in der vorliegenden Studie.

6.6 Subjektives Verständnis von Genesung

Die vierte Fragestellung zum subjektiven Verständnis von Genesung bei BPS wurde erstmals bei Betroffenen mit einem längeren Krankheitsverlauf untersucht. Neben genesungsrelevanten Bereichen wurden das individuelle Verständnis von Genesung und der Stand der subjektiven Genesung erfragt sowie die Zusammenhänge zwischen dem Verständnis von Genesung und der subjektiven Genesung untersucht.

6.6.1 Relevante Kategorien für Genesung

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews zeigten, dass für die Probandinnen acht Bereiche im Langzeitverlauf der BPS genesungsrelevant waren. Neben einer Verbesserung der allgemeinen Symptomatik waren dies funktionierende soziale Beziehungen, ein stabiler Selbstwert, ein kompetenter Umgang mit Gefühlen, Alltagskompetenzen sowie eine Bewältigung von Krankheitserfahrungen und schwierigen bzw. traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit und die Möglichkeit, das Leben an den eigenen Vorstellungen und Werten ausrichten zu können.

Im Vergleich zu den beiden qualitativen Studien von Katsakou und Kollegen (2012) und Larivière und Kollegen (2015) gab es große Übereinstimmungen in den Kategorien für Genesung (zum Überblick siehe Tabelle 29). Es gab aber auch einige Unterschiede. Da die anderen Studien nach kürzeren Zeiträumen bzw. im Anschluss an eine Therapie durchgeführt wurden, sind die Unterschiede vermutlich auf den längeren Krankheitsverlauf der Probandinnen in der vorliegenden Studie zurückzuführen. Die Kategorien Selbstwert/ Identität, soziale Beziehungen, Alltagskompetenzen/ Beschäftigung und Umgang mit Gefühlen wurden in allen drei Studien genannt, eine Verbesserung der aktuellen Symptomatik wurde in der Studie um Larivière und Kollegen (2015) überraschenderweise nicht aufgeführt, Vergangenheitsbewältigung hingegen bei Katsakou und Kollegen (2012) nicht. Kategorien, die in den bisherigen Studien nicht genannt wurden, waren die Krankheitsbewältigung und die Orientierung an den eigenen Werten. Der Bereich Alltagskompetenzen enthielt in der aktuellen Studie über berufliche Aktivitäten hinaus alltägliche Kompetenzen, die in den anderen beiden Studien nicht explizit genannt wurden, für die Probandinnen der aktuellen Studie aber eine große Rolle spielten. Larivière und Kollegen (2015)

nannten im Gegensatz zur vorliegenden Studie als weitere Kategorie für Genesung die Hoffnung für die Zukunft, wobei nicht deutlich wurde, warum diese als separate Kategorie für Genesung gesehen wurde und nicht als Einflussfaktor für Genesung.

Tabelle 29: Vergleich Genesungskriterien aktuelle Studie mit Katsakou et al. (2012) und Larivière et al. (2015)

Aktuelle Studie	Katsakou et al. (2012)	Larivière et al. (2015)
Aktuelle psychopathologische Symptomatik	Abbau von Suizidalität und anderen Symptomen, Folgen von Traumatisierungen	-----
Identität/ Selbstwert	Aufbau von Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen	sich behaupten, sich selbst definieren; Selbstbewusstsein; Vertrauen in sich selbst haben; Selbstfürsorge
Soziale Beziehungen	Verbesserung von sozialen Beziehungen	Gesunde Beziehungen, Vertrauen in andere haben
Alltagskompetenzen	berufliche Erfolge/ Arbeitsplatz	das Leben wieder in Angriff nehmen/ Beschäftigung haben, ein Ziel haben, Verantwortung übernehmen
Krankheitsbewältigung	-----	-----
Umgang mit Gefühlen	Verbesserte Kontrolle von Gefühlen, Stimmung und negativen Gedanken	Besserer Umgang mit Gefühlen
Vergangenheitsbewältigung	-----	mit der Vergangenheit abschließen
Werteorientierung	-----	-----
-----	-----	Hoffnung für die Zukunft haben

Die genannten genesungsrelevanten Bereiche aus den qualitativen Interviews und die Ergebnisse der quantitativen Messinstrumente wiesen eine hohe Übereinstimmung auf. Neben einer Verbesserung in der allgemeinen Symptombelastung waren in den quantitativen Messinstrumenten ebenfalls Selbstwert und Selbstakzeptanz, soziale Beziehungen, Krankheitswahrnehmung und Emotionsregulation Variablen, bei denen genesene Probandinnen deutlich höhere Werte erreichten. Die genesungsrelevanten Bereiche der Werteorientierung und der Alltagsbewältigung, die die Probandinnen in den qualitativen Interviews genannt hatten, waren gemessen mit quantitativen Messinstrumenten (physische und psychische Lebensqualität; WHO-QOL Bref) allerdings selbst bei genesenen Probandinnen beeinträchtigt. Um eine vollständige Genesung bei einer BPS zu fördern, sollten zukünftige Therapiekonzepte das Sinnerleben, die Ausrichtung des Lebens an den eigenen Werten sowie die Fähigkeit, den Alltag zu meistern, stärker fokussiert werden – wie dies in bestehenden Post-Akut-Behandlungskonzepten wie der DBT-ACES (Burmeister et al., 2013;

Comtois et al., 2010) bereits beschrieben wurde.

Die Kategorie Vergangenheitsbewältigung überschneidet sich inhaltlich teilweise mit der Subskala Konsequenzen der Krankheitswahrnehmung. Mit zunehmender Genesung nahmen die Probandinnen weniger negative Konsequenzen der Erkrankung auf ihr Leben und ihr soziales Umfeld wahr. Allerdings war dieser Bereich durch die quantitativen Messinstrumente nicht vollständig abgedeckt. Für die Erfassung der Vergangenheitsbewältigung müsste für weitere Studien ein geeignetes Messinstrument gefunden bzw. entwickelt werden.

In den genesungsrelevanten Bereichen aus den qualitativen Interviews zeigte sich eine breite Übereinstimmung mit störungsübergreifenden Konzepten von Genesung. Dazu zählten soziale Beziehungen, der Wunsch nach Verbundenheit und der Bereich Identität (Slade et al., 2012). Es wurden aber auch spezifische Charakteristika von Genesung bei der BPS deutlich: Neben der allgemeinen Symptomreduktion in der BPS-Symptomatik sowie häufig auftretenden komorbiden Störungen wie Trauma, Depressionen, Sucht und Essstörungen, wurde von den meisten Probandinnen der Umgang mit Gefühlen explizit thematisiert. Die Emotionsregulation als Kernsymptom der BPS scheint für Betroffenen auch im Langzeitverlauf problematisch zu sein (Sauer et al., 2016). Bei der Kategorie Identität/Selbstwert stand interessanterweise sowohl in unserer Studie als auch bei Katsakou et al. (2012) weniger die Instabilität des Selbstbildes, als eines der Diagnosekriterien, im Vordergrund als vielmehr Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen und das Erleben von Selbstwirksamkeit.

Im Hinblick auf soziale Beziehungen wurde von den Probandinnen die emotionale Sicherheit in Beziehungen betont, welche bei Patienten mit BPS aufgrund negativer Erfahrungen einen großen Problembereich darstellen (Miano, Grosselli, Roepke, & Dziobek, 2017): Vertrauen schenken, Nähe zulassen, Gefühle ausdrücken, sich verbunden und sicher fühlen. Gleichzeitig machen die Aussagen in dieser Kategorie deutlich, wie wichtig für die Probandinnen in sozialen Beziehungen das Gefühl ist, für jemanden eine Bedeutung zu haben. Dies steht im Einklang mit Ergebnissen von Pernice und Kollegen (2017) die zeigen, dass die Bedeutung für andere („mattering“) eine medierende Rolle zwischen sozialer Unterstützung und Genesung einnimmt (Pernice, Biegel, Kim, & Conrad-Garrisi, 2017).

In der Kategorie Alltagskompetenzen berichten immer noch einige Probandinnen von einer geringen psychischen Belastbarkeit, die sie daran hindert, Freizeitaktivitäten und einer beruflichen Beschäftigung nachzugehen. Dies steht im Einklang mit dem allgemein reduzierten beruflichen Funktionsniveau in bisherigen Studien und in der vorliegenden Untersuchung. Außerdem wurde der Wunsch nach Selbstbestimmung und Unabhängigkeit sehr deutlich, insbesondere in finanzieller Hinsicht. Einige Probandinnen berichteten in diesem Zusammenhang von großen Schwierigkeiten, eine einmal ausgesprochene Berentung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit wieder zu beenden, was vermutlich ein spezifisches Problem des relativ starren Versorgungssystems in Deutschland ist.

Bei der Krankheitsbewältigung zeigte sich wie bereits erwähnt eine deutliche Parallele zur Bewältigung chronischer somatischer Erkrankungen (Bengel et al., 2003): Auch in der aktuellen Studie sprachen die Probandinnen über die Bedeutung einer subjektiven Krankheitstheorie, von den Folgen der Erkrankung für die individuelle Lebensplanung und der Herausforderung, die Erkrankung zu akzeptieren und in die eigene Biografie zu integrieren. Die Bedeutung der Vergangenheitsbewältigung steht vermutlich im Zusammenhang mit der hohen Prävalenz von traumatischen Lebensereignissen bei BPS und der auch im Langzeitverlauf in der vorliegenden Studie noch erschreckend hohen komorbiden PTBS-Rate (siehe Diskussion zu Gruppenvergleichen im Bereich allgemeine Symptombelastung, Punkt 6.5.1).

In der Kategorie Werteorientierung beschrieben die Probandinnen, wie wichtig es ihnen sei, „etwas aus ihrem Leben zu machen“ und ihr Leben nach den eigenen Werten auszurichten. In der breiteren Diskussion um Genesung wird dies unter dem Begriff „meaning in life“ diskutiert – ein Konzept, das bereits bei Patienten mit einer akuten BPS signifikant geringer ausgeprägt ist als bei Personen mit anderen psychischen Störungen (Marco et al., 2017). Warum das so ist, ist allerdings noch weitgehend unklar. Marco und Kollegen (2017) vermuteten einen Zusammenhang zwischen innerer Leere, Identitätsstörungen und niedrigerem Sinnerleben, allerdings muss dies in weiteren Studien untersucht werden.

Sowohl in der Kategorie Krankheitsbewältigung als auch in der Kategorie Werteorientierung zeigten sich Probleme mit gesellschaftlicher Stigmatisierung, mit der die

BPS bis heute belegt ist (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006). In einer Schweizer Studie sahen sich 67% der befragten BPS Patienten mit stigmatisierenden Erfahrungen konfrontiert, während dies nur auf 54% der schizophren erkrankten Menschen zutraf (Schulze, Janeiro, & Kiss, 2015). Wie auch in unseren Interviews zeigte sich bei Schulze und Kollegen (2015) ein deutlicher Zusammenhang mit den sichtbaren Folgen von Selbstverletzungen. Mehrere der Probandinnen in der aktuellen Studie thematisieren ihre Angst vor der Reaktion anderer Menschen auf ihre Narben, da „man [...] ja irgendwie seine Seele und seine Verletzbarkeit nach außen“ (P2) trage. Ein weiterer Punkt, an welchem die Probandinnen ihre Stigmatisierung erleben, ist die Teilhabe am „normalen Berufsleben“. Der Wunsch einer Probandin, auch beruflich „ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft“ (P10) zu sein steht im starken Widerspruch zu der Tatsache, dass nur 13% der Probandinnen in der aktuellen Stichprobe einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen und 40% eine Erwerbsminderungsrente bezogen.

Im Bereich der Krankheitsbewältigung wird darüber hinaus deutlich, dass auch die Selbststigmatisierung eine wichtige Rolle spielt: „Es ist mir unheimlich peinlich, ein Scheiß Borderliner zu sein (...). Borderliner sind echt schlimm“ (P33). Diese Übernahme negativer Stereotype der Erkrankung in das eigene Selbstbild scheint bei der BPS besonders stark ausgeprägt zu sein (z.B. Rüschi et al., 2007) und hängt bei schwerwiegenden psychischen Störungen signifikant mit einer geringeren Genesungswahrscheinlichkeit zusammen (Cunningham & Lucksted, 2017; Oexle et al., 2018). Es wäre denkbar, dass die Selbststigmatisierung eine vermittelnde Variable in der Interaktion der Kategorien Identität/Selbstwert, soziale Beziehungen, Alltagskompetenzen und Werte darstellt.

6.6.2 Verständnis von Genesung

Bei der Zuordnung des Verständnisses von Genesung zu den lexikalischen Definitionen von Genesung („Recovery“) nach Davidson und Kollegen (2005) zeigte sich, dass 55% der insgesamt 58 Probandinnen ein Verständnis von Genesung hatten, das der Erreichung eines Normalzustandes entsprach, also der klinischen Definition von Genesung - obwohl viele davon diesen Zustand noch nicht erlebt hatten. Dies waren mehr als die 42% in der Studie um Larivière (5 von 12 Probandinnen), die ein Verständnis von Genesung hatten, das einer Heilung von einer

körperlichen Erkrankung entspricht (Larivière et al., 2015). Für 36% der aktuellen Stichprobe ging es bei Genesung darum, sich selbst besser zu verstehen und Kontrolle über das eigene Leben herzustellen trotz weiterbestehender Anfälligkeit für die Erkrankung. Dies entspricht eher einem individuellen Verständnis von Genesung, das in der Literatur als persönlicher Prozess zu einem sinnerfüllten Leben beschrieben wird (Anthony, 1993).

Bei somatischen Erkrankungen ist bekannt, dass die eigene Genesungserwartung einen Einfluss auf die spätere Genesung nimmt (Ebrahim et al., 2015) und es ist die Frage, ob die Erwartung einer „Normalität“ ein realistisches Genesungsziel bei BPS ist. Zum einen beginnt die Symptomatik der BPS bei den meisten Betroffenen bereits im Kindes- und Jugendalter (Stepp & Lazarus, 2017), zum anderen ist zu erwarten, dass eine erhöhte emotionale Sensitivität die psychopathologische Symptomatik der BPS überdauert (Conway, Hopwood, Morey, & Skodol, 2018). Es wäre daher sinnvoll, die Auswirkung der Genesungserwartung auf die Genesung bei BPS zu untersuchen. Möglich wäre auch, dass die Einstellung bzw. die Erwartung der Behandler einen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung hat. Dass ein Großteil der Probandinnen aber überhaupt eine Heilung von BPS erwartet, ist auch deshalb ein interessanter Befund, da er im Widerspruch zum Verständnis von Persönlichkeitsstörungen steht, wonach diese eben nicht als ich-dyston erlebt werden, sondern ich-synton.

6.6.3 Stand der subjektiven Genesung

Auf die Frage in den qualitativen Interviews, wie genesen sich die Probandinnen fühlten, sahen sich 22% der Studienteilnehmer selbst als genesen bzw. überwiegend genesen an - also deutlich weniger als die 39% der Probandinnen, die nach dem quantitativen Kriterium einer Symptomremission und einer guten Lebenszufriedenheit als genesen kategorisiert wurden. Im Vergleich zur Studie von Katsakou und Kollegen (2012), die ihre Probandinnen direkt nach einer abgeschlossenen Therapie befragt hatten, gaben in der aktuellen Studie im Langzeitverlauf aber deutlich mehr Probandinnen an, sich genesen zu fühlen (22% vs. 10%). 48% der Probandinnen in der vorliegenden Studie erlebten ihren Zustand als schwankend, berichteten aber über Verbesserungen in einigen Bereichen, 10% gaben an, nur minimale Verbesserungen erreicht zu haben, sich aber daran angepasst zu haben. Eine Kategorie mit

Probandinnen, die sich im Verlauf an nur minimale Verbesserungen angepasst hatten, gab es im kürzeren Verlauf bei Katsakou und Kollegen (2012) nicht. Mit einem Anteil von 19% gaben bei Katsakou und Kollegen (2012) ähnlich viele Probandinnen wie in der vorliegenden Studie an, so gut wie keine Fortschritte gemacht zu haben.

Diese Ergebnisse bestätigen die Befunde von Längsschnittstudien, dass der Verlauf einer BPS sehr unterschiedlich sein kann (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2012). Eine subjektive Genesung wird selbst im Langzeitverlauf nur von einem geringen Anteil der Betroffenen erreicht - ebenso wie eine „exzellente“ Genesung (sehr gutes Allgemeines Funktionsniveau (GAF>70), Remission der schweren komorbiden Achse-I-Störungen), die in der MSAD untersucht wurde (Zanarini et al., 2018). Prädiktoren für eine „exzellente“ Genesung in der MSAD waren höherer IQ, gutes Funktionsniveau als Kind, beruflicher Erfolg als Erwachsener, niedrigere Neurotizismuswerte und höhere Verträglichkeitswerte als Persönlichkeitseigenschaften (Zanarini et al., 2018). Ob diese Prädiktoren auch für eine Genesung nach dem hier eingeführten alternativen Genesungskriterium gelten, sollte weiter erforscht werden.

6.6.4 Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Genesung und dem Stand der Genesung

In der graphischen Betrachtung wies das individuelle Verständnis von Genesung, einen Zusammenhang zum subjektiven Stand der Genesung auf. Mit zunehmender subjektiver Genesung nahm der Anteil der Probandinnen ab, die Genesung als Erreichen eines Normalzustandes verstanden. Gleichzeitig nahm der Anteil derjenigen zu, welche Genesung als Kontrolle über das eigene Leben trotz weiter bestehender Symptome beschrieben. Dies könnte ein Hinweis auf einen Anpassungsprozess sein, in dessen Verlauf die Erwartungen an eine Verbesserung auf ein realistisches Niveau angepasst werden. Es wäre jedoch auch möglich, dass Personen, die von vorneherein nicht die Vorstellung haben, einen Normalzustand erreichen zu können, leichter eine subjektive Genesung erreichen. Allerdings gab es auch einen geringen Anteil an Probandinnen (N=5; 9%), die aus ihrer Sicht einen Normalzustand erreichten und damit vollständig genesen waren.

Der Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Genesung und dem Stand der subjektiven Genesung ist ein bedeutender Befund – auch wenn er in zukünftigen Studien mit größeren Stichproben noch statistisch belegt werden muss. Bisher ist die Vorstellung von Genesung bzw. die Krankheitsbewältigung bei BPS bisher kein explizites Thema von Therapiekonzepten – allenfalls zu Beginn einer Therapie, wenn es um Therapieerwartungen im Allgemeinen geht. Für die Entwicklung sinnvoller Genesungskonzepte bei BPS wäre es sinnvoll, zu untersuchen, inwieweit über subjektive Genesungserwartungen der individuelle Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden kann.

6.7 Zusammenhang zwischen der subjektiven Genesung und quantitativen Kriterien zur Operationalisierung von Genesung

Der Vergleich unterschiedlicher Operationalisierungen von Genesung zur Untersuchung der fünften Fragestellung unterstreicht zum einen die Befunde zum direkten Vergleich der Kriterien GAF und SWLS, die zeigen, dass das Lebenszufriedenheitskriterium eine andere Gruppe von Probandinnen erfasst als dies bei einer Operationalisierung über das allgemeine Funktionsniveau der Fall ist und zum anderen, dass es eine weitere Subgruppe von Probandinnen gibt, die weder mit der Operationalisierung über die GAF-Skala noch über die subjektive Lebenszufriedenheit gut erfasst werden – nämlich die Probandinnen mit einer teilweisen oder schwankenden subjektiven Genesung.

Genesene Probandinnen nach der Operationalisierung über die subjektive Lebenszufriedenheit fanden sich in drei verschiedenen Gruppen der subjektiven Genesung: bei den subjektiv Adaptierten, den Probandinnen mit teilweiser subjektiver Genesung und den subjektiv genesenen. Genesene Probandinnen nach der Operationalisierung über das GAF-Kriterium waren hingegen nur in zwei dieser Gruppen vertreten: Keine der subjektiv adaptierten Probandinnen erreichte ein Funktionsniveau über 60 Punkten auf der GAF-Skala. Dies zeigt zum einen, dass eine minimale subjektive Genesung nicht ausreichen scheint, um ein gutes allgemeines Funktionsniveau zu erreichen, und bestätigt zum anderen die Einschätzung der subjektiv adaptierten Probandinnen, die eine Anpassung an ein niedrigeres

Funktionsniveau beschreiben, die mit einer subjektiven Lebenszufriedenheit im Bereich der Allgemeinbevölkerung zusammenhängt.

Die Gruppe von Probandinnen, die aus subjektiver Sicht teilweise eine Genesung erreichten und/ oder diese als schwankend erlebten, war mit den quantitativen Genesungskriterien nur schlecht zu identifizieren – es befanden sich sowohl nicht-remittierte als auch remittierte und genesene Probandinnen nach beiden objektiven Kriterien in dieser Gruppe. Dies weist auf eine insgesamt geringere Homogenität der Probandinnen in dieser Gruppe im Vergleich zu den anderen Genesungskategorien hin, was auch die höheren Standardabweichungen in allen untersuchten quantitativen Messinstrumenten in dieser Gruppe nahelegen. Interessanterweise berichteten Probandinnen dieser Gruppe eine geringere subjektive Lebenszufriedenheit als subjektiv adaptierte Probandinnen mit nur minimalen Verbesserungen der Symptomatik. Dies deutet zum einen darauf hin, dass Schwankungen im Befinden für die Betroffenen eventuell eine höhere Belastung darstellen als konstante Beeinträchtigungen; zum anderen, dass die Adaptation an bestehende Beeinträchtigungen einen Akzeptanzprozess beinhalten könnte, der ein zufriedenstellendes Leben mit der Erkrankung ermöglicht (Meyer, 2001). Beides sollte im Hinblick auf die Förderung der Krankheitsbewältigung in zukünftigen Studien mit größeren Stichproben weiter untersucht werden.

Sowohl die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews als auch die quantitativen Daten zeigen, dass ein Normalzustand auch im Langzeitverlauf nur sehr selten erreicht werden kann. Insgesamt nur 14% der Probandinnen erreichten nach allen drei Kriterien eine Genesung (Remission, SWLS>18, GAF>60, subjektive Genesung). Es erscheint daher sinnvoll, anstelle einer Vorstellung von klinischer Genesung eine individuelle Genesung im Sinne einer Anpassung an noch bestehende Symptome als Outcome-Kriterium für den Langzeitverlauf bei BPS zu wählen. Die Tatsache, dass sich im Vergleich der Genesungskriterien ein größerer Zusammenhang zwischen der subjektiven Genesung und der Operationalisierung über die subjektive Lebenszufriedenheit zeigt, unterstreicht die Ergebnisse der quantitativen Analysen: Durch das alternative Genesungskriterium (Symptomremission + subjektive Lebenszufriedenheit im Normbereich der Allgemeinbevölkerung) wird das individuelle Erleben der Betroffenen stärker berücksichtigt und es kann das

Empowerment im Sinne einer individuellen Krankheitsbewältigung bei noch bestehender Restsymptomatik abgebildet werden, wie er auch schon bei anderen psychischen Störungen und chronischen Erkrankungen beschrieben wurde (Boyd, Otilingam, & DeForge, 2014; Chan, Lo, Chen, & Ho, 2015; Lanfredi et al., 2015) – im Gegensatz zu einer Definition über das allgemeine Funktionsniveau.

6.8 Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit

Für die sechste Fragestellung wurden Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit untersucht. Mit dem Selbstwert sowie der wahrgenommenen sozialen Unterstützung waren interessanterweise eher unspezifische Faktoren relevante Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit in der vorliegenden Stichprobe. Weder die aktuelle BPS-Symptomatik noch die komorbide Symptomatik (Depressivität, Dissoziationen) oder die Emotionsregulation hatten einen zusätzlichen signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Der deutliche Einfluss des Selbstwerts auf die Lebenszufriedenheit bei BPS steht im Einklang mit bisherigen Ergebnissen bei Gesunden (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Diener & Diener, 1995). Obwohl ein niedriger Selbstwert kein Diagnosekriterium einer BPS ist, scheinen Patienten mit BPS ganz besonders von einem niedrigen Selbstwert betroffen zu sein (Roepke et al., 2011). Er spielt daher bei der Behandlung bereits eine wichtige Rolle und wurde z. B. explizit als eigenes Modul in das DBT-Skillstraining aufgenommen (Bohus & Wolf, 2009, 2013).

Der Einfluss von sozialer Unterstützung sowohl auf die Lebenszufriedenheit als auch auf Genesung bei chronischen psychischen Erkrankungen ist bereits ausführlich beschrieben (Cohen & Wills, 1985; Corrigan & Phelan, 2004; Pernice et al., 2017; Plakun et al., 1985). Auch für Betroffene mit BPS scheinen soziale Beziehungen von großer Bedeutung für eine Genesung im Langzeitverlauf zu sein. Dieser Befund aus den quantitativen Daten stimmt wiederum mit den Ergebnissen der qualitativen Interviews überein, in denen sozialen Beziehungen eine besondere Bedeutung zukam. Zusätzlich zum Selbstwert, dessen Verbesserung bereits explizites Behandlungsziel spezifischer BPS-Therapie ist, sollten daher das soziale Umfeld und die wahrgenommene soziale Unterstützung als Indikatoren für die soziale Integration stärkere Berücksichtigung in Therapien finden. Da es bislang keine vergleichbaren

Studien zur langfristigen Lebenszufriedenheit bei BPS und deren Einflussfaktoren gibt, müssten diese Ergebnisse in weiteren Studien repliziert werden.

6.9 Limitationen

Die vorliegende Studie weist im Wesentlichen folgende vier Limitationen auf: Erstens war die Teilnahmequote von 36% der initialen Stichprobe (bzw. 39%, wenn man alle Probandinnen mit hinzunimmt, die sich zur Teilnahme erklärt haben) deutlich geringer als in prospektiven Langzeitstudien. In der MSAD nahmen aufgrund der engmaschigen Untersuchungen 76% der ursprünglichen Teilnehmer auch an der 20-Jahres-Befragung wieder teil (Zanarini et al., 2018), dies waren 85% der überlebenden Teilnehmer. In der spanischen Studie und der CLPS sind die Rücklaufquoten mit 64% (Alvarez-Tomás et al., 2016) bzw. 63% (Gunderson et al., 2011) zwar geringer, aber dennoch deutlich höher als in der vorliegenden Studie. Durch die geringe Teilnehmerquote ist die Repräsentativität der Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht gewährleistet. Allerdings unterscheiden sich die Teilnehmer der aktuellen Studie nicht von denen, die die Teilnahme abgelehnt hatten, in relevanten Bereichen wie der Symptomschwere und dem Alter zum Zeitpunkt der Studienteilnahme in Freiburg. Des Weiteren kann in einer naturalistischen Studie eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch eine kontinuierliche Studienteilnahme ausgeschlossen werden, da die Teilnehmer der aktuellen Studie nicht wussten, dass sie nachbefragt werden würden.

Zweitens sind die Zellenbesetzungen der einzelnen Gruppenvergleiche durch die geringe Anzahl der Probandinnen relativ klein, insbesondere wenn mehr als zwei Gruppen miteinander verglichen wurden, so dass die Ergebnisse mit großer Vorsicht interpretiert werden müssen. Die Befunde der aktuellen Studie sowie deren Validität müssen daher an einer größeren Stichprobe repliziert und überprüft werden.

Drittens hatten alle Probandinnen bei der ersten Studienteilnahme in den Jahren 1995 bis 2002 aus eigenem Antrieb Behandlung gesucht. Daher sind die Ergebnisse nicht übertragbar auf Menschen mit BPS, die keine Therapie in Anspruch genommen haben. Um nicht nur Probandinnen einzuschließen, die der Behandlung mit DBT positiv gegenüberstanden, wurden auch alle Personen angeschrieben, die bei der ersten Studienteilnahme die Behandlung abgebrochen oder gar nicht erst begonnen

hatten. Die Responderanalyse zeigte allerdings, dass mehr Personen, die bereits die Behandlung in Freiburg abgebrochen hatten, auch an der Nachbefragung nicht teilgenommen hatten, so dass dies zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann. Allerdings zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in der Psychopathologie zwischen Abbrechern und Nicht-Abbrechern, weder in der Gesamtstichprobe der Freiburger Therapiestudie noch bei den aktuellen Teilnehmerinnen.

Die Tatsache, dass in der aktuellen Studie nur Frauen untersucht wurden, stellt eine vierte Limitation dar. Die Ergebnisse sind nicht ohne weiteres auf Männer mit einer BPS übertragbar.

6.10 Schlussfolgerungen

Zusammengenommen unterstreichen die Ergebnisse die bisherigen Befunde zum Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Eine Symptomremission ist häufig, während eine Genesung im klinischen Sinne mit einem guten allgemeinen Funktionsniveau zwar möglich ist, jedoch von deutlich weniger Betroffenen erreicht wird. Obwohl knapp die Hälfte der Probandinnen in der aktuellen Studie eine Lebenszufriedenheit im Bereich der Allgemeinbevölkerung erreichte, blieben Beeinträchtigungen auch noch bei genesenen Probandinnen bestehen. Diese bezogen sich in der vorliegenden Studie vor allem auf die Berufstätigkeit und Belastbarkeit im Alltag, das soziale Funktionsniveau und die psychische und physische Lebensqualität, die affektive Instabilität, Dissoziationen, eine komorbide Traumasymptomatik, eine milde depressive Symptomatik und eine beeinträchtigte Fähigkeit, das Leben zu genießen und als sinnvoll erleben. Die noch bestehenden Probleme äußerten sich in einer auch im Langzeitverlauf noch hohen Inanspruchnahme von Therapien.

Insgesamt scheint es einen großen Überschneidungsbereich zwischen der subjektiven Genesung und der subjektiven Lebenszufriedenheit zu geben, so dass sich die Satisfaction with Life-Scale zusätzlich zu einer Symptomremission als geeignetes Messinstrument zur Erfassung von Genesung bei BPS erweisen könnte. Die subjektive Lebenszufriedenheit als Operationalisierung von Genesung bei BPS scheint ebenso hohe Zusammenhänge zur Psychopathologie auszuweisen wie das GAF-Kriterium und integriert die subjektive Sicht der Betroffenen anstelle einer

objektiven Bewertung von außen – im Sinne eines individuellen Genesungsverständnisses, wie es Recovery-Ansätze von Betroffenen fordern.

Für eine subjektive Genesung im Langzeitverlauf waren für die Probandinnen auf der einen Seite proximale BPS-spezifische Bereiche von Bedeutung wie eine Verbesserung der allgemeinen Symptombelastung, ein verbesserter Umgang mit Gefühlen sowie eine erfolgreiche Krankheits- und Vergangenheitsbewältigung. Auf der anderen Seite jedoch auch distale BPS-unspezifische Bereiche wie der Selbstwert, soziale Beziehungen bzw. soziale Unterstützung sowie die Orientierung an den eigenen Werten. Signifikante Einflussfaktoren auf die subjektive Lebenszufriedenheit waren mit dem Selbstwert und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung ausschließlich unspezifische Faktoren.

Da nur ein sehr geringer Teil der Probandinnen nach allen drei untersuchten Genesungskriterien eine Genesung erreichte (Remission, SWLS>18, GAF>60, subjektive Genesung), ist im Versorgungssystem ein Umdenken erforderlich – von einer traditionell klinischen Sichtweise und einer einseitigen und anscheinend auch mehrheitlich unrealistischen Orientierung am objektiven „Funktionieren“ hin zu einer individuellen Genesung, die ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben selbst mit den Einschränkungen durch die Erkrankung ermöglicht. Realistischere Erwartungen an den Langzeitverlauf bei BPS dürfen jedoch nicht zu einem pessimistischen Rückfall in alte Vorstellungen der Nicht-Behandelbarkeit führen oder dazu, dass Betroffene weiter stigmatisiert werden.

Die Ergebnisse dieser Studie geben konkrete Hinweise für die Versorgungsrealität der BPS in Deutschland: Über ein Jahrzehnt nach der initialen Behandlung litten die Betroffenen immer noch zu einem erschreckend hohen Prozentsatz an einer (komorbiden) PTBS, nahmen regelmäßige Therapien in Anspruch und bezeichneten Bereiche als genesungsrelevant, die in den bestehenden Therapiekonzepten nicht fokussiert werden. Aktuelle Therapiestudien zur DBT-PTSD haben gezeigt, dass eine PTBS auch bei einer akuten BPS erfolgreich und risikoarm behandelbar ist (Bohus, Dyer, et al., 2013; Steil et al., 2011). Um die Genesungsraten bei BPS zu erhöhen und Betroffenen jahrelanges Leid zu ersparen, sollte daran gearbeitet werden, den Zugang zu expositionsbasierten Therapieverfahren für BPS-Patienten zu erleichtern. Die andauernd hohe Therapieinanspruchnahme, welche im deutschen Versorgungs-

system nicht vorgesehen ist, weist auf den Bedarf an genesungsorientierten Therapieangeboten hin – wie z. B. DBT-ACES (Burmeister et al., 2013; Comtois et al., 2010), das die berufliche Integration der Betroffenen fokussiert und gleichzeitig individuelle Genesungsziele der Betroffenen wie Werteorientierung berücksichtigt. Genesungsorientierte Therapieangebote sollten darüber hinaus die individuelle Krankheitsbewältigung sowie den Umgang mit andauernden Krankheitsfolgen thematisieren und fördern. Dies erscheint umso wichtiger als sich in dieser Studie bei der Untersuchung der Vorstellung von Genesung ein Zusammenhang zwischen einer individuellen Sichtweise von Genesung und der selbsteingeschätzten Genesung andeutete. Ergänzend wäre es sinnvoll, ganzheitliche, genesungsorientierte Konzepte¹⁶ zu implementieren, welche im Sinne eines Empowermentprozesses eine langfristige soziale Integration Betroffener ermöglichen.

¹⁶ wie beispielsweise das Clubhaus-Konzept (Raeburn, Schmied, Hungerford, & Cleary, 2015); das Clubhaus-Konzept ist ein Rehabilitationskonzept für psychisch Kranke, das ursprünglich aus einer Selbsthilfegruppe psychischer Kranker in New York entstanden ist; Clubhäuser gibt es weltweit etwa knapp 300 in 30 verschiedenen Ländern; in Deutschland gibt es diese bisher nur in München (<http://clubhouse-intl.org/what-we-do/international-directory/>)

7 Zusammenfassung

Längsschnittstudien und psychotherapeutische Wirksamkeitsstudien zeigen, dass entgegen früherer Annahmen eine deutliche Verbesserung der BPS-Symptomatik erreicht werden kann. Die Erfassung von Genesung („recovery“) orientiert sich bislang vorwiegend am psychosozialen Funktionsniveau. Dies steht jedoch im Widerspruch zu Konzepten der individuellen Genesung im Sinne von Empowerment. Ziel der aktuellen Studie war es daher, das subjektive Verständnis von Genesung bei BPS nach längerem Krankheitsverlauf zu erfassen und relevante Bereiche für Genesung zu identifizieren – sowohl mit qualitativen als auch quantitativen Methoden. Darüber hinaus sollte mit der subjektiven Lebenszufriedenheit ein alternatives Kriterium zur Operationalisierung von Genesung eingeführt werden. Dazu wurden 58 ehemalige DBT-Studienteilnehmerinnen im mittleren Alter von 44 Jahren nach durchschnittlich 14 Jahren erneut untersucht und zu ihrem Verständnis von Genesung befragt.

Insgesamt 81% der Probandinnen waren symptomatisch remittiert (<5 BPS-Kriterien); 39% berichteten zusätzlich eine Lebenszufriedenheit im Normbereich (alternatives Genesungskriterium). Die Untersuchung von Gruppenunterschieden zwischen akuten, remittierten und genesenen Probandinnen zeigte, dass eine Remission zwar mit einer Verbesserung auf allen psychometrischen Skalen einherging, jedoch neben Funktionseinschränkungen nach wie vor Einschränkungen in den Bereichen BPS-Symptomatik, Depressivität, Dissoziationen, Emotionsregulation, Selbstwert und sozialen Beziehungen bestanden. Selbst genesene Probandinnen erfüllten noch häufig zumindest teilweise die BPS-Kriterien affektive Instabilität und/oder Dissoziationen, litten im Durchschnitt noch unter 1,3 komorbiden psychischen Störungen, waren zu 60% in psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung und nur zu 46% in Voll- oder Teilzeit berufstätig.

Der Vergleich der Operationalisierung von Genesung über das Funktionsniveau vs. die Lebenszufriedenheit zeigte, dass damit jeweils eine andere Gruppe von Probandinnen erfasst wird. Es gab sowohl Probandinnen mit einer hohen Lebenszufriedenheit und einem niedrigen Funktionsniveau, als auch (seltener) Probandinnen mit einem hohen Funktionsniveau, die eher unzufrieden waren – wobei die

Lebenszufriedenheit am besten durch den Selbstwert und soziale Beziehungen prädiziert werden konnte.

In den qualitativen Interviews bezeichneten sich 22% der Probandinnen selbst als genesen bzw. überwiegend genesen. Etwas über die Hälfte (55%) verstand Genesung als Erreichen eines Normalzustandes – was eher einem klinischen als einem individuellen Verständnis von Genesung entspricht. Insgesamt acht Kategorien wurden als genesungsrelevant beschrieben: Verbesserung der allgemeinen Symptomatik, funktionierende soziale Beziehungen, ein stabiler Selbstwert, ein kompetenter Umgang mit Gefühlen, Alltagskompetenzen, die Bewältigung von Krankheitserfahrungen und schwierigen bzw. traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit sowie die Möglichkeit, das Leben an den eigenen Vorstellungen und Werten ausrichten zu können.

Die Ergebnisse der Studie unterstützen bisherige Befunde aus Längsschnittstudien, die zeigen, dass bei der Mehrzahl der Patienten im Langzeitverlauf eine Symptomremission auftritt, wohingegen ein hohes psychosoziales Funktionsniveau deutlich seltener erreicht wird. Auch wenn der Prozentsatz an Betroffenen mit einem klinischen Verständnis von Genesung in unserer Studie überraschend hoch war, zeigen sich in Übereinstimmung mit Konzepten von subjektiver Genesung interindividuell deutliche Unterschiede zwischen vermeintlich „normaler“ Funktionsfähigkeit, fortbestehenden psychopathologischen Symptomen und der individuellen Lebenszufriedenheit. Die qualitativen Interviews weisen eher darauf hin, dass es sich auch bei der Genesung von BPS um einen Adaptationsprozess handelt, der es ermöglicht, das eigene Leben auch mit bestehenden Einschränkungen als sinnerfüllt zu erleben und einen eigenen Platz in der Gesellschaft zu finden. Um dies zu berücksichtigen, erscheint eine Operationalisierung von Genesung über die selbstberichtete Lebenszufriedenheit nicht nur effizient in der Anwendung, sondern auch patienten-näher als die Operationalisierung über das allgemeine Funktionsniveau.

In Bezug auf die Behandlung der BPS wird in unserer Studie ein hoher Bedarf an evidenzbasierten spezifischen Therapie- oder Rehabilitationsangeboten im Langzeitverlauf deutlich, welche die individuelle Krankheitsbewältigung im Sinne eines Empowerments im Fokus haben. Ganzheitliche, genesungsorientierte Konzepte können Betroffene darüber hinaus bei der sozialen und beruflichen Integration unterstützen.

8 Literaturverzeichnis

- Aas, I. H. M. (2014). Collecting information for rating Global Assessment of Functioning (GAF): Sources of information and methods for information collection. *Current Psychiatry Reviews*, 10, 330-347.
- Aas, I. H. M., Sonesson, O., & Torp, S. (2016). A qualitative study of clinicians experience with rating of the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale. *Community Mental Health Journal*, 54(1), 107-116.
- Alvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., . . . Pascual, J. C. (2016). Long-term course of borderline personality disorder: A prospective 10-year follow-up study. *Journal of personality disorders*, 30, 1-16.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Überarbeitete Auflage*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Angermeyer, C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 329-336.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., . . . Barnow, S. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups:

- A cross-sectional study of community residents in Germany. *Journal of personality disorders*, 27(2), 197-207.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spimhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.
- Atlas.ti (Version 8). (2012). Berlin: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbrüggen, O., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 26(3), 368-380.
- Barnicot, K., & Priebe, S. (2013). Post-traumatic stress disorder and the outcome of Dialectical Behaviour Therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 181-190.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthiest lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Beierlein, C., Davidov, E., Behr, D., Ciecuch, J., Latcheva, R., László, Z., . . . Schwartz, S. (2014). German Version of the revised Portrait Value Questionnaire (PVQ-RR). *Unpublished Manuscript*.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., . . . Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53(2), 83-93.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., . . . Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after

- childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4), 221-233.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unkel, C., . . . Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 875-887.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A., . . . Wolf, M. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Sender, I., Gratwohl, T., & Stieglitz, R. D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 51(5), 201-211.
- Bohus, M., Lyssenko, L., Wenner, M., & Berger, M. (2013). *Lebe Balance: das Programm für innere Stärke und Achtsamkeit*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bohus, M., & Wolf, M. (2009, 2013). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer Verlag.
- Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self-esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17-23.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Burmeister, K., Chrysanthou, C., Pflügler, S., & Höschel, K. (2013). DBT-ACES: Die zweite Stufe der Behandlung mit Dialektisch-Behavioraler Therapie – Erste Erfahrungen bei der Anwendung der zweiten Behandlungsstufe der Dialektisch-Behavioralen Therapie in Deutschland. *Psychotherapie, 18*(1), 133-149.
- Carpenter, W. T., & Gunderson, J. G. (1977). Five year follow-up comparison of borderline and schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry, 18*(6), 567-571.
- Cash, T. F. (2000, Juli 2018). User's manual for the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. Retrieved from www.body-images.com/assessments/mbsrq.html
- Chan, C. K. P., Lo, H. Y. P., Chen, E. Y. H., & Ho, R. T. H. (2015). Coping with illness experiences in patients with schizophrenia: The role of peacefulness. *Journal of Schizophrenia Research, 2*(1), 1-6.
- Cialdini, R. B., & Trost, M. R. (1998). Social influence: Social norms, conformity and compliance. In *The Handbook of Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 95*, 310-357.
- Comtois, K. A., Kerbrat, H. A., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Elwood, L. (2010). Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: A Feasibility Trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services, 61*(11), 1106-1111.
- Conway, C. C., Hopwood, C. J., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2018). Borderline Personality Disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal, 40*(6), 513-523.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry, 47*(3), 178-184.
- Cunningham, K. C., & Lucksted, A. (2017). Social cognition, internalized stigma, and recovery orientation among adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 40*(4), 409-411.
- Davidson, K. M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S. J., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 197*(6), 456-462.

- Davidson, L., Lawless, M. S., & Leary, F. (2005). Concepts of recovery: Competing or complementary? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 664-667.
- DBT, D. (2018). Retrieved from <https://www.dachverband-dbt.de/>
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(120-129).
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Schmith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dilling, H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011)*. Bern: Huber Verlag.
- Donald, F., Duff, C., Lawrence, K., Broadbear, J., & Rao, S. (2017). Clinician perspectives of recovery and borderline personality disorder. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(3), 199-209.
- Dyer, A., Borgmann, E., Feldmann, R. E. J., Kleindienst, N., Priebe, K., Bohus, M., & Vocks, S. (2013). Body image disturbance in patients with Borderline Personality Disorder: Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body Image*, 10, 220-225.
- Ebrahim, S., Malachowski, C., El Din, M. K., Mulla, S. M., Motoya, L., Bance, S., & Busse, J. W. (2015). Measures of patients' expectations about recovery: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 240-255.
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden Lehrbuch*. Weinheim: Beltz Verlag.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- Fittig, E., Schweizer, J., & Rudolph, U. (2007). Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen. Zur Bedeutung von Depressivität, Krankheitsverarbeitung und sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(1), 23-31.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., . . . Wöller, W. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma und Gewalt*, 3, 202-210.

- Flick, U. (2000). *Qualitative Sozialforschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I., (Hg),. (2003). *Qualitative Forschung – ein Handbuch*. Weinheim und München: rororo Verlag.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version BSI: Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(12), 1160-1665.
- Franz, M. (2006). Möglichkeiten und Grenzen subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten als Outcomekriterium psychiatrischer Therapie. *Psychiatrische Praxis, 33*(7), 317-322.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *F-SozU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gescher, D. M., Will, B., & Malevani, J. (2013). Psychosoziale Integration von stationären Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Abbild eines auf Symptomremission fokussierten Therapie- und Versorgungssystems. *Nervenarzt, 84*(3), 326-333.
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS). Psychometric properties, validity and population-based norms. *European Journal of Psychological Assessment, 27*(2), 127-132.
- Gold, L. H. (2014). DSM-5 and the assessment of functioning: the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 42*(2), 173-181.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533-545.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial

- validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Trull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 316-326.
- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome*. New York: Basic Books.
- Gunderson, J. G., Bender, D. S., Sanislow, C. A., Yen, S., Rettew, J. B., Dolan-Sewell, R., . . . Skodol, A. E. (2003). Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry*, 66(2), 111-119.
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discrimination features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135(7), 792-796.
- Gunderson, J. G., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Stout, R. L., . . . Keller, M. B. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Development, aims, design, and sample characteristics. *Journal of personality disorders*, 14(4), 300-315.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1-10.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., . . . Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder. Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper, M. R. (1989). The Affective Lability Scales: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 786-793.
- Hastrup, L. H., Kongerslev, M. T., & Simonsen, E. (2018). Low vocational outcome among people diagnosed with borderline personality disorder during first admission to mental health services in Denmark: A nationwide 9-year register-based study. *Journal of personality disorders*, 32, 1-15.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). *BDI-II. Beck Depressions-Inventar, Revision, Manual*. Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH.

- Heidl, C. M., Landenberger, M., & Jahn, P. (2012). *Lebenszufriedenheit in Westdeutschland – eine Querschnittsanalyse mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panels. SOEPpapers on multidisciplinary panel data research 521*. DIW Berlin: The German Socio-Economic Panel (SOEP).
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction (FLZm) - A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment, 16*(3), 150-159.
- Herschbach, P. (2002). Das "Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 52*(3/4), 141-150.
- Hinz, A., Klaiberg, A., Braehler, E., & König, H.-H. (2005). Der Lebensqualitätsfragebogen EQ-5D: Modelle und Normwerte für die Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 56*, 42-48.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behavior: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health, 20*(3), 165-173.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version (2. Überarbeitete und neunormierte Auflage)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Hurt, C. S., Burn, D. J., Hindle, J., Samuel, M., Wilson, K., & Brown, R. G. (2014). Thinking positively about chronic illness: An exploration of optimism, illness perceptions and well-being in patients with Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology, 19*, 363-379.
- IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, Ha, K., Bolotaulo, N. I., . . . Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 21*(3), 138-150.
- Javaras, K. N., Zanarini, M. C., Hudson, J. I., Greenfield, S. F., & Gunderson, J. G. (2017). Functional outcomes in community-based adults with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Reserach, 89*(105-114).
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle., C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., . . . Zanarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder:

- Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 284-292.
- Karan, E., Niesten, I. J. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2016). Prevalence and course of sexual relationship difficulties in recovered and non-recovered patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Personality and Mental Health*, 10(3), 232-243.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualitative study of service users' perspectives. *PLOS ONE*, 7(5), 1-8.
- Katsakou, C., & Pistrang, N. (2017). Clients' experiences of treatment and recovery in borderline personality disorder: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychotherapy Research*, 31, 1-18.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Reserach*, 47(10), 1499-1506.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/ or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., . . . Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 25(4), 432-447.
- Kliem, S., Job, A.-K., Kröger, C., Bodenmann, G., Stöbel-Richter, Y., Hahlweg, K., & Braehler, E. (2012). Entwicklung und Normierung einer Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(2), 81-89.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951.

- Koivumaa-Honkanen, H. T., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (1999). Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *99*(5), 377-384.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, *10*(3), 346-367.
- Laddis, A., Dell, P. F., & Korzekwa, M. (2017). Comparing the symptoms and mechanisms of "dissociation" in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, *18*(2), 139-173.
- Lanfredi, M., Zopei, S., Ferrari, C., Bonetto, C., Van Bortel, T., Thornicroft, G., . . . Lasalvia, A. (2015). Self-stigma as a mediator between social capital and empowerment among people with major depressive disorder in Europe: The ASPEN study. *European Psychiatry*, *30*(1), 58-64.
- Larivière, N., Couture, É., Blackburn, C., Carbonneau, M., Lacombe, C., Schinck, S., . . . St-Cyr-Tribble, D. (2015). Recovery, as experienced by women with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, *86*(4), 555-568.
- Lenzenweger, M. F. (1999). Stability and change in personality disorder features. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 1009-1015.
- Lenzenweger, M. F., & Willett, J. B. (2007). Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems: The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(4), 684-700.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Links, P. S., & Heslegrave, R. J. (2000). Prospective studies of outcome. Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*(1), 137-150.
- Loranger, A. W. (1999). *International Personality Disorder Examination: DSM-IV and ICD-10 Interviews*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Marco, J. H., Pérez, S., Garcia-Alandete, J., & Moliner, R. (2017). Meaning in life in people with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *24*, 162-170.

- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (10. Aufl.)*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J. A., St. John, D., Pfohl, B., . . . Black, D. W. (2007). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with Borderline Personality Disorder. *Comparative Psychiatry, 48*, 406-412.
- McCusker, L., Turner, M., Pike, G., & Startup, H. (2018). Meaningful ways of understanding and measuring change for people with borderline personality disorder: A thematic analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1*-13.
- McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry, 43*(1), 20-30.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical Behavior Therapy compared with general psychiatric management for Borderline Personality Disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 169*, 650-661.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 265-277.
- Miano, A., Grosselli, L., Roepke, S., & Dziobek, I. (2017). Emotional dysregulation in Borderline Personality Disorder and its influence on communication behavior and feelings in romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy, 95*, 148-157.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16.
- Nater, U. M., Bohus, M., Abbruzzese, E., Ditzen, B., Gaab, J., Kleindienst, N., . . . Ehlert, U. (2010). Increased psychological and attenuated cortisol and alpha-amylase responses to acute psycho social stress in female patients with Borderline Personality Disorder. *Psychoneuroendocrinology, 35*(10), 1565-1572.
- Nehls, N. (2000). Recovering: A process of empowerment. *Advances in Nursing Science, 22*(4), 62-70.

- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? . *Verhaltenstherapie*, 18(2), 109-118.
- Ng, F. Y. Y., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2016). Recovery from borderline personality disorder: A systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLOS ONE*, 11(8), 1-21.
- Niesten, I. J. M., Karan, E., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2014). Prevalence and risk factors for irritable bowel syndrome in recovered and non-recovered borderline patients over 10 years of prospective follow-up. *Personality and Mental Health*, 8(1), 14-23.
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., . . . Rüschi, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209-212.
- Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). *Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. Phase one research report: A national study of consumer perspectives on what helps and hinders mental health recovery. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). Alexandria, VA: National Technical Assistance Center (NTAC).*
- Ostermann, M., Huffziger, S., Kleindienst, N., Mata, J., Schmahl, C., Beierlein, C., . . . Lyssenko, L. (2017). Realization of personal values predicts mental health and satisfaction with life in a German population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(8), 651-674.
- Östlund, U., Kidd, L., Wengström, Y., & Rowa-Dewar, N. (2011). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 369-383.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 530-535.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comparative Psychiatry*, 42(2), 482-487.
- Patton, J. H., S., S. M., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.

- Pernice, F. M., Biegel, D. E., Kim, J.-Y., & Conrad-Garrisi, D. (2017). The mediating role of mattering to others in recovery and stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 40*(4), 395-404.
- Perseus, K.-I., Andersson, E., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2006). Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(3), 302-307.
- Plakun, E. M., Burkhardt, P. E., & Muller, J. P. (1985). 14-year follow-up of Borderline and Schizotypal Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry, 26*(5), 448-455.
- Plante, D. T., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2013). Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 74*(4), 278-282.
- Rabin, R., & de Charro, F. (2001). EQ-5D: A measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine, 33*(5), 337-343.
- Raeburn, T., Schmied, V., Hungerford, C., & Cleary, M. (2015). Self-determination theory: A framework Clubhouse psychosocial rehabilitation research. *Issues of Mental Health Nursing, 36*(2), 145-151.
- Reed, L. I., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2013). The course of dysphoric affective and cognitive states in borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Psychiatry research, 196*(1), 96-100.
- Richter, C., Steinacher, B., Zum Eschenhoff, A., & Bermpohl, F. (2014). Stationäre und teilstationäre DBT-Angebote für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung - Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage. *Verhaltenstherapie, 24*, 265-271.
- Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G. A., Dams, A., Vater, A., . . . Lammers, C.-H. (2011). Dialectic Behavioural Therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 148-158.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J., Supprian, T., Nissen, T., . . . Trott, G. E. (2004). Tools for the diagnosis of attention-deficit/ hyperactivity

- disorder in adults. Self-rating behaviour questionnaire and diagnostic checklist (German). *Nervenarzt*, 75(9), 888-895.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., . . . Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept on women with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500-508.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 764-780.
- Santangelo, P. S., Koenig, J., Kockler, T. D., Eid, M., Holtmann, J., Koudela-Hamila, S., . . . Ebner-Priemer, U. (2018). Affective instability across the lifespan in borderline personality disorder - a cross-sectional e-diary study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*(1-11).
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Sauer, C., Sheppes, G., Lackner, H. K., Arens, E. A., Tarrasch, R., & Barnow, S. (2016). Emotion regulation choice in female patients with Borderline Personality Disorder: Findings from self-reports and experimental measures. *Psychiatry research*, 242(375-384).
- Schäfers, M. (2008). *Lebensqualität aus Nutzer Sicht: Wie Menschen mit Behinderung ihre Lebensqualität beurteilen*. Berlin: Verlag der Sozialwissenschaften.
- Schulze, B., Janeiro, M., & Kiss, H. (2015). Das kommt ganz drauf an... *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(275-285).
- Schwartz, S., Cieciuch, J., Vechhiione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., . . . Demirutku, K. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 663-688.
- Schwartz, S. H., & Rubel, T. (2005). Sex differences in value priorities: Cross-cultural and multimethod studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 1010-1028.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar STAXI: Handbuch*. Bern: Huber Verlag.
- Shuval, K., Harker, K., Roudsari, B., Groce, N. E., Mills, B., Siddigi, Z., & Shachak, A. (2011). Is qualitative research second class science? A quantitative

- longitudinal examination of qualitative research in medical journals. *PLOS ONE*, 6(2).
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M. C., & Schulz, C. (2015). Gender differences in Borderline Personality Disorder: Results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of personality disorders*, 29(6), 828-838.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., . . . Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals (values-based practice)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364.
- Smith, G. N., Ehmann, T. S., Flynn, S. W., MacEwan, G. W., Tee, K., Kopala, L. C., . . . Honer, W. G. (2011). The assessment of symptom severity and functional impairment with DSM-IV Axis V. *Psychiatric Services*, 62(4), 411-417.
- Söderberg, P., Tungström, S., & Armelius, B. Å. (2005). Special section on the GAF: reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric Services*, 56(4), 434-438.
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *Journal of personality disorders*, 22(3), 259-268.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36(1), 17-24.
- SPSS - Statistics for windows (Version 21.0). (2012). Armonk, NY: IBM Corp.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual

- abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress, 24*(1), 102-106.
- Stepp, S. D., & Lazarus, S. A. (2017). Identifying a Borderline Personality Disorder prodrome: Implications for community screening. *Personality and Mental Health, 11*(3), 195-205.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quaterly, 7*(4), 467-489.
- Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C.-H., . . . Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 117*, 139-147.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & K., L. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, Ö., von Cube, R., Skaletz, C., . . . Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology, 42*, 257-263.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*(6), 590-600.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders, 24*(4), 412-426.
- Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. I. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry, 22*(6), 354-361.
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H.-J., Renneberg, B., . . . Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 12-22.

- Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*(42), 11.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2*(2), 153-159.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hospital & Community Psychiatry, 42*(10), 1015-1021.
- Winter, D., Krause-Utz, A., Lis, S., Chiu, C.-D., Lanius, R. A., Schriener, F., . . . Schmahl, C. (2015). Dissociation in borderline personality disorder: Disturbed cognitive and emotional inhibition and its neural correlates. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 233*(3), 339-351.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Achse I: Psychische Störungen/ Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Yen, S., Shea, M. T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., . . . Morey, L. C. (2003). Axis I and II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 375-381.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., . . . Morey, L. C. (2004). Borderline Personality Disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1296-1298.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Jager-Hyman, S., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 188*(4), 291-296.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2010). The 10 year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*(2), 103-109.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476-483.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *173*(7), 688-694.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 929-935.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *130*(3), 205-213.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2015). The course of marriage/ sustained cohabitation and parenthood among borderline patients followed prospectively for 16 years. *Journal of personality disorders*, *29*(1), 62-70.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, R. F., Reich, D. B., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2015). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: A 16-year study. *Psychiatric Services*, *66*(1), 15-20.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of personality disorders*, *3*(1), 10-18.

- Zanarini, M. C., Hörz, S., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2011). The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *124*(349-356).
- Zanarini, M. C., Jacoby, R. J., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2009). The 10-year course of social security disability income reported by patients with Borderline Personality Disorder and axis II comparison subjects. *Journal of personality disorders*, *23*(4), 346-356.
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2018). Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry research*, *262*, 40-45.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. (2012). Does the presence of one feature of borderline personality disorder have clinical significance? Implications for dimensional ratings of personality disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *73*(1), 8-12.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1911-1918.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Lebensqualität in der Konzeption nach Schäfers (2008)	20
Abbildung 2: Studienablauf.....	34
Abbildung 3: Anteil der Probandinnen mit voll erfüllten bzw. teilweise erfüllten DSM-IV BPS-Kriterien (nach IPDE) sowie ohne BPS-Kriterien.....	46
Abbildung 4: Streudiagramm zum Zusammenhang zwischen Symptomremission und Lebenszufriedenheit für nicht-remittierte (N=11) und remittierte Probandinnen (N=47; M=Mittelwert der SWLS; SD=Standardabweichung der SWLS); Randstärke der Kreise entspricht der Häufigkeit der Probandinnen (1-4).....	49
Abbildung 5: Streudiagramm zum Zusammenhang zwischen allgemeinem Funktionsniveau und Lebenszufriedenheit (M= Mittelwert SWLS; SD=Standardabweichung SWLS); Randstärke der Kreise entspricht der Häufigkeit der Probandinnen (1-3)	51
Abbildung 6: Anteil der Probandinnen mit voll erfüllten bzw. teilweise erfüllten DSM-IV BPS-Kriterien (nach IPDE) nach Gruppen.....	57
Abbildung 7: Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Genesung und dem subjektiven Stand der Genesung (Anteil der Probandinnen)	89
Abbildung 8: Zusammenhang zwischen dem subjektiven Stand der Genesung und den operationalisierten Genesungskriterien (GAF und SWLS)	91

Tabellen

Tabelle 1: Messinstrumente zur Erfassung relevanter Bereiche für Genesung	37
Tabelle 2: Deskriptive Statistik und Normwerte für die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit.....	48
Tabelle 3: Zusammenhang zwischen GAF- und SWLS-Kriterium	50
Tabelle 4: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und der allgemeinen Symptombelastung	52
Tabelle 5: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und der Emotionsregulation, sozialen Beziehungen sowie dem Selbstwert	53

Tabelle 6: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und der subjektiven Lebensqualität	54
Tabelle 7: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und dem Körperbild und Krankheitswahrnehmung.....	55
Tabelle 8: Korrelationen zwischen Genesungskriterien, der direkten Frage nach Genesung und den individuellen Werten (Profil und Umsetzung).....	56
Tabelle 9: Anteil der Probandinnen mit komorbiden Achse-I-Störungen nach Gruppen.....	58
Tabelle 10: Deskriptive Statistik sowie Norm-/ Referenzwerte der allgemeinen Symptombelastung, der Emotionsregulation, der sozialen Beziehungen, des Selbstwertes sowie des Körperbildes nach Gruppen	60
Tabelle 11: Deskriptive Statistik für die Traumasymptomatik, Verhaltensitems der BSL-23 sowie Angaben zu Suizidversuchen nach Gruppen.....	63
Tabelle 12: Deskriptive Statistik für die subjektive Lebensqualität nach Gruppen.....	65
Tabelle 13: Deskriptive Statistik für die Schul- und Ausbildung sowie das soziale und berufliche Funktionsniveau nach Gruppen.....	67
Tabelle 14: Deskriptive Statistik für das Gesundheitsverhalten nach Gruppen	68
Tabelle 15: Deskriptive Statistik für die Inanspruchnahme von Therapien seit der Studienteilnahme in Freiburg sowie Alter bei Erstbehandlung nach Gruppen.....	69
Tabelle 16: Deskriptive Statistik der Krankheitswahrnehmung und der individuellen Werte nach Gruppen	73
Tabelle 17: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich aktuelle psychopathologische Symptomatik.....	75
Tabelle 18: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Identität/ Selbstwert	76
Tabelle 19: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich soziale Beziehungen.....	77
Tabelle 20: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Alltagskompetenzen.....	79
Tabelle 21: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Krankheitsbewältigung	81
Tabelle 22: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Umgang mit Gefühlen.....	82

Tabelle 23: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Vergangenheitsbewältigung.....	83
Tabelle 24: Beispiele für fehlende und erreichte Genesung im Bereich Werteorientierung	85
Tabelle 25: Beispiele für unterschiedliche Verständnisse von Genesung	87
Tabelle 26: Zusammenhang zwischen allgemeinem Funktionsniveau, Lebenszufriedenheit und aktueller BPS-Symptomatik und dem subjektiven Stand der Genesung	92
Tabelle 27: Regressionsanalyse für die subjektive Lebenszufriedenheit mit den Faktoren BPS-Symptomatik, Depressivität, Dissoziationen, Emotionsregulation, wahrgenommene soziale Unterstützung, Selbstwert und BDI-II.....	93
Tabelle 28: Regressionsanalyse für die subjektive Lebenszufriedenheit mit den Faktoren BPS-Symptomatik, Dissoziationen, Emotionsregulation, wahrgenommene soziale Unterstützung und Selbstwert; ohne BDI-II	93
Tabelle 29: Vergleich Genesungskriterien aktuelle Studie mit Katsakou et al. (2012) und Larivière et al. (2015).....	111

Eigenanteil an der Datenerhebung und –auswertung

Diese Arbeit wurde im Rahmen der klinischen Forschergruppe (KFO256 - Mechanismen der gestörten Emotionsverarbeitung bei der Borderline Persönlichkeitsstörung) durchgeführt. Die Probandinnendaten (Interviews und Diagnostik) wurden zu gleichen Teilen gemeinsam von einer ehemaligen Kollegin, Frau K., und mir erhoben. Die Transkription der Interviews erfolgte von externen Transkribierern. Die Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten wurde ausschließlich von mir durchgeführt. Zur Bildung der Kategorien für Genesung aus den qualitativen Interviews wurden die Interviews parallel von einer weiteren Kollegin, Frau O., ausgewertet und eine Übereinstimmung in Bezug auf das Kategoriensystem hergestellt, ebenso bei der Zuordnung der Antworten der Probandinnen zu ihrem individuellen Verständnis von Genesung.

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Martin Bohus danke ich für die Überlassung des Themas dieser Arbeit und die ausgezeichnete Möglichkeit, es zu bearbeiten, für seine Geduld und anhaltende Unterstützung sowie die Möglichkeit, von seiner enormen Erfahrung im Bereich der BPS-Forschung zu profitieren.

Frau Dr. Lisa Lyssenko danke ich für ihre Hilfsbereitschaft und die Durchsicht meiner Arbeit sowie für wertvolle Hinweise, die zur Erstellung meiner Arbeit unverzichtbar waren, ebenso Herrn Dr. Nikolaus Kleindienst für seine Beratung in Statistikfragen.

Ein weiterer Dank gilt allen Betroffenen, die trotz größerer Anstrengungen an den vorliegenden Interviews teilgenommen haben und von ihren Erfahrungen mit ihrer Erkrankung berichtet haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ebenso danke ich meinem Mann, meinen Schwiegereltern, meiner Schwägerin und meinen Eltern für ihre große Unterstützung während der Zeit der Fertigstellung meiner Arbeit.

Lebenslauf

Personalien

Name: Marie-Luise Zeitler
Geburtsdatum: 29.11.1982
Geburtsort: Geislingen/ Steige
Familienstand: verheiratet, 2 Kinder (Zwillinge, 3 Jahre alt)
Staatsangehörigkeit: deutsch
Vater: Volker Zeitler
Mutter: Gerlinde Zeitler, geb. Weckherlen

Schulischer Werdegang

1989 – 1990: Grundschule Gerstetten
1990 – 1993: Grundschule Stuttgart Stammheim
1993 – 2002: Eschbach-Gymnasium Stuttgart Freiberg
25.06.2002: Abitur (1,7)

Universitärer/ beruflicher Werdegang

WS 2002 – WS 2007: Psychologiestudium an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
10.11.2004: Vordiplom (2,0)
2007: Diplomarbeit („Der Einfluss von wahrgenommener sozialer Desintegration auf Fremdenfeindlichkeit und die Wirkung ideologischer Verantwortungszuschreibungen auf diesen Zusammenhang“)
14.03.2008: Diplom (1,7)
01.01.2003 – 30.06.2005: Wissenschaftliche Hilfskraft an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Eberhard-Karls Universität Tübingen
01.04.2006 – 30.06.2006: Wissenschaftliche Hilfskraft an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
01.09.2006 – 31.07.2007: Wissenschaftliche Hilfskraft am Psychologischen Institut der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Allgemeine und Biologische Psychologie

Lebenslauf

- 02.04.2008 – 10.05.2011 Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) am IFKV in Bad Dürkheim (1,3)
- 15.05.2008 – 30.06.2012 Psychotherapeutin im städtischen Krankenhaus Pirmasens, psychiatrische Tagesklinik und Psychiatrie
- 01.07.2012 – 30.09.2017 Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Psychosomatische Hochschulambulanz und klinische Forschergruppe
- Seit 01.11.2016 Angestellte Psychotherapeutin in der Praxis Höfer Stuttgart