

Aus dem Zentrum für Integrative Psychiatrie
der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Stefan Borgwardt

Differenzielle Wirkung von emotionalem Missbrauch in der Kindheit auf die gegenwärtige wahrgenommene soziale Unterstützung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Depressionen: Eine Querschnittsstudie

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von

Ulrike Grave

aus Bremen

Lübeck 2022

1. Berichtstatter: Prof. Dr. med. Philipp Klein

2. Berichtstatter/Berichtstatterin: Prof. Dr. rer. nat. Annika Waldmann

Tag der mündlichen Prüfung: 8.2.2023

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 8.2.2023

Promotionskommission der Sektion Medizin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Definition soziale Unterstützung	2
1.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung und soziale Unterstützung	3
1.3 Interpersonelle Schwierigkeiten bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	5
1.4 Depression und soziale Unterstützung.....	6
1.5 Interpersonelle Schwierigkeiten bei Depression	7
1.6 Kindesmisshandlung und soziale Unterstützung	8
1.7 Kindesmisshandlung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	9
1.8 Kindesmisshandlung bei Depression	10
1.9 Soziale Unterstützung, Kindesmisshandlung und Psychopathologie.....	11
1.10 Fazit zur bisherigen Forschung	12
1.11 Studienhypothese	12
2 Methoden.....	13
2.1 Ablauf der Studie	13
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	16
2.3 Diagnostikprozess.....	16
2.4 Erhebungsinstrumente.....	17
2.4.1 Checkliste Borderline-Persönlichkeitsstörung	17
2.4.2 Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Selbstbericht.....	17
2.4.3 Fragebogen zur sozialen Unterstützung.....	18
2.4.4 Fragebogen zu Kindesmisshandlung.....	18
2.5 Statistische Analysen.....	19
3 Ergebnisse.....	21
3.1 Eigenschaften der Stichprobe	21
3.2 Moderatorenanalyse	24
3.3 Korrelationsergebnisse	29
4 Diskussion	30
4.1 Vergleich mit bisherigen Forschungsergebnissen zu Kindesmisshandlung	30
4.2 Vergleich mit bisherigen Forschungsergebnissen zu sozialer Unterstützung.....	32
4.3 Mögliche Mediationsmechanismen	33
4.3.1 Emotionsregulation	33
4.3.2 Ablehnungssensitivität.....	34

4.4	Stärken und Einschränkungen	36
4.5	Implikationen für die Praxis und zukünftige Forschung	39
4.6	Fazit.....	42
5	Zusammenfassung.....	43
6	Literaturverzeichnis	44
7	Anhänge	63
7.1	Zusatzmaterial	63
7.2	Voten der Ethikkommission	66
7.3	Veröffentlichung	69
8	Danksagung	70

Abkürzungsverzeichnis

BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DD	Depressive Störung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICARE	Investigation Care Dependency And its Relation to outcome
QIDS-SR	Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report
SSQ	Social Support Questionnaire

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Studienflussdiagramm.....	15
Abbildung 2 Moderatoreffekt der Diagnose (DD vs. BPS) auf die Assoziation von berichteter Kindesmisshandlung (CTQ-Summenwert) und wahrgenommener sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter	28
Abbildung 3 Moderatoreffekt der Diagnose (DD vs. BPS) auf die Assoziation von berichtetem emotionalem Missbrauch in der Kindheit und wahrgenommener sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Demographische Eigenschaften der Stichprobe.....	23
Tabelle 2 Klinische Eigenschaften der Stichprobe	24
Tabelle 3 Multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage sozialer Unterstützung durch Kindesmisshandlung und der Diagnose (DD vs. BPS)	26
Tabelle 4 Spearman Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung in der Gesamtstichprobe und separat für die beiden Stichproben (DD und BPS) inklusive Bootstrapping Evaluierung und Bonferroni-Korrektur.....	29
Tabelle 5 Multiple Regressionsanalyse: Assoziation von wahrgenommener sozialer Unterstützung, berichteter Kindesmisshandlung und Diagnose (DD vs. BPS) kontrolliert für Geschlecht, Familienstatus und Alter.	63
Tabelle 6 Multiple Regressionsanalyse: Assoziation von wahrgenommener sozialer Unterstützung, berichteter Kindesmisshandlung und Diagnose (DD vs. BPS) - Bootstrapping Evaluierung und Bonferroni-Korrektur.	64

1 Einleitung

Menschen sind soziale Wesen. Um ihre Existenz zu sichern, lebten Menschen seit jeher in Gruppen, die sich im täglichen Überlebenskampf gegenseitig unterstützen. Folglich scheint soziale Unterstützung ein entscheidender Faktor für die Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit zu sein (Rand & Nowak, 2013).

Seit den 1970er-Jahren ist soziale Unterstützung als relevanter Faktor im Zusammenhang von Stress und Krankheitsbewältigung in den Fokus der psychologischen und medizinischen Forschung gerückt (Holt-Lunstad et al., 2010; Klauer & Schwarzer, 2001; Lakey & Orehek, 2011; Uchino et al., 1996; Wills & Ainette, 2012).

Die Forschung der letzten Jahre legt nahe, dass soziale Unterstützung in einem engen Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden (Berkmann & Glass, 2000; Hapke et al., 2013; Uchino, 2006) und Gesundheitsverhalten (DiMatteo, 2004; Lett et al., 2007) steht. Weiterhin wurde deutlich, dass die Abwesenheit von sozialer Unterstützung vergleichbar ist mit etablierten Risikofaktoren für Mortalität wie Rauchen oder regelmäßigem Alkoholkonsum (Holt-Lunstad et al., 2010).

Bei der Betrachtung von sozialer Unterstützung hinsichtlich ihres Ausmaßes und ihrer Verteilung stellt sich die Frage, warum einige Menschen über mehr beziehungsweise weniger soziale Unterstützung verfügen als andere. In den aktuellen Daten des Robert Koch-Instituts zum Ausmaß und zur Verteilung von sozialer Unterstützung in Deutschland finden sich Hinweise darauf, dass Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau und Erwerbslosigkeit sich weniger gut sozial unterstützt fühlen (Borgmann, Rattay, Lampert, 2017).

Neben demographischen Determinanten mehren sich in den vergangenen Jahren auch Hinweise, dass sowohl biographische Erlebnisse wie erlebte Kindesmisshandlung (z.B. Schumm et al., 2006; Vranceanu et al., 2007) als auch die Psychopathologie einiger hoch relevanter psychiatrischer Störungsbilder – namentlich Depressionen (DD) (Grav et al., 2012; Müters et al., 2013) und Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) (Beeney et al., 2018; Lazarus et al., 2016) – einen negativen Einfluss auf die aktuell wahrgenommene

soziale Unterstützung haben. Das Zusammenspiel dieser beiden Faktoren (Psychopathologie und berichtete Kindesmisshandlung) und deren Einfluss auf aktuell wahrgenommene soziale Unterstützung im Erwachsenenalter ist bisher jedoch in der Forschung nicht näher betrachtet worden.

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, den Zusammenhang zwischen erlebter Kindesmisshandlung und aktuell wahrgenommener sozialer Unterstützung bei Patienten mit Depressionen und Borderline-Persönlichkeitsstörung zu untersuchen.

1.1 Definition soziale Unterstützung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung definiert soziale Unterstützung als „das Erwarten und Erhalten von sozialen Leistungen der Hilfe und Unterstützung, die Menschen zur Bewältigung von herausfordernden und belastenden Situationen benötigen“ (Franzkowiak, 2018). Badura (1981) definiert soziale Unterstützung ergänzend als „Fremdhilfen, die dem einzelnen durch Beziehungen und Kontakte mit seiner sozialen Umwelt zugänglich sind und die dazu beitragen, dass die Gesundheit erhalten bzw. Krankheiten vermieden, psychische und somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheit bewältigt werden“.

Soziale Unterstützung kann dabei unterschiedliche Aspekte von Unterstützung umfassen. Einerseits kann ein soziales Netzwerk emotionale Unterstützung leisten, welche durch Zuneigung, Verständnis und Fürsorge gekennzeichnet ist. Andererseits bietet instrumentelle Unterstützung Hilfestellung bei konkreten Aufgaben der Alltagsbewältigung (z.B. Hilfe beim Einkaufen). Weiterhin umfasst soziale Unterstützung informationelle Unterstützung im Sinne der Bereitstellung von Informationen z.B. zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (Berkmann & Glass, 2000; Uchino et al., 1996).

Die Erfassung von sozialer Unterstützung fokussiert sich in der Erforschung des Konstrukts sowohl auf erhaltene soziale Unterstützung als auch auf wahrgenommene bzw. erwartete soziale Unterstützung (Schwarzer & Knoll, 2007). Insbesondere Letztere hat sich als

psychosoziale Ressource in der bisherigen Forschung als relevant erwiesen (Kroll & Lampert, 2007; Kroll & Lampert, 2011; Taylor, 2011; Uchino, 2006).

Für die vorliegende Studie wird soziale Unterstützung daher als wahrgenommene und/oder erwartete Unterstützung durch das soziale Netzwerk (Fydrich et al., 1999) definiert. Bereits Cobb (1976) hat diese Definition als relevanter für die klinische und epidemische Forschung beschrieben als Konzepte, die darauf abzielen, formale und strukturelle Merkmale des sozialen Netzwerks zu erfassen. Es umfasst die kognitive Bewertung des Netzwerks und das potentielle oder wahrgenommene Verhalten der Mitglieder des Netzwerks (Fydrich et al., 1999) und wird durch aktuelle Forschung gestützt (Eagle et al., 2019).

Um ein Zugehörigkeitsgefühl aufzubauen, müssen Menschen gesunde und verlässliche soziale Beziehungen entwickeln und erhalten. Die meisten Menschen bilden bereitwillig soziale Bindungen und sind bemüht diese zu pflegen (Baumeister & Leary, 1995). Dies schafft soziale Unterstützung.

Betrachtet man die oben genannten Studien, wird deutlich, wie weitreichend der gesundheitsförderliche Charakter von wahrgenommener sozialer Unterstützung ist und wie verheerend es ist, wenn Menschen sich abgelehnt oder ausgeschlossen fühlen, da sie in dem Falle weniger positive Stimmung, mehr negative Stimmung, ein geringeres Selbstwertgefühl und mehr Wut empfinden sowie ihrer eigenen Existenz weniger Bedeutung zuschreiben (Tang & Richardson, 2013).

1.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung und soziale Unterstützung

Eine Personengruppe, die eng mit der Befürchtung abgelehnt oder ausgeschlossen zu werden in Verbindung gebracht wird, sind Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden.

Laut einer niederländischen repräsentativen Gesundheitsumfrage zur psychischen Gesundheit in der Gesamtbevölkerung leiden circa 1,1 Prozent der Befragten an einer BPS (ten Have et al., 2016). Zehn Prozent der ambulanten Patienten und 25 Prozent der stationären Patienten in der klinischen Versorgung erfüllen die Kriterien einer BPS

(Gunderson, 2009; Widiger & Weissman, 1991; Zimmerman et al., 2005). Das Erkrankungsbild geht zudem mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität einher (IsHak et al., 2013).

BPS ist durch mindestens fünf der folgenden neun diagnostischen Kriterien gekennzeichnet: „Intensive Bemühungen, ein tatsächliches oder eingebildetes Verlassenwerden zu vermeiden“, „Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen“, „Identitätsstörung“, „Impulsivität“, „Wiederkehrendes suizidales Verhalten, Gesten oder Drohungen, oder selbstverletzendes Verhalten“, „Affektive Instabilität aufgrund einer ausgeprägten Reaktivität von Stimmung“, „Chronische Gefühle der Leere“, „Unangemessene, intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren“ und „vorübergehende, anspannungsbedingte paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ (American Psychiatric Association, 2013).

Betrachtet man die erheblichen Einschränkungen, an denen BPS-Patienten leiden, und die allgemeine protektive Wirkung von sozialer Unterstützung, ist es wichtig zu verstehen, wie BPS und soziale Unterstützung zusammenhängen.

Studien, die sich mit dem Zusammenhang zwischen BPS und sozialer Unterstützung beschäftigten, zeigten eine negative Korrelation zwischen einem Mangel an sozialer Unterstützung und BPS (Beeney et al., 2018). Lazarus et al. (2016) konnten in ihrer Studie zeigen, dass BPS im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe mit einem kleineren sozialen Netzwerk assoziiert ist, welches zudem durch geringere Zufriedenheit und weniger soziale Unterstützung sowie mehr Konflikte und Kritik charakterisiert ist. Clifton et al. (2007) fanden in Bezug auf die sozialen Netzwerke von BPS-Patienten heraus, dass diese von einer größeren Anzahl an Beziehungsabbrüchen bestimmt sind im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Die Autoren interpretierten dies als einen Hinweis, dass die sozialen Netzwerke von BPS sich weniger stabil und weniger dauerhaft darstellen. Weiterhin zeigten Stepp et al. (2009), dass BPS-Patienten über ein begrenzteres soziales Netzwerk verfügen. Zielinski und Veilleux (2014) untersuchten in ihrer Studie mit gesunden Probanden, inwiefern Borderline-Eigenschaften mit der Anzahl sozial unterstützender Kontakte

zusammenhängen. Die Autoren fanden keinen signifikanten direkten Zusammenhang zwischen den Variablen, jedoch einen indirekten Zusammenhang, vermittelt über den Mediator Ablehnungssensitivität (*rejection sensitivity*). Dieser Mediatoreffekt bestand jedoch nicht für wahrgenommene soziale Unterstützung. Insbesondere die Studie von Zielinski und Veilleux (2014) liefert erste Hinweise darauf, dass interpersonelle Schwierigkeiten eng mit dem niedrigeren Ausmaß an sozialer Unterstützung bei BPS assoziiert sein könnten.

1.3 Interpersonelle Schwierigkeiten bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Auch wenn nur zwei der neun Diagnosekriterien von BPS in direkter Verbindung zu interpersonellen Schwierigkeiten stehen, konnte eine Studie zeigen, dass emotionale Dysregulation und Selbstregulation insbesondere im Zusammenhang mit interpersonellen Stressoren auftraten (Trull, 2015).

BPS-Patienten zeigen eine Vielfalt an dysfunktionalem interpersonellem Verhalten. In einer Untersuchung von BPS-Patienten mit dem Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales (IIP-C) zeigten die Patienten höhere Werte an interpersonellem Stress aufgrund von Überangepasstheit, Selbstaufopferung, aufdringlichen oder bedürftigen Verhaltensmustern im Vergleich zu Menschen ohne BPS (Hilsenroth et al., 2007). Barnow et al. (2009) fanden in ihrer Studie heraus, dass BPS-Patienten im Selbstbericht mehr extreme soziale Verhaltensweisen aufwiesen als Kontrollpersonen, insbesondere feindselige Dominanz, feindselige Unterwürfigkeit und freundliche Dominanz. BPS-Symptomatik scheint zudem in einem engen Zusammenhang zu interpersoneller Sensitivität und interpersonellen Aggressionen zu stehen (Lejuez et al., 2003). Russell et al. (2007) konnten zeigen, dass BPS-Patienten mehr negative Emotionen in Interaktionen erleben, extremer oder variabler in ihrem Verhalten waren und eine höhere Wahrscheinlichkeit für unterwürfiges und streitsüchtiges Verhalten zeigten als gesunde Kontrollpersonen. In einer Tagebuchstudie von Stepp et al. (2009) wurde deutlich, dass BPS-Patienten mehr Ärger, Streit und

Ängstlichkeit nach sozialen Interaktionen erlebten als eine Kontrollgruppe, die an keiner oder einer anderen Persönlichkeitsstörungen litt.

Auch die Wahrnehmung und Bewertung anderer Personen scheint bei BPS-Patienten verändert zu sein. Barnow et al. (2009) konnten zeigen, dass BPS-Patienten Personen in kurzen Filmsequenzen als aggressiver und negativer bewerteten als eine Vergleichsgruppe. Die Autoren diese Studie zogen den Schluss, dass BPS-Patienten unter einer verzerrten Wahrnehmung leiden, die von einer negativen und aggressiven interpersonellen Bewertung gefärbt ist, die möglicherweise die interpersonellen Schwierigkeiten von BPS-Patienten erklären können.

Betrachtet man die bisherige Forschung zu interpersonellem Verhalten von BPS-Patienten, lässt sich zusammenfassend sagen, dass BPS-Patienten eine Vielzahl interpersoneller Schwierigkeiten erleben, die vermutlich auf interpersonelle Fertigkeitendefizite zurückzuführen sind. Es gibt erste Hinweise darauf, dass diese interpersonellen Schwierigkeiten in einem engen Zusammenhang mit dem geringeren Ausmaß an sozialer Unterstützung bei BPS stehen (Zielinski & Veilleux, 2014).

1.4 Depression und soziale Unterstützung

Eine weitere Personengruppe, die ebenfalls mit weniger wahrgenommener sozialer Unterstützung in Verbindung gebracht wird, sind Personen, die an einer depressiven Störung (DD) leiden (Mütters et al., 2013).

DD ist eine der verbreitetsten psychischen Erkrankung weltweit und laut der Global Burden of Disease Studie der Weltgesundheitsorganisation einer der Hauptgründe für krankheitsbedingte Einschränkungen (Vos et al., 2012). In Deutschland erkrankten 8,3 Prozent (das entspricht 5,3 Mio. Menschen im Alter von 18-79 Jahren) der erwachsenen Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer unipolaren oder anhaltenden depressiven Störung (Jacobi et al., 2004).

Depressionen bestehen aus einer Vielzahl von emotionalen, kognitiven und Verhaltenssymptomen. Daher wirkt sich eine Depression nicht nur auf die Art und Weise

aus, wie Menschen fühlen und denken, sondern auch, wie Individuen mit den Menschen in ihrer Umgebung interagieren. Zu den Symptomen einer Depression gehören die folgenden: depressive Verstimmung, Anhedonie, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit/Hypersomnie, Psychomotorik (Agitation/Retardierung), Energielosigkeit, extreme Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuld, Konzentrationsschwierigkeiten oder Unentschlossenheit und Suizidgedanken (American Psychiatric Association, 2013). Mindestens fünf dieser Kriterien, darunter depressive Verstimmung und/oder Anhedonie, müssen innerhalb desselben zweiwöchigen Zeitraums vorhanden sein, um eine schwere depressive Episode zu diagnostizieren. Weiterhin müssen die Symptome Leiden und Beeinträchtigungen in dem Leben des Betroffenen hervorrufen.

Studien, die den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und einer depressiven Erkrankung erforschten, zeigten, dass eine gering wahrgenommene soziale Unterstützung mit einer höheren Prävalenz von Depressionen einhergeht (Müters et al., 2013). Diese Ergebnisse stehen in einer Linie mit den Befunden von Grav et al. (2012), dass ein Mangel an sozialer Unterstützung mit DD assoziiert ist. Weiterhin verringert das Vorhandensein von sozialer Unterstützung laut Stice et al. (2004) das Depressionsrisiko. Die Befunde von Roohafza et al. (2014) bestätigen die Ergebnisse der bisherigen Forschung und stellten fest, dass wahrgenommene soziale Unterstützung einen protektiven Faktor für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung darstellt.

1.5 Interpersonelle Schwierigkeiten bei Depression

Ebenso wie bei BPS stellt sich bei DD die Frage, warum DD mit einem geringen Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung assoziiert ist. Betrachtet man die Forschung zu interpersonellen Schwierigkeiten von DD, so wird deutlich, dass auch DD-Patienten über eine Reihe problematischer interpersoneller Verhaltensweisen verfügen (Hames et al., 2013). Die Autoren nennen hierbei u.a. exzessives Rückversicherungsverhalten und die Suche nach negativer Rückmeldung als Verhaltensweisen, die potentiell das Risiko einer interpersonellen Ablehnung in sich bergen. Constantino et al. (2008) Ergebnisse zeigen,

dass insbesondere chronisch depressive Patienten signifikant mehr feindseliges und feindselig-dominantes Verhalten zeigen als eine klinische Kontrollgruppe. Chronisch depressive Patienten zeigten zudem signifikant weniger freundliche und freundlich-dominante Verhaltensweisen als akut depressive ambulante Patienten. Locke et al. (2017) untersuchten mittels interpersoneller Circumplex-Profilen chronisch depressive Patienten. Diese berichteten im Vergleich zur normativen Gruppe weniger interpersonelles Selbstvertrauen, stärker ausgeprägte interpersonelle Ziele und größeren interpersonellen Distress. Weitere Forschungsarbeiten lieferten Hinweise darauf, dass der Zusammenhang zwischen Defiziten in der sozialen Kompetenz und späteren Depressionen vollständig durch das Vorhandensein positiver zwischenmenschlicher Beziehungen vermittelt wurde (Segrin & Rynes, 2009). Eine andere Arbeit hat ergeben, dass schüchterne Studenten anfälliger für den Anstieg von depressiven Symptomen waren, wenn soziale Unterstützung fehlte, aber nicht, wenn sie vorhanden war (Joiner, 1997).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass depressive Patienten über interpersonelle Schwierigkeiten verfügen und dass diese Schwierigkeiten eher bei chronisch depressiven Patienten auftreten. Ebenso wie bei BPS gibt es erste Hinweise darauf, dass interpersonelle Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem geringeren Ausmaß an sozialer Unterstützung bei DD stehen (Joiner, 1997; Segrin & Rynes, 2009)

1.6 Kindesmisshandlung und soziale Unterstützung

Neben der oben beschriebenen Psychopathologie von DD und BPS gibt es Hinweise darauf, dass auch widrige Kindheitserfahrungen (Kindesmissbrauch und Vernachlässigung) negativ mit aktuell wahrgenommener sozialer Unterstützung im Zusammenhang stehen.

Unter Kindesmissbrauch werden laut der Weltgesundheitsorganisation alle Formen der körperlichen und/oder emotionalen groben Misshandlung, des sexuellen Missbrauchs, der Verwahrlosung, der Vernachlässigung oder der kommerziellen bzw. anderweitigen Ausbeutung verstanden, die zu einer tatsächlichen oder möglichen Gefährdung der

Gesundheit, des Überlebens, der Entwicklung oder der Würde des Kindes führen (World Health Organization, 1999).

Bisherige Studien konzentrierten sich in diesem Zusammenhang auf die Fragestellung, ob erlebte Kindesmisshandlung mit einem niedrigeren Ausmaß an sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter im Zusammenhang steht. Einige Studien fanden diesbezüglich einen negativen Zusammenhang beider Variablen (Bradley et al., 2005; McLewin & Muller, 2006; Pepin & Banyard, 2006; Schumm et al., 2006; Vranceanu et al., 2007). Weitere Untersuchungen konzentrierten sich auf nichtklinische Stichproben. Kuhn et al. (1998) fanden heraus, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit in einer nichtklinischen Stichprobe mit dem Gefühl einer stärkeren sozialen Isolation verbunden ist. Gibson & Hartshorne (1996) zeigten, dass Opfer von sexuellem Missbrauch in der Kindheit im Erwachsenenleben einsamer waren und weniger wahrscheinlich ihr soziales Unterstützungssystem nutzten als die untersuchten Kontrollpersonen in einer Stichprobe von weiblichen Universitätsstudenten.

Während es mittlerweile Hinweise auf einen negativen Zusammenhang zwischen erlebter Kindesmisshandlung und sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter gibt, konnte in der Literaturrecherche keine Forschungsarbeit gefunden werden, die den oben erwähnten Zusammenhang in psychiatrischen Stichproben untersuchten. Bestimmte psychiatrische Störungen, einschließlich DD und BPS, werden jedoch eng mit berichteter Kindesmisshandlung in Verbindung gebracht.

1.7 Kindesmisshandlung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bis zu 91 Prozent der Patienten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, erlebten in ihrer Kindheit Formen der Kindesmisshandlung (Zanarini, 2000). In ihrer Übersichtsarbeit haben Ibrahim et al. (2018) festgestellt, dass alle Arten von Misshandlungen in der Kindheit (körperlicher, sexueller und emotionaler/verbaler Missbrauch) und Vernachlässigung signifikant mit BPS-Merkmalen oder der Diagnose von BPS assoziiert sind. Einige Studien beschäftigten sich weiterführend mit der Frage, ob

bestimmte Formen der Misshandlung vorrangig mit BPS assoziiert sind. Briere & Elliott (2003) konnten zeigen, dass in einer Stichprobe von männlichen Patienten insbesondere emotionaler Missbrauch und nicht körperlicher oder sexueller Missbrauch oder irgendeine Form der Vernachlässigung mit einer BPS-Diagnose assoziiert ist. Kuo et al. (2015) bestätigte diese Befunde in ihrer Forschungsarbeit. Interessanterweise bestand dieser Zusammenhang lediglich über den Mediator „Schwierigkeiten mit Emotionsregulation“. Weiterhin hingen sexueller Missbrauch und körperlicher Missbrauch nicht mit der Stärke der BPS-Symptomatik zusammen. In einer Stichprobe von innerstädtischen Substanzkonsumenten stellte nur emotionaler Kindesmissbrauch einen Risikofaktor für eine spätere BPS-Diagnose dar (Bornovalova et al., 2013).

Auf Basis der bisherigen Forschungsergebnisse wird emotionaler Missbrauch daher als eine potentielle Kerneigenschaft eines sozialen Umfelds gesehen, welche zu der Entwicklung einer BPS-Psychopathologie beiträgt (Kuo et al., 2015).

1.8 Kindesmisshandlung bei Depression

Einige Studien zeigen, dass Kindesmisshandlung auch mit depressiven Störungen eng im Zusammenhang stehen. Vallati et al. (2020) fanden in ihrer Studie heraus, dass emotionale Misshandlung und/oder sexuelle Misshandlung mit höherer Depressionsschwere und einer höheren Anzahl früherer Episoden zusammenhängen als körperliche Misshandlung. Hovens et al. (2009) und Powers et al. (2009) Studienergebnisse zeigen, dass emotionale Vernachlässigung und körperlicher Missbrauch in der Kindheit stärker mit einer Depressionsdiagnose im Erwachsenenalter assoziiert sind als mit einer Angststörung. Zwei Metaanalysen ergaben, dass Vernachlässigung und emotionaler Missbrauch signifikant mit DD assoziiert sind (Nelson et al., 2017; Mandelli et al., 2015). Emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung sind laut Struck et al. (2020) mit einer höheren depressiven Symptomschwere assoziiert. Emotionaler Missbrauch in der Kindheit scheint stärker mit einer späteren Depressionsdiagnose assoziiert zu sein als sexueller oder körperlicher Missbrauch (Gibb et al., 2007). Ein chronischer Verlauf der Depression scheint

insbesondere mit einem multiplen Kindesmissbrauch assoziiert zu sein (Wiersma et al., 2009).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass berichtete Kindesmisshandlung und DD in einem engen Zusammenhang stehen. Die bisherige Forschung fand Unterschiede in dem Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und DD in Abhängigkeit von der Form der Misshandlung. Erste Hinweise deuten darauf hin, dass, analog zur BPS, DD vorrangig mit emotionalem Missbrauch assoziiert ist.

Studien, die Unterschiede zwischen DD und BPS in Bezug auf Misshandlungen in der Kindheit untersuchten, fanden höhere Raten von emotionalem Missbrauch bei BPS im Vergleich zu DD (Carvalho Fernando et al., 2014) und ein höheres Maß an allen Arten von Misshandlungen in der Kindheit bei BPS im Vergleich zu DD (Brakemeier et al., 2018; Schaich et al., 2021).

1.9 Soziale Unterstützung, Kindesmisshandlung und Psychopathologie

Meines Wissens hat bisher noch keine Studie untersucht, ob die Psychopathologie (DD vs. BPS) den Zusammenhang zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung moderiert.

Betrachtet man das Zusammenspiel der drei Faktoren berichtete Kindesmisshandlung, wahrgenommene soziale Unterstützung im Erwachsenenalter und Psychopathologie von DD und BPS, finden sich in Bezug auf Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung bisher nur zwei Studien, die sich mit diesem Zusammenhang beschäftigten. Elzy (2011) konnte keinen moderierenden Effekt der sozialen Unterstützung auf die Entwicklung von BPS-Merkmalen nach erlebter Kindesmisshandlung feststellen. Sperry und Widom (2013) fanden in einer Stichprobe von missbrauchten oder vernachlässigten Personen heraus, dass ein höheres Maß an sozialer Unterstützung mit einem geringeren Maß an Depression im Erwachsenenalter zusammenhängt.

1.10 Fazit zur bisherigen Forschung

Die bisherigen Befunde deuten darauf hin, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen erlebter Kindesmisshandlung und aktuell wahrgenommener sozialer Unterstützung gibt. Weiterhin sprechen die bisherigen Forschungsergebnisse dafür, dass sowohl DD als auch BPS im engen Zusammenhang mit erlebter Kindesmisshandlung und aktuell niedriger wahrgenommener sozialer Unterstützung stehen. Die bisherige Forschung weist eine Forschungslücke zum Zusammenhang zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung bei klinischen Populationen auf.

1.11 Studienhypothese

Mit der vorliegenden Studie soll die oben genannte Lücke geschlossen werden, indem die Hypothese getestet wird, dass die Assoziation zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung durch die Psychopathologie des Patienten moderiert wird (DD vs. BPS). Es wird einen stärkeren negativen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen bei BPS vermutet, da frühere Untersuchungen zu BPS-spezifischen interpersonellen Schwierigkeiten wie Ablehnungssensitivität (Liebke et al., 2017) und emotionaler Dysregulation (Euler et al., 2019) darauf hindeuten, dass BPS-Patienten unter einer dysfunktionalen Wahrnehmung von zwischenmenschlichen Beziehungen und/oder zwischenmenschlichen Problemen leiden. Diese BPS-Interaktionsmerkmale könnten BPS-Patienten entweder daran hindern, die ihnen zur Verfügung stehende soziale Unterstützung wahrzunehmen bzw. sie zu nutzen, oder sie könnten zu sozialen Turbulenzen führen, die in einem Rückzug potentieller Unterstützer aus dem sozialen Netzwerk resultieren.

2 Methoden

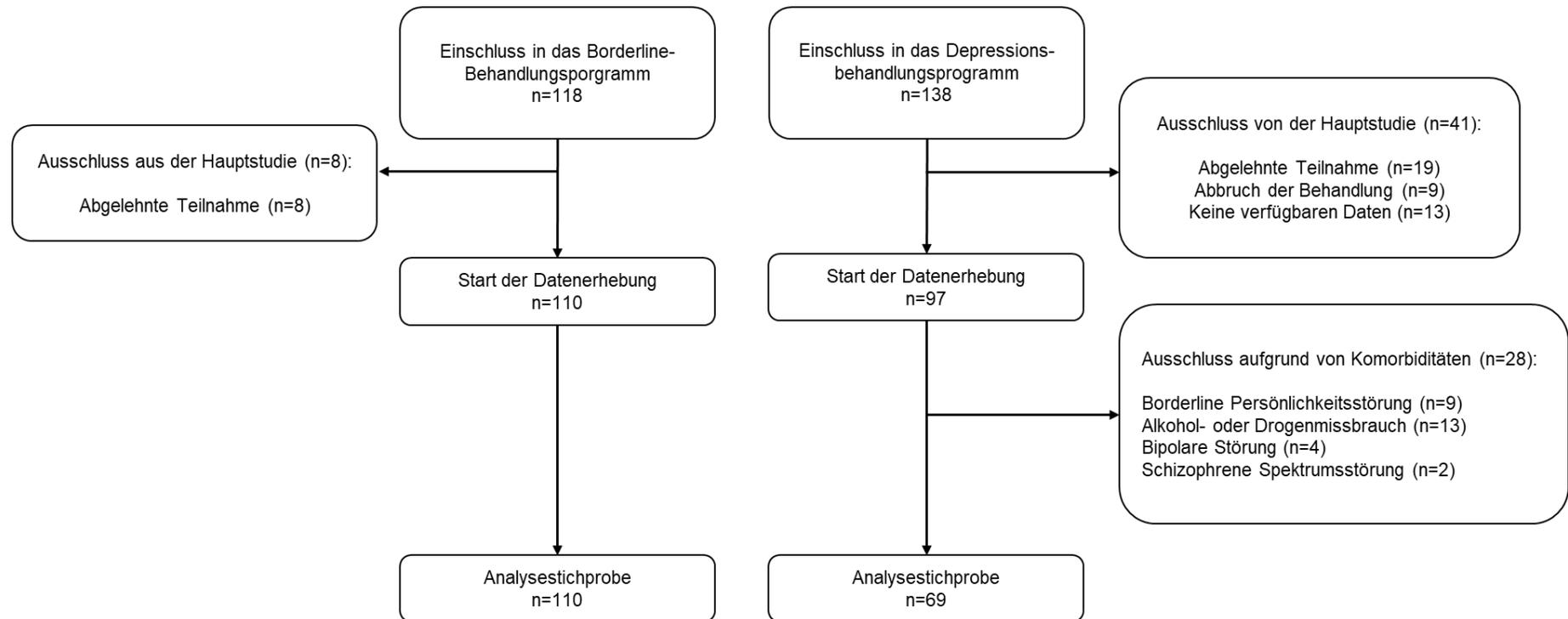
2.1 Ablauf der Studie

Die vorliegende Studie verwendet Daten aus der ICARE-Studie (Investigating Care Dependency And its Relation to outcomE) zur Untersuchung der deutschen Version des Care Dependency Questionnaire (Geurtzen et al., 2018). Die Teilnehmer wurden für die stationären und tagesklinischen Behandlungsprogramme für entweder DD oder BPS an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck, Deutschland, rekrutiert. Die ICARE-Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt und von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck genehmigt (Az. 17-049 und Az. 12-271). Die Teilnehmer erhielten keine finanzielle Entschädigung. Alle Patienten, die zwischen Mai 2017 und April 2018 in das DD-Programm aufgenommen wurden, und alle Patienten, die zwischen Oktober 2017 und März 2019 in das BPS-Programm aufgenommen wurden und die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, wurden innerhalb der ersten Behandlungswoche von ausgebildeten Psychologiestudierenden (Bachelor- oder Masterstudium) kontaktiert und über die Studie informiert. Wenn die Patienten für die Studie in Frage kamen, wurden den Patienten die Ziele und der Ablauf der Studie ausführlich erklärt und sie wurden gebeten, ihre Einwilligung zur Teilnahme zu erteilen. Die Datenerhebung wurde durch Papierfragebögen durchgeführt, die den Patienten ausgehändigt wurden. Die Patienten wurden gebeten, die Fragebögen zu Hause auszufüllen.

In der BPS-Stichprobe wurden 118 Patienten in das Behandlungsprogramm aufgenommen. Von den 118 Patienten konnten 110 in die Studie aufgenommen werden. Acht Patienten lehnten eine Studienteilnahme ab. Die finale BPS-Stichprobe bestand aus $n=110$ Patienten. In der DD-Stichprobe wurden 138 Patienten in das DD-Behandlungsprogramm aufgenommen. Aufgrund von abgelehnter Studienteilnahme ($n=19$), Abbruch der Behandlung ($n=9$) und fehlenden Daten ($n=13$) konnten 97 Patienten in die Studie aufgenommen werden. Aufgrund von Komorbiditäten mussten 28 Patienten (BPS $n=9$, Substanzabhängigkeit $n=13$, bipolare Störung $n=4$, schizophrene Spektrumsstörung $n=2$)

aus der Datenanalyse ausgeschlossen werden. Die finale DD-Stichprobe umfasste $n=69$ Patienten. Detaillierte Informationen zur Teilnehmerrekrutierung finden sich im Studienflussdiagramm (Abbildung 1).

Abbildung 1
Studienflussdiagramm



2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie basieren auf den Zulassungskriterien der beiden Behandlungsprogramme. In die DD-Gruppe wurden Patienten eingeschlossen, die in einem spezialisierten Behandlungsprogramm behandelt wurden und bei denen eine primäre Diagnose einer depressiven Störung gemäß dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) diagnostiziert worden war: entweder eine anhaltende depressive Störung oder eine rezidivierende Major Depression. Patienten mit einer primären Diagnose von BPS gemäß DSM-5 wurden für die BPS-Stichprobe aus einem separaten Behandlungsprogramm rekrutiert.

Die zusätzlichen Einschlusskriterien für die vorliegende Studie in beiden Gruppen waren (1) Mindestalter von 18 Jahren, (2) ausreichende Deutschkenntnisse, (3) eine schriftliche Einverständniserklärung und (4) die Fähigkeit zur Teilnahme an den jeweiligen Behandlungsprogrammen. Ausschlusskriterien in beiden Gruppen waren akute Suizidalität, anamnestische Schizophrenie, wahnhafte Störung, Demenz, geistige Behinderung, Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung oder bipolare Störung sowie eine bekannte Diagnose einer akuten somatischen Erkrankung, die behandelt werden musste.

Um eine saubere Trennung der beiden Patientengruppen zu gewährleisten, wurden nur Patienten in die DD-Stichprobe aufgenommen, die nicht an einer komorbiden BPS litten. Um jedoch eine Rekrutierung in der BPS-Stichprobe gewährleisten zu können, wurden BPS-Patienten eingeschlossen, die an einer komorbiden DD litten.

2.3 Diagnostikprozess

Der diagnostische Prozess wurde innerhalb der beiden Patientengruppen unterschiedlich durchgeführt. In der DD-Stichprobe wurde das Vorliegen einer depressiven Störung mit einem strukturierten Interview nach dem DSM-5 bestätigt und die Schwere der Symptome mit dem QIDS-SR (Roniger et al., 2015) erfasst. Die Dokumentation der Komorbiditäten zur Überprüfung der Ausschlusskriterien erfolgte anhand des klinischen Eindrucks und der klinischen Routine der Tagesklinik sowie anhand der Patientenakten. In der BPS-

Stichprobe wurde der diagnostische Prozess von den verantwortlichen Therapeuten gemäß dem DSM-5 durchgeführt, um die Diagnose von BPS zu bestätigen. Zusätzlich wurde der Schweregrad der BPS-Symptomatik mit der BPD-Checkliste (Bloo et al., 2017) erfasst.

2.4 Erhebungsinstrumente

Mit einem demografischen Fragebogen wurden Daten zu Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung und Erwerbsstatus erhoben.

2.4.1 Checkliste Borderline-Persönlichkeitsstörung

Um den Schweregrad der BPS-Symptome zu beurteilen, wurden die Kernsymptome der BPS mit der Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Checkliste (BPD-Checklist) (Bloo et al., 2017) durchgeführt. Die 47 Items des Selbstauskunfts-Inventars decken die folgenden neun Symptombereiche „Verlassenheit“, „zwischenmenschliche Beziehungen“, „Identität“, „Impulsivität“, „parasuizidales Verhalten“, „affektive Instabilität“, „Leere“, „Wutausbrüche“, und „Dissoziation und paranoide Vorstellungen“ ab. Die Subskalen werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet, wobei höhere Punktzahlen einen größeren Schweregrad der Symptomatik widerspiegeln.

2.4.2 Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Selbstbericht

Die deutsche Übersetzung (Roniger et al., 2015) des Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report (Rush et al., 2003) wurde verwendet, um die Schwere der depressiven Symptomatik in der DD-Stichprobe zu beurteilen. Der Fragebogen besteht aus 16 Fragen zu depressiven Symptomen, die in den vorherigen sieben Tagen aufgetreten sind. Die Gesamtpunktzahl reicht von 0 bis 27, wobei höhere Punktzahlen eine größere Schwere der Symptome widerspiegeln.

2.4.3 Fragebogen zur sozialen Unterstützung

Die Kurzform des Social Support Questionnaire (SSQ) (Fydrich et al., 2009) ist ein Selbstauskunftsinstrument. Der Fragebogen enthält 14 Items, die die soziale Unterstützung als wahrgenommene oder erwartete Unterstützung erfassen.

Bei der Erhebung werden folgende Bereiche inhaltlich abgedeckt: emotionale Unterstützung (von anderen gemocht und akzeptiert werden; Gefühle mitteilen können; Anteilnahme erleben), praktische Unterstützung (praktische Hilfen bei alltäglichen Problemen erhalten können, zum Beispiel etwas ausleihen, praktische Ratschläge erhalten, von Aufgaben entlastet werden) und soziale Integration (zu einem Freundeskreis gehören; gemeinsame Unternehmungen durchführen; Menschen mit ähnlichen Interessen kennen).

Die soziale Unterstützung wird beispielsweise über folgende Items aus den oben genannten drei Bereichen erhoben „Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit“ (emotionale Unterstützung), „Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen“ (praktische Hilfe), „Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen“ (soziale Integration). Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet (1 = trifft überhaupt nicht zu bis 5 = trifft voll und ganz zu). Durch die Summierung aller 14 Items wird ein „Unterstützungswert“ errechnet, der die allgemeine wahrgenommene soziale Unterstützung widerspiegelt. Der Summenwert kann minimal einen Wert von 14 Punkten und maximal einen Wert von 70 Punkten erreichen. Dieses Instrument zeigt eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = .94$) (Fydrich et al., 2009). In der aktuellen Stichprobe fiel die interne Konsistenz niedriger aus (Cronbachs $\alpha = .74$).

2.4.4 Fragebogen zu Kindesmisshandlung

Die deutsche Version (Klinitzke et al., 2012) des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 2003) ist ein Selbstberichtsfragebogen, der retrospektiv das subjektiv erlebte Ausmaß an Kindheitstraumata erfasst. Die Items lassen sich den Subskalen „sexueller Missbrauch“, „emotionaler Missbrauch“, „körperlicher Missbrauch“, „körperliche

Vernachlässigung“ und „emotionale Vernachlässigung“ zuordnen, die jeweils aus fünf Items bestehen.

Items der fünf Subskalen sollen beispielhaft im Folgenden dargestellt werden: „Als ich aufwuchs, versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren“ (Subskala sexueller Missbrauch), „Als ich aufwuchs, wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel“ (Subskala körperlicher Missbrauch), „Als ich aufwuchs, bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als ‚dumm‘, ‚faul‘ oder ‚hässlich‘“ (Subskala emotionaler Missbrauch), „Als ich aufwuchs, war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung“ (invertiertes Item Subskala emotionale Vernachlässigung), „Als ich aufwuchs, hatte ich nicht genug zu essen“ (Subskala körperliche Vernachlässigung). Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst, die von 1 = nie bis 5 = sehr oft reicht. Über alle 25 Items wird ein Summenwert berechnet, wobei höhere Summenwerte eine stärkere Exposition gegenüber traumatischen Erfahrungen widerspiegeln. Der mögliche Punktwertbereich für den gesamten Fragebogen liegt bei minimal 25 Punkten und maximal 125 Punkten. Pro Subskala kann minimal ein Punktwert von 5 Punkten und maximal ein Punktwert von 25 Punkten erreicht werden. Die internen Konsistenzkoeffizienten variierten zwischen $\alpha = .80$ für die Subskala „körperlicher Missbrauch“ und $\alpha = .89$ für die Subskala „sexueller Missbrauch“, mit Ausnahme der Subskala „körperliche Vernachlässigung“ ($\alpha = .55$) (Klinitzke et al., 2012). Die interne Konsistenz des Fragebogens in der aktuellen Stichprobe ist akzeptabel, $\alpha = .73$, und kleiner im Vergleich zur internen Konsistenz, die in früheren Untersuchungen genannt wurde, $\alpha = .95$ (Bernstein et al., 2011). Der CTQ zeigt eine gute kriteriumsbezogene Validität bei der Analyse einer Stichprobe, für die bestätigende Daten vorlagen (Therapeuteneinschätzung des Kindheitstraumas) (Bernstein et al., 2003).

2.5 Statistische Analysen

Statistische Analysen wurden mit SPSS (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp) durchgeführt. Alle statistischen Tests

waren zweiseitige Tests mit einem Signifikanzniveau von $p \leq .05$. Standardfehler (*SE*) und 95%-Konfidenzintervalle (*KI*) sind im Ergebnisabschnitt angegeben. Fehlende Werte wurden nicht ersetzt. Um die Hypothese zu testen, dass die Diagnose (DD vs. BPS) die Assoziation zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung moderiert, wurde eine Moderatorenanalyse in einem multiplen linearen Regressionsmodell berechnet. Dazu wurde eine Dummy-Variable für die beiden unterschiedlichen Diagnosegruppen gebildet. Der CTQ-Summenwert, die Diagnose (DD vs. BPS) und die Interaktion zwischen Diagnose und CTQ-Summenwert (Diagnose \times CTQ-Summenwert) wurden als unabhängige Variablen und der Summenwert des SSQ als abhängige Variable in eine multiple Regressionsanalyse eingefügt. Die Moderatorenanalyse wurde für den CTQ-Summenwert durchgeführt. In einer zusätzlichen explorativen Analyse wurden anstelle des CTQ-Summenwerts die fünf Subskalen des CTQ als Prädiktoren verwendet. Für die Post-hoc-Analyse wurde eine Korrelationsanalyse (Spearman-Korrelationskoeffizient) zwischen dem CTQ und dem SSQ getrennt für die beiden Diagnosegruppen und für die gesamte Stichprobe berechnet. Diese Korrelationsanalyse wurde sowohl für den CTQ-Summenwert als auch für die fünf Subskalen des CTQ durchgeführt. Die Voraussetzungen für die multiple Regressionsanalyse wurden mit PP-Plots, Scatterplots und der Analyse der Residuen überprüft. Da für die meisten der eingefügten Variablen sowohl die Normalitätsannahme als auch die Homoskedastizität verletzt waren, wurden alle Analysen mit einer BCa-Bootstrap-Auswertung mit 1000 BCa-Stichproben überprüft.

3 Ergebnisse

3.1 Eigenschaften der Stichprobe

Die Analysestichprobe umfasst 179 Personen, 110 (61.45 %) Patienten leiden an BPS und 69 (38.55 %) Patienten leiden an DD. Tabellen 1 und 2 zeigen die demografischen und klinischen Charakteristika der Stichprobe.

Die BPS-Stichprobe besteht zu 94.5 Prozent aus weiblichen Patienten, die im Mittel 31.4 Jahre (*SD* 11.32) alt sind. 74.5 Prozent der BPS-Patienten verfügen über einen Realschulabschluss oder eine höhere schulische Qualifikation. 46.3 Prozent erzielten eine abgeschlossene Berufsausbildung oder einen höheren beruflichen Abschluss. 67.3 Prozent der BPS Patienten waren arbeitslos. 19.1 Prozent befanden sich entweder in einer Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit. 93.6 Prozent der BPS Patienten waren entweder nicht verheiratet, verheiratet, aber getrennt lebend oder geschieden.

Im Mittel lag die Schwere der BPS-Symptomatik in der BPS-Stichprobe bei 132.78 Punkten (*SD* 34.88), gemessen mit der BPD-Checkliste. Weiterhin berichteten die BPS-Patienten hinsichtlich wahrgenommener sozialer Unterstützung im Mittel einen Summenwert von 44.83 Punkten (*SD* 12.85), gemessen mit dem SSQ. Der gemittelte Summenwert der BPS-Stichprobe bezüglich berichteter Kindesmisshandlung lag bei 62.58 Punkten (*SD* 24.59), gemessen mit dem CTQ.

Die DD-Stichprobe besteht zu 47.8 Prozent aus weiblichen Patienten, die im Mittel 40.93 (*SD* 13.36) Jahre alt sind. 73.8 Prozent der DD-Patienten verfügen über einen Realschulabschluss oder eine höhere schulische Qualifikation. 63.7 Prozent der Patienten erzielten eine abgeschlossene Berufsausbildung oder einen höheren beruflichen Abschluss. 49.2 Prozent befanden sich entweder in einer Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit. 42.0 Prozent der DD-Patienten waren arbeitslos. 62.3 Prozent der DD-Patienten waren entweder nicht verheiratet, verheiratet aber getrennt lebend oder geschieden.

Im Mittel lag die Schwere der depressiven Symptomatik in der DD Stichprobe bei 14.64 Punkten (*SD* 5.84), gemessen mit der QIDS-SR. Weiterhin berichteten die DD Patienten hinsichtlich wahrgenommener sozialer Unterstützung im Mittel einen Summenwert von

50.83 Punkten (*SD* 12.88), gemessen mit dem SSQ. Der gemittelte Summenwert der DD-Stichprobe bezüglich berichteter Kindesmisshandlung lag bei 45.16 Punkten (*SD* 15.79), gemessen mit dem CTQ.

Vergleicht man die beiden Stichproben hinsichtlich ihrer demographischen und klinischen Eigenschaften, so fällt auf, dass die BPS-Stichprobe signifikant mehr weibliche Patienten ($\chi^2(1) = 51,53, p < .001, \phi < .001$) umfasst. Die DD-Stichprobe ist signifikant älter ($t(175) = 5.07, p < .001, d = -.79$) und zeigt signifikant weniger berichtete Kindesmisshandlung auf dem CTQ-Summenwert ($t(151) = 4.92, p < .001, d = .81$) und auf den Subskalen emotionaler Missbrauch ($t(197) = 5.66, p < .001, d = .93$), körperlicher Missbrauch ($t(194) = 2.01, p < .05, d = .41$), sexueller Missbrauch ($t(193) = 5.32, p < .001, d = .78$), emotionale Vernachlässigung ($t(195) = 2.42, p < .05, d = .44$) und körperliche Vernachlässigung ($t(196) = 2.75, p < .01, d = .59$). DD-Patienten zeigten ein signifikant höheres Ausmaß an wahrgenommener sozialer Unterstützung ($t(167) = -2.95, p < .01, d = .47$) als die BPS-Stichprobe.

Tabelle 1
Demographische Eigenschaften der Stichprobe

	BPS n = 110	DD n = 69
Weiblich	104 (94.5%)	33 (47.8%)
Alter (in Jahren), <i>M</i> (<i>SD</i>)	31.40 (11.32)	40.93 (13.36)
Bildungsgrad		
Hauptschulabschluss (9 Schuljahre)	24 (21.8%)	13 (18.8%)
Realschulabschluss (10 Schuljahre)	48 (43.6%)	25 (36.2%)
Fachhochschulreife (Fachabitur)	3 (2.7%)	5 (7.2%)
Hochschulzugangsberechtigung (Abitur)	31 (28.2%)	21 (30.4%)
Kein Schulabschluss	2 (1.8%)	2 (2.9%)
Noch in Schulausbildung	1 (0.9%)	1 (1.4%)
Anderer Abschluss	1 (0.9%)	1 (1.4%)
fehlend	0	1 (1.4%)
Höchste berufliche Qualifikation		
Noch in Ausbildung	15 (13.6%)	8 (11.6%)
Keine Berufsausbildung	41 (37.3%)	8 (11.6%)
Abgeschlossene Berufsausbildung	30 (27.3%)	24 (34.8%)
Fachhochschulabschluss	13 (11.8%)	9 (13.0%)
Hochschulabschluss	8 (7.2 %)	11 (15.9%)
Anderer Abschluss	2 (1.8%)	8 (11.6%)
fehlend	1 (0.9%)	1 (1.4%)
Beschäftigung		
Vollzeit	12 (10.9%)	21 (30.4%)
Teilzeit	9 (8.2%)	13 (18.8%)
Geringfügige Beschäftigung	7 (6.4%)	2 (2.9%)
1-Euro Job	1 (0.9%)	0
unregelmäßige Beschäftigung	3 (2.7%)	0
Berufsausbildung	2 (1.8%)	4 (5.8%)
arbeitslos	74 (67.3%)	29 (42.0%)
fehlend	2 (1.8 %)	0
Familienstand		
unverheiratet	90 (81.8%)	34 (49.3%)
Verheiratet, zusammenlebend	6 (5.5%)	22 (31.9%)
Verheiratet, nicht zusammenlebend	5 (4.5%)	2 (2.9%)
geschieden	8 (7.3%)	7 (10.1%)
verwitwet	0	4 (5.8%)
fehlend	1 (0.9%)	0

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung

Tabelle 2
Klinische Eigenschaften der Stichprobe

	BPS n = 110	DD n = 69
Symptomschwere Depression, <i>M (SD)</i>		
QIDS-SR		14.64 (5.84)
Symptomschwere Borderline, <i>M (SD)</i>		
BPD-Checklist	132.78 (34.88)	
Wahrgenommene soziale Unterstützung <i>M (SD)</i>		
SSQ	44.83 (12.85)	50.83 (12.88)
Berichtete Kindesmisshandlung <i>M (SD)</i>		
CTQ-Summenwert	62.58 (24.59)	45.16 (15.79)
Emotionaler Missbrauch	16.11 (5.91)	10.88 (5.12)
Körperlicher Missbrauch	9.71 (5.86)	7.50 (4.66)
Sexueller Missbrauch	11.61 (5.81)	6.50 (4.22)
Emotionale Vernachlässigung	16.11 (5.82)	13.60 (5.47)
Körperliche Vernachlässigung	10.67 (4.68)	8.10 (3.67)

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, CTQ = Childhood Trauma Questionnaire, SSQ = Social Support Questionnaire, QIDS-SR = Quick Inventory of Depressive Symptomatology–self report, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung

3.2 Moderatorenanalyse

Die Ergebnisse der Moderatorenanalyse sind in Tabelle 3 dargestellt. Die Analyse ergab eine signifikante Interaktion zwischen dem CTQ-Summenwert und der zugeordneten Diagnose ($\Delta R^2 = 12.1\%$, $F(3) = 6.49$, $p = .037$, 95%-CI [.02, .47]), die durch die Bootstrapping-Auswertung bestätigt wurde (für die Ergebnisse der Bootstrapping-Auswertung siehe Tabelle 6 im Anhang). Bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Familienstand (0=verheiratet und zusammenlebend, 1=verheiratet und nicht zusammenlebend, 2=ledig, 3=geschieden, 4=verwitwet) bleibt die Interaktion signifikant ($\beta = .44$, $p = .049$). Detaillierte Informationen zur angepassten Analyse sind in Tabelle 5 im Anhang enthalten. Für einen besseren Überblick über den Interaktionseffekt siehe bitte Abbildung 2, die eine signifikant negative Assoziation zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung für BPS zeigt, während für DD keine signifikante Assoziation besteht.

In der explorativen Analyse der CTQ-Subskalen wurde eine signifikante Interaktion zwischen emotionalem Missbrauch in der Kindheit und der zugeordneten Diagnose

($\Delta R^2 = 13.7\%$, $F(3) = 9.49$, $p = .006$, 95% CI [.29, .1.72]) gefunden, die nach Bonferroni-Korrektur signifikant bleibt und durch die Bootstrapping-Auswertung bestätigt wurde (siehe Tabelle 6 im Anhang). Bei der Kontrolle von Alter, Geschlecht und Familienstand bleibt die Interaktion signifikant ($\beta = .46$, $p = .011$) (siehe Tabelle 5 im Anhang). Abbildung 3 zeigt eine signifikant negative Assoziation zwischen erlebtem emotionalem Missbrauch in der Kindheit und wahrgenommener sozialer Unterstützung für BPS, während für DD keine signifikante Assoziation gezeigt wird. Die anderen getesteten Interaktionen waren entweder nach Bonferroni-Korrektur nicht signifikant oder wurden durch die Bootstrapping-Evaluierung nicht bestätigt.

Tabelle 3*Multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage sozialer Unterstützung durch Kindesmisshandlung und der Diagnose (DD vs. BPS)*

Prädiktoren	Korrigiertes R^2	F (df)	SE	B	β	t	p	Konfidenzintervall von B untere Grenze	Konfidenzintervall von B obere Grenze
Konstante	.121	6.49(3)	3.45	58.65		16.23	.000	51.77	65.66
CTQ-Summenwert			0.05	-0.19	-0.35	-3.66	.000	-.31	-.10
Diagnose (DD vs. BPS)			6.20	-9.23	-0.35	-1.52	.131	-22.02	8.17
CTQ-Summenwert x Diagnose (DD vs. BPS)			0.13	0.24	0.45	2.11	.037	.02	.47
Konstante	.137	9.49 (3)	3.28	60.21		17.03	.000	53.92	66.39
Emotionaler Missbrauch			0.19	-0.93	-0.44	-4.49	.000	-1.31	-.57
Diagnose (DD= vs. BPS)			5.32	-9.97	-0.37	-1.98	.050	-19.69	.15
Emotionaler Missbrauch x Diagnose (DD vs. BPS)			0.41	1.00	0.48	2.77	.006	.29	1.72
Konstante	.05	3.61(3)	2.36	49.46		2.42	.000	44.93	54.16
Sexueller Missbrauch			.18	-0.34	-0.18	-1.93	.055	-.68	-.02
Diagnose (DD vs. BPS)			4.42	0.68	0.02	0.17	.859	-7.77	7.31
Sexueller Missbrauch x Diagnose (DD vs. BPS)			.58	0.48	0.15	1.16	.25	-.563	2.22

Anmerkungen. Die Tabelle stellt eine Zusammenfassung von sechs verschiedenen Analysen mit den jeweils unterschiedlichen Prädiktoren (CTQ-Gesamtskala und den fünf CTQ-Subskalen) dar. CTQ = Childhood Trauma Questionnaire, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei dem Prädiktor „Diagnose“ handelt es sich um eine Dummy-kodierte Variable (BPS = 0, DD=1). Konfidenzintervalle und Standardfehler wurden durch BCa Bootstrapping mit 1000 BCa-Stichproben berechnet. Signifikante Koeffizienten nach Bonferroni-Korrektur und Bootstrapping Evaluierung sind fett gedruckt dargestellt.

Tabelle 3 (Fortsetzung)*Multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage sozialer Unterstützung durch Kindesmisshandlung und der Diagnose (DD vs. BPS)*

Prädiktoren	Korrigiertes R^2	F (df)	SE	B	β	t	p	Konfidenzintervall von B untere Grenze	Konfidenzintervall von B obere Grenze
Konstante	.059	4.28(3)	2.38	51.249		20.21	.000	46.76	56.23
Körperlicher Missbrauch			0.21	-0.58	-0.24	-2.59	.010	-1.04	-0.21
Diagnose (DD vs. BPS)			4.34	-0.31	-0.01	-0.08	.939	-8.62	8.54
Körperlicher Missbrauch x Diagnose (DD vs. BPS)			0.50	0.55	0.20	1.36	.176	-.61	1.49
Konstante	.19	12.87(3)	2.99	62.38		17.96	.000	55.99	68.07
Emotionale Vernachlässigung			0.193	-1.05	-0.47	-5.14	.428	-1.44	-0.66
Diagnose (DD vs. BPS)			5.14	-4.18	-0.16	-0.79	.000	-14.63	6.81
Emotionale Vernachlässigung x Diagnose (DD vs. BPS)			0.37	0.5	0.31	1.59	.113	-.22	1.27
Konstante	.09	6.36(3)	3.15	55.46		17.33	.000	48.99	61.88
Körperliche Vernachlässigung			0.28	-0.96	-0.32	-3.43	.001	-1.44	-0.49
Diagnose (DD vs. BPS)			5.61	-2.27	-0.08	-0.45	.652	-12.67	10.67
Körperliche Vernachlässigung x Diagnose (DD vs. BPS)			0.65	0.66	0.23	1.29	.199	-.81	1.64

Anmerkungen. Die Tabelle stellt eine Zusammenfassung von sechs verschiedenen Analysen mit den jeweils unterschiedlichen Prädiktoren (CTQ-Gesamtskala und den fünf CTQ-Subskalen) dar. CTQ = Childhood Trauma Questionnaire, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei dem Prädiktor „Diagnose“ handelt es sich um eine Dummy-kodierte Variable (BPS = 0, DD=1). Konfidenzintervalle und Standardfehler wurden durch BCa Bootstrapping mit 1000 BCa-Stichproben berechnet. Signifikante Koeffizienten nach Bonferroni-Korrektur und Bootstrapping Evaluierung sind fett gedruckt dargestellt.

Abbildung 2

Moderatoreffekt der Diagnose (DD vs. BPS) auf die Assoziation von berichteter Kindesmisshandlung (CTQ-Summenwert) und wahrgenommener sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter

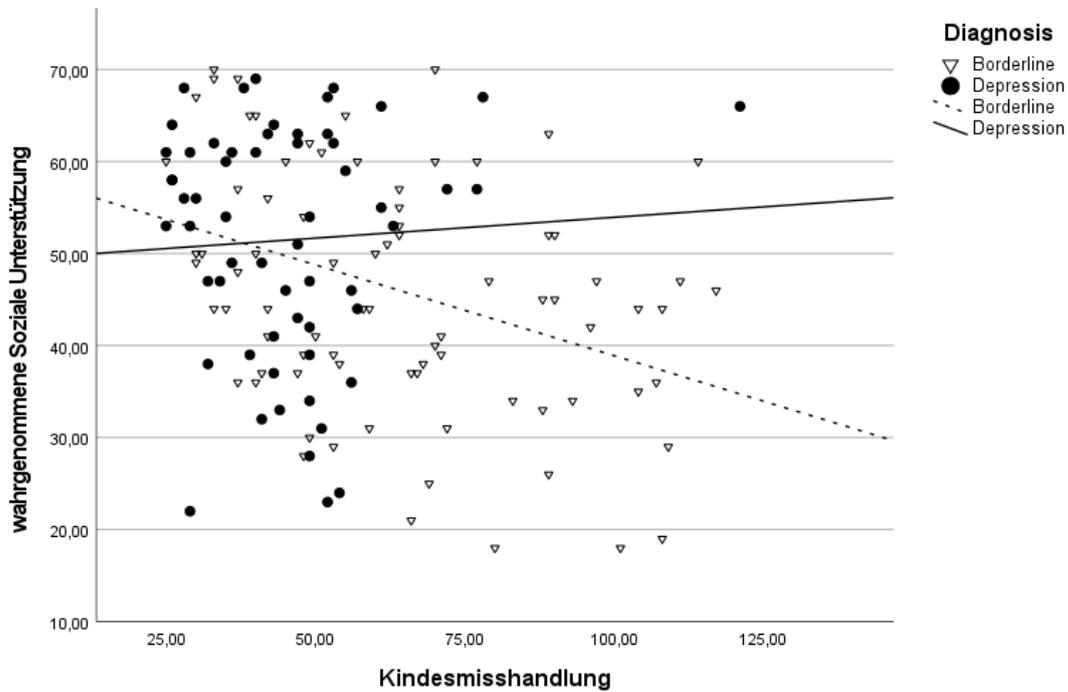
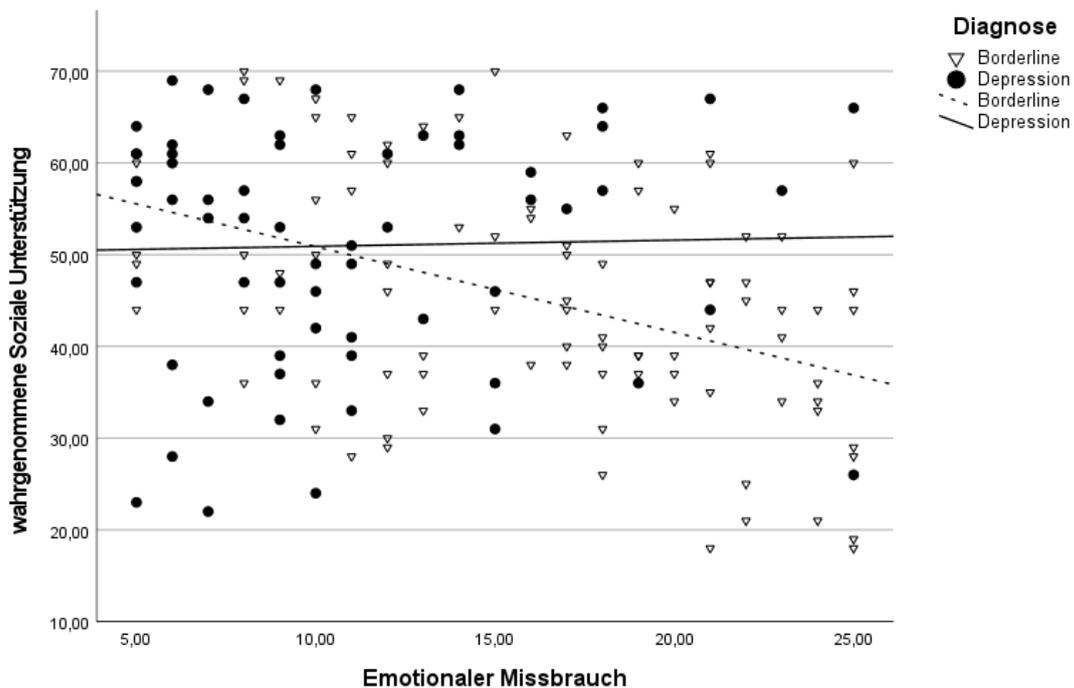


Abbildung 3

Moderatoreffekt der Diagnose (DD vs. BPS) auf die Assoziation von berichtetem emotionalem Missbrauch in der Kindheit und wahrgenommener sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter



3.3 Korrelationsergebnisse

Mit einer Post-hoc-Analyse wurde getestet, ob es einen negativen Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung gibt. Die in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse zeigen signifikante negative Assoziationen für die gesamte Stichprobe sowohl für den CTQ-Gesamtwert ($r = -.313, p < .01$) als auch für die fünf CTQ-Subskalen: emotionaler Missbrauch ($r = -.306, p < .01$), sexueller Missbrauch ($r = -.210, p < .01$), körperlicher Missbrauch ($r = -.237, p < .01$), emotionale Vernachlässigung ($r = -.409, p < .01$), körperliche Vernachlässigung ($r = -.409, p < .01$). In der DD-Stichprobe wurden keine signifikanten Assoziationen gefunden. In der BPS-Stichprobe wurde eine signifikant negative Assoziation mit wahrgenommener sozialer Unterstützung für den CTQ-Summenwert ($r = -.384, p < .01$) und für die CTQ-Subskalen emotionaler Missbrauch ($r = -.416, p < .01$), emotionale Vernachlässigung ($r = -.467, p < .01$) und körperliche Vernachlässigung ($r = -.375, p < .01$) gefunden. Die Ergebnisse wurden durch die Bootstrapping-Evaluierung bestätigt. Signifikante Assoziationen blieben nach Bonferoni-Korrektur signifikant, außer den Assoziationen zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung, sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung (Tabelle 4).

Tabelle 4

Spearman Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung in der Gesamtstichprobe und separat für die beiden Stichproben (DD und BPS) inklusive Bootstrapping Evaluierung und Bonferroni-Korrektur

CTQ	DD <i>n</i> =69	BPS <i>n</i> =110	DD und BPS <i>n</i> =179
CTQ-Summenwert	-.051	-.384** (-.384*)	-.313** (-.313*)
CTQ Subskalen:			
Emotionaler Missbrauch	-.001	-.416** (-.416*)	-.306** (-.306*)
Sexueller Missbrauch	.150	-.250*	-.210** (-.210*)
Körperlicher Missbrauch	-.134	-.256*	-.237** (-.237*)
Emotionale Vernachlässigung	-.203	-.467** (-.467*)	-.409** (-.409*)
Körperliche Vernachlässigung	-.121	-.375** (-.375*)	-.330** (-.303*)

Anmerkungen. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$, CTQ = Childhood Trauma Questionnaire, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung, Fett gedruckte Koeffizienten blieben nach Bonferroni-Korrektur und BCa -Bootstrapping Evaluierung signifikant. Spearman Korrelationskoeffizienten und P-Werte nach Bonferroni-Korrektur sind in Klammern dargestellt.

4 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Assoziation von retrospektiv berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung bei DD und BPS zu untersuchen. Die statistische Analyse zeigt, dass BPS-Patienten signifikant mehr Kindesmisshandlung und signifikant weniger wahrgenommene soziale Unterstützung als DD-Patienten aufweisen. Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass die Assoziation zwischen berichteter Kindesmisshandlung (insbesondere emotionalem Missbrauch) und wahrgenommener sozialer Unterstützung durch die spezifische Psychopathologie von DD und BPS beeinflusst wird. Während bei DD-Patienten die wahrgenommene soziale Unterstützung nicht von der Schwere der berichteten Kindesmisshandlung beeinflusst wird, ist diese negative Assoziation bei BPS-Patienten statistisch signifikant. Interessanterweise ist die Interaktion zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung nur für die allgemeine Bewertung von Kindesmisshandlung und emotionalem Missbrauch von Bedeutung. Dieses Ergebnis legt nahe, dass insbesondere emotionaler Missbrauch eine wichtige Rolle bei der Wahrnehmung geringerer sozialer Unterstützung bei BPS spielt, nicht jedoch bei DD.

4.1 Vergleich mit bisherigen Forschungsergebnissen zu Kindesmisshandlung

Das Ergebnis, dass Kindesmisshandlung bei BPS stärker ausgeprägt ist als bei DD, steht im Einklang mit früheren Studien (Battle et al., 2004; Brakemeier et al., 2018; Carvalho Fernando et al., 2014; Infurna et al., 2016; Schaich et al., 2021). Die Ergebnisse der Stichprobe der Depressionspatienten in der vorliegenden Studie zeigen allerdings auch, dass eine relevante Anzahl an DD-Patienten ebenfalls Kindesmisshandlungen berichten. Diese Befunde bestätigen frühere Forschung zu berichteter Kindesmisshandlung bei Depressionspatienten (Brakemeier et al., 2018; Carvalho Fernando et al., 2014). Die Ergebnisse bestätigen auch frühere Untersuchungen, dass BPS bei allen Arten von Missbrauch und Vernachlässigung signifikant höhere Werte aufweist als DD (Brakemeier et al., 2018), nicht nur bei emotionalem Missbrauch (Carvalho Fernando et al., 2014).

Vergleicht man das Level an berichteter Kindesmisshandlung in der vorliegenden BPS-Stichprobe mit denen vorangegangener Forschung, fällt auf, dass das Level an berichteter Kindesmisshandlung in der aktuellen BPS-Stichprobe höher (Bøen et al., 2015; Ferrer et al., 2017; Nicol et al., 2013) beziehungsweise leicht höher (Bungert et al., 2015) ausfällt als das Level in vorangegangenen Studien. Die aktuelle DD-Stichprobe hingegen weist ähnliche Level an berichteter Kindesmisshandlung auf wie DD-Stichproben in vorangegangenen Studien (Carvalho Fernando et al., 2014; Kaczmarczyk et al., 2018; Meinert et al., 2019).

Der Vergleich mit der bisherigen Forschung deutet daraufhin, dass die BPS-Stichprobe in der vorliegenden Studie ein außergewöhnlich hohes Level an Misshandlungen in der Kindheit berichtet. Das könnte darin begründet sein, dass die BPS-Patienten in einer spezialisierten Tagesklinik eines Universitätsklinikums rekrutiert wurden, welche insbesondere Patienten mit einem höheren Grad an Chronizität und komplexer Symptomatik behandelt. Diese Annahme wird darin bestätigt, dass die Patienten eine relativ hohe BPS-Symptomschwere aufweisen (Bloo et al., 2017). Weiterhin wurden einige der Vergleichsstudien mit ambulanten BPS-Patienten durchgeführt (Ferrer et al., 2017; Nicol et al., 2013). Es ist daher anzunehmen, dass die BPS-Stichprobe ein höheres Level an Symptomschwere und Komorbiditäten aufweist als die ambulanten Patienten der Vergleichsstudien. Für den Fall, dass das Rekrutierungssetting einen Selektionseffekt hatte, wäre jedoch zu erwarten, dass die DD-Stichprobe ebenfalls erhöhte Misshandlungslevel sowie höhere Symptomschwere berichtet im Vergleich zu bisherigen Forschungsergebnissen. Die bisherigen Vergleichsstudien mit DD-Patienten wurden in unterschiedlichen Behandlungssettings durchgeführt (ambulant, stationär oder ohne aktuelle Behandlung). In der vorangegangenen Forschung wurden vergleichbare Misshandlungslevel wie in der aktuellen DD-Stichprobe berichtet und die aktuelle DD-Stichprobe weist eine mittlere Symptomschwere auf. Es scheint zumindest bei den DD-Patienten der vorliegenden Studie somit kein Selektionseffekt hinsichtlich eines Behandlungssettings vorzuliegen, welcher dazu geführt haben könnte, dass die DD-

Stichprobe vergleichsweise hohe beziehungsweise niedrige Werte an Kindesmisshandlung berichtet. Zusammenfassend spricht der Vergleich mit der bisherigen Forschung von DD und BPS bezüglich berichteter Kindesmisshandlung dafür, dass die gefundenen Unterschiede der beiden Patientengruppen in der vorliegenden Studie auf tatsächliche Unterschiede zurückzuführen sind.

4.2 Vergleich mit bisherigen Forschungsergebnissen zu sozialer Unterstützung

Die Einordnung der Studienergebnisse zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei BPS und DD gestaltet sich schwierig aufgrund der uneinheitlichen Messinstrumente, die in der bisherigen Forschung verwendet wurden. Diese Uneinheitlichkeit lässt eine Vergleichbarkeit mit den SSQ-Werten der aktuellen Studie nicht zu.

Grundsätzlich lässt sich jedoch sagen, dass die Ergebnisse mit den bisherigen Forschungsergebnissen insofern im Einklang stehen, als dass sowohl BPS als auch DD einen negativen Zusammenhang mit wahrgenommener sozialer Unterstützung aufweisen. Die vorliegende Studie kann somit die Befunde von Lazarus et al., (2016) und Beeney et al. (2018) für die BPS-Stichprobe und die Befunde von Grav et al. (2012), Müters et al. (2013), Stice et al. (2004) und Roohafza et al. (2014) für die DD-Stichprobe bestätigen. Im Einklang mit Zielinskis und Veilleuxs (2014) Ergebnissen, fand sich in der BPS-Stichprobe ein direkter, statistisch signifikanter negativer Zusammenhang zwischen BPS-Eigenschaften und wahrgenommener sozialer Unterstützung. In der Studie von Zielinski und Veilleux (2014) wurde dieser Zusammenhang jedoch statistisch nicht mehr signifikant, sobald der Mediator Ablehnungssensitivität berücksichtigt wurde. Hierbei ist zu beachten, dass Zielinski und Veilleux (2014) in ihrer Studie im Vergleich zu aktuellen Stichprobe keine klinische Stichprobe untersuchten.

4.3 Mögliche Mediationsmechanismen

Der hypothetisierte moderierende Effekt der Psychopathologie (DD vs. BPS) auf den Zusammenhang zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung konnte durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt werden.

Ich wende mich nun der Frage zu, wie dieser moderierende Effekt erklärt werden könnte und diskutiere mögliche zugrundeliegende Mechanismen.

Es könnte sein, dass (1) BPS-Patienten aufgrund der BPS-spezifischen Psychopathologie weniger um Hilfe bitten als DD und daher weniger Unterstützung erhalten oder (2) BPS-Patienten genauso viel wie DD nach sozialer Unterstützung suchen, aber aufgrund BPS-spezifischer Psychopathologie weniger Unterstützung erhalten oder wahrnehmen.

4.3.1 Emotionsregulation

Zunächst soll auf emotionale Regulationsprobleme als einen möglichen zugrunde liegenden Mechanismus eingegangen werden, der BPS-Patienten mit einer Vorgeschichte von Kindesmisshandlung daran hindern könnte, nach Hilfe zu suchen, soziale Unterstützung zu erhalten oder wahrzunehmen.

Emotionale Dysregulation gilt als eines der Kernsymptome von BPS und äußert sich in einer hohen affektiven Erregung (Kuo & Linehan, 2009), einer Hypervigilanz gegenüber negativen Reizen (Sieswerda et al., 2007), einer niedrigen Schwelle für affektive Reaktionen (Herpertz et al., 1997), intensiveren negativen Emotionen (Jacob et al., 2009), einem schnellem Wechsel von positiver zu negativer Stimmung (Ebner-Priemer et al., 2007), der Unfähigkeit, unterschiedliche Emotionen zu erleben und zu beschreiben (Wolff et al., 2007), Angstepfindlichkeit (Gratz et al., 2008) und der Unfähigkeit, emotionale Distraktoren zu unterdrücken (Domes et al., 2006).

Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Emotionsregulation wurde von Flannery et al. (2016) und Stevens et al. (2013) beschrieben. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass emotionale Dysregulation soziale Unterstützung behindert. In Bezug auf die Verbindung zwischen Kindesmisshandlung, emotionaler Regulation und

wahrgenommener sozialer Unterstützung fand eine Studie von Barnes et al. (2016) heraus, dass emotionale Dysregulation teilweise die Beziehung zwischen Kindesmisshandlung und Unterstützung durch die Familie vermittelte.

Die oben genannten Aspekte der emotionalen Dysregulation können zu Komplikationen in Beziehungen und damit zu sozialem Rückzug und geringerer sozialer Unterstützung bei BPS führen. Frühere Studien fanden heraus, dass emotionale Dysregulation die Beziehung zwischen Kindesmisshandlung und BPS vermittelt (Gratz et al., 2008). Insbesondere die Assoziation zwischen emotionalem Missbrauch und BPS scheint durch emotionale Dysregulation vermittelt zu sein (Carvalho Fernando et al., 2014; Gratz et al., 2008; Kuo et al., 2015; Rosenstein et al., 2018).

Allerdings wurden auch bei DD Schwierigkeiten bei der Affektregulation gefunden (Becerra et al., 2013; Carvalho Fernando et al., 2014; Ehring et al., 2008). In Anbetracht dieser vorangegangenen Forschung könnte es möglich sein, dass emotionale Dysregulation bei BPS ausgeprägter ist als bei DD und bei BPS-Patienten mit einer Vorgeschichte von Kindesmisshandlung (insbesondere emotionalem Missbrauch) (Schaich et al., 2021) mit weniger wahrgenommener sozialer Unterstützung assoziiert ist. Zukünftige Studien sollten sich auf die Auswirkungen emotionaler Regulationsdefizite auf den Zusammenhang zwischen berichteter Kindesmisshandlung (insbesondere emotionalem Missbrauch) und wahrgenommener sozialer Unterstützung bei psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere DD und BPS) konzentrieren.

4.3.2 Ablehnungssensitivität

Ein weiterer zugrunde liegender Mechanismus für die gefundenen Unterschiede zwischen DD und BPS hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung könnte darin bestehen, dass sich DD und BPS möglicherweise nicht im tatsächlichen Grad der sozialen Unterstützung, sondern im wahrgenommenen Grad der sozialen Unterstützung unterscheiden. Dies erscheint besonders relevant, da BPS-Patienten im Vergleich zu Patienten mit affektiven Störungen

eine signifikant höhere Ablehnungssensitivität aufweisen (Staebler et al., 2011). In der vorliegenden Studie könnte das Niveau der erhaltenen sozialen Unterstützung von BPS geringer wahrgenommen worden sein, als es tatsächlich ist. BPS-Patienten neigen dazu, Signale sozialer Ablehnung (Liebke et al., 2018) und sozialer Bedrohung (Bertsch et al., 2013; Fenske et al., 2015; Izurieta Hidalgo et al., 2016; Nicol et al., 2013) in sozialen Interaktionssituationen verstärkt wahrzunehmen. Darüber hinaus leiden sie unter Schwierigkeiten, positive Hinweise in sozialen Interaktionen zu erkennen (Izurieta Hidalgo et al., 2016). Diese Fertigungsdefizite führen zu Fehlinterpretationen von Sozialpartnern und zu Turbulenzen in Beziehungen. Zielinski und Veilleux (2014) fanden in ihrer Studie in einer gesunden Stichprobe erste Hinweise darauf, dass Ablehnungssensitivität den Zusammenhang zwischen BPS-Merkmalen und der Anzahl sozialer Kontakte vermittelt, nicht aber zwischen BPS-Merkmalen und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Darüber hinaus zeigte eine kürzlich durchgeführte Studie, dass Ablehnungssensitivität den Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch und Einsamkeit sowie den Zusammenhang zwischen emotionaler Vernachlässigung und Einsamkeit vermittelt (Nenov-Matt et al., 2020). Andererseits finden sich auch Hinweise darauf, dass auch Patienten mit DD bei einem virtuellen Ballspiel, das soziale Ausgrenzung fördert (Cyberball), Ablehnungssensitivität erfahren (Bauriedl-Schmidt et al., 2017). Darüber hinaus haben frühere Studien gezeigt, dass BPS-Patienten tatsächlich ein schlecht entwickeltes soziales Netzwerk haben. Nur ein Drittel der BPS-Patienten ist vollständig in das Berufsleben integriert (Gunderson, 2011) und nur 42 Prozent leben in einer festen Beziehung (Paris, 2002). Tomko et al. (2014) zeigten, dass BPS signifikant mit höheren Trennungs- oder Scheidungsraten, Konflikten am Arbeitsplatz und Konflikten mit Nachbarn, Freunden oder Verwandten assoziiert ist.

Es bleibt somit unklar, ob die gefundene niedrigere Rate an wahrgenommener sozialer Unterstützung bei BPS auf einen tatsächlich niedrigeren Grad an sozialer Unterstützung zurückzuführen ist, ob BPS-Patienten vorhandene soziale Unterstützung aufgrund der oben aufgeführten Psychopathologie als geringer wahrnehmen und/oder ob das von Tomko et

al. (2014) beschriebene schlechter entwickelte soziale Netzwerk von BPS-Patienten ein Resultat der oben aufgeführten Psychopathologie ist.

Die zukünftige Forschung sollte überprüfen, ob Ablehnungssensitivität den Zusammenhang zwischen berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung mediiert und ob dieser Mediationseffekt sowohl bei BPS als auch bei DD besteht.

4.4 Stärken und Einschränkungen

Folgende Einschränkungen sollten bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden:

1. BPS und DD wurden nicht nach Alter, Geschlecht und Familienstand parallelisiert. Da die BPS-Stichprobe überwiegend weiblich (94.5 %), im Durchschnitt 10 Jahre jünger (BPS: 31.40, DD: 40.93) und seltener verheiratet ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse auf diese demografischen Unterschiede zurückzuführen sind. Insbesondere der Unterschied im Familienstand und Geschlecht könnte relevant sein, wenn es um Unterschiede in Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung der beiden Patientengruppen geht. Der niedrige Anteil an Verheirateten bei BPS könnte sowohl Ursache für die niedriger wahrgenommene soziale Unterstützung in der BPS-Stichprobe als auch Folge der oben genannten Defizite hinsichtlich sozialer Funktionen sein. Auch die ungleiche Verteilung der Geschlechter in den beiden Stichproben ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Frauen sind einem höheren Risiko für bestimmte Arten von Missbrauch ausgesetzt (Häuser et al., 2011). Somit könnten die höheren Angaben bezüglich der erlebten Kindesmisshandlung in der BPS-Stichprobe vielmehr auf den deutlich höheren Anteil an weiblichen Probanden zurückzuführen sein als auf psychopathologische Unterschiede. Die Ergebnisse können daher möglicherweise nicht auf männliche Bevölkerungsgruppen verallgemeinert werden. Bei der Kontrolle von Alter, Geschlecht und Familienstand blieben die Interaktionseffekte zwischen Kindesmisshandlung und der Psychopathologie von BPS und DD jedoch signifikant,

während die demografischen Variablen keinen signifikanten Zusammenhang mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zeigten.

2. Die Ergebnisse basieren auf einer Stichprobe, welche ausschließlich in den Behandlungszentren des Zentrums für Integrative Psychiatrie und Psychotherapie in Lübeck rekrutiert wurde. Es handelt sich somit um eine selektive Stichprobe. Eine Generalisierung der Befunde und die Interpretation dieser Befunde sollten daher mit dieser Einschränkung erfolgen.
3. Hinsichtlich der Komorbiditäten der Patienten fand eine Orientierung an den Einschätzungen der zuständigen Bezugstherapeuten statt. Eine ausführliche strukturierte Diagnostik mittels SKID-I und SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) fand nicht statt. Es ist daher nicht mit Sicherheit auszuschließen, dass einige der Patienten eines der Ausschlusskriterien hinsichtlich bestehender Komorbiditäten nicht doch erfüllten. Somit lässt sich ebenfalls nicht ausschließen, dass die gefundenen Effekte in der vorliegenden Studie nicht auch auf Psychopathologien komorbider Störungsbilder zurückzuführen sind.
4. Die Selbstberichtsmaße von wahrgenommener sozialer Unterstützung und Kindesmisshandlung können auch als Einschränkung dieser Studie angesehen werden, da Selbstberichtsmaße das Risiko einer Gedächtnisverzerrung beinhalten (Hardt & Rutter, 2004; Shaffer et al., 2008). Eine konkurrierende Erklärung für die Ergebnisse könnte somit sein, dass DD-Patienten mehr nach sozialer Unterstützung greifen und mehr soziale Unterstützung wahrnehmen als BPS, aber eine Vorgeschichte von Kindesmisshandlungen seltener als BPS berichten, um die Erinnerung an Missbrauch und/oder Vernachlässigung in der Kindheit zu vermeiden. Weiterhin wurde die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung gemessen und keine objektive Messung der interpersonellen Kontakte der Patienten durchgeführt, um diesen Befund zu bestätigen. Eine weitere konkurrierende Erklärung für das Ergebnis der Studie ist daher, dass Patienten, die

Kindesmisshandlung (insbesondere emotionalen Missbrauch) erlebt haben, Schwierigkeiten haben, Unterstützung zu erkennen, selbst wenn sie sie tatsächlich erhalten. Andererseits enthält der Fragebogen auch semiobjektive Items wie „Im Krankheitsfall kann ich mich ohne Bedenken an Freunde oder Verwandte wenden, um mich in wichtigen Angelegenheiten zu unterstützen“, die das tatsächliche Alltagserleben des Patienten widerspiegeln.

5. Da es sich bei der Studie um eine Querschnittsstudie und nicht um eine Längsschnittstudie handelt, kann nur über die Gründe spekuliert werden, wie die Assoziation zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung durch DD und BPS beeinflusst wird. Diese Einflussfaktoren können entweder quer- oder längsschnittlich sein. Die gefundenen Ergebnisse sollten daher als Ausgangspunkt für zukünftige Längsschnittstudien betrachtet werden.
6. In der DD-Gruppe wurden Patienten nur dann aufgenommen, wenn es ihre erste Aufnahme in das Depressionsbehandlungsprogramm war. In der BPS-Stichprobe wurden Wiederaufnahmepatienten aufgenommen. Daher ist nicht sichergestellt, dass die BPS-Symptomatologie und die Fähigkeit, ein soziales Netzwerk zu bilden, um soziale Unterstützung zu erhalten, durch das frühere BPS-Behandlungsprogramm beeinflusst wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die frühere Behandlung (falls sie einen Einfluss hatte) eine Verbesserung der BPS-Symptomatik und des sozialen Unterstützungswerts bewirkt hat, und daher gefundene Effekte eher unterschätzt als überschätzt wurden. Auf der anderen Seite ist es auch möglich, dass Wiederaufnahmen durchschnittlich eine höhere Krankheitsschwere aufweisen als Erstaufnahmen und somit eine Überschätzung der gefundenen Effekte nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. In zukünftigen Studien sollten Wiederaufnahmepatienten aus der Datenerhebung ausgeschlossen werden oder alternativ die Krankheitsschwere der Wiederaufnahmen erhoben werden, um eine Überschätzung der gefundenen Effekte ausschließen zu können.

Meines Wissens nach ist die vorliegende Studie die erste, die untersucht, ob eine psychiatrische Diagnose den Zusammenhang zwischen retrospektiv berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung moderiert. Diese Forschungsarbeit trägt somit dazu bei, einen differenzierteren Einblick in die Determinanten von sozialer Unterstützung zu erhalten und beantwortet in Teilen die Frage, warum einige Menschen mehr beziehungsweise weniger soziale Unterstützung berichten als andere.

Als methodische Stärke dieser Studie ist die hohe Rücklaufquote bei der Datenerhebung in der BPS-Stichprobe (110 von 118 Patienten konnten in die Analyse eingeschlossen werden) anzusehen. Weiterhin sorgten eine strukturierte Diagnostik der Depressionssymptomatik und die systematische Erhebung der Symptomschwere via QIDS-SR und BPS-Checkliste für eine hohe Sicherheit bei der Diagnosestellung.

Die saubere Trennung der beiden diagnostischen Gruppen durch Ausschluss von Patienten in der DD-Gruppe, die an einer komorbiden BPS litten, und die Kontrolle demografischer Variablen stellt sicher, dass die identifizierte Interaktion der spezifischen Psychopathologie zugeordnet werden kann.

4.5 Implikationen für die Praxis und zukünftige Forschung

Um die oben vorgeschlagenen Mediationsmechanismen bei BPS zu untersuchen, ist es notwendig, ein geeignetes Instrument zur Messung interpersoneller Funktionsdefizite (beispielsweise das Impact Message Inventory (IMI) (Caspar et al., 2016) oder das Inventory of Interpersonal Problems (IIP) (Horowitz et al., 1988)) bei BPS-Patienten und DD-Patienten einzusetzen, um zu untersuchen, ob ein differenzierender Effekt auf diesen Maßen gefunden werden kann.

In zukünftigen Studien sollte zudem die Annahme überprüft werden, ob die gefundenen Unterschiede in der Studie auf einem tatsächlichen Unterschied in sozialer Unterstützung oder einem Unterschied in der Wahrnehmung sozialer Unterstützung basieren. Dazu muss die zukünftige Forschung eine Evaluierung der sozialen Unterstützung beispielsweise durch Dritte in ihre Analysen mit einbeziehen.

Um ein detaillierteres Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen des Zusammenhangs von berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung in den beiden Patientengruppen zu erhalten, ist es notwendig, Ablehnungssensitivität und emotionale Dysregulation als Mediatorvariablen in die Analyse aufzunehmen, beispielsweise unter Verwendung des Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ) (Staebler et al., 2011), des Cyberball-Paradigmas (Bauriedl-Schmidt et al., 2017) und der Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass DD-Patienten und BPS-Patienten von verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungen profitieren könnten, die sich mit sozialer Unterstützung in der Therapie befassen. Dies steht im Einklang mit den Studienergebnissen von Hogan et al. (2002), die in ihrem Review schlussfolgerten, dass unterschiedliche Behandlungsmethoden bei unterschiedlichen Problemfeldern in Bezug auf soziale Unterstützung hilfreich sind. So kann die Behandlungsmethode einerseits zum Ziel haben das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung eines Patienten direkt zu vergrößern, andererseits kann sich die Behandlung auf das Erlernen von sozialen Fertigkeiten zum Aufbau eines sozialen Unterstützungsnetzwerks fokussieren. Aufgrund der Studienergebnisse der vorliegenden Studie erscheint es sinnvoll, dass bei BPS klinische Interventionen zunächst die oben erwähnten BPS-spezifischen Interaktionsschwierigkeiten und/oder Wahrnehmungsverzerrungen adressieren, bevor sie direkt zur Suche nach sozialer Unterstützung ermutigen. Mendez et al. (2022) fanden heraus, dass BPS-Eigenschaften den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und nicht-suizidalen Selbstverletzungen mediert. Die Autoren schlussfolgern, dass Interventionen, die die BPS-Symptomatik adressieren, einen positiven Effekt auf die niedrige soziale Unterstützung haben könnten. Die Ergebnisse der Studie können einen ersten Hinweis darauf geben, dass zur Erhöhung der sozialen Unterstützung von BPS-Patienten Interventionen sich zunächst auf BPS-spezifische Fertigkeitendefizite (beispielsweise Emotionsregulation und Ablehnungssensitivität) fokussieren sollten. Im

Gegensatz dazu sollten Personen, die an DD leiden und eine Vorgeschichte von Kindesmisshandlung berichten, aufgrund der positiven Auswirkungen auf die psychische Gesundheit ermutigt werden, sich direkt soziale Unterstützung aus ihrem sozialen Netzwerk zu suchen. Erste Hinweise, dass solch ein Vorgehen bei DD vielversprechend ist, berichten O'Neill et al. (2019), die herausfanden, dass sich die Adressierung von sozialer Unterstützung in der Depressionsbehandlung positiv auf die Schwere der Depressionssymptomatik auswirkt.

4.6 Fazit

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung differenzierter als bisher betrachtet werden muss. Sie stellen die allgemeine Annahme in Frage, dass Kindesmisshandlung mit weniger wahrgenommener sozialer Unterstützung einhergeht. Vielmehr scheint die Auswirkung einer bestimmten Art von Kindesmisshandlung (in diesem Fall emotionaler Missbrauch) auf die wahrgenommene soziale Unterstützung im Erwachsenenalter von der Psychopathologie eines Patienten (in diesem Fall BPS versus DD) abzuhängen. Mediatorvariablen dieser Assoziation bedürfen weiterer Forschung, um das Zusammenspiel von berichteter Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung bei DD und BPS genauer zu verstehen.

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Wahrgenommene soziale Unterstützung ist ein entscheidender Faktor für die körperliche und geistige Gesundheit. Frühere Studien fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und aktueller wahrgenommener sozialer Unterstützung.

Ziel: In dieser Arbeit wurde untersucht, ob die Diagnose einer depressiven Störung (DD) bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) diese Assoziation moderiert.

Methode: Neunundsechzig Patienten mit DD und 110 Patienten mit BPS wurden in stationären/tagesklinischen Behandlungsprogrammen für entweder DD oder BPS rekrutiert. Alle Teilnehmer füllten den Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) und den Social Support Questionnaire (SSQ) aus. Die Hypothese wurde mit einer Moderatorenanalyse in einem multiplen linearen Regressionsmodell getestet.

Ergebnisse: Es wurde eine signifikante Interaktion zwischen Diagnose und Kindesmisshandlung für den CTQ-Summenwert und die Subskala emotionaler Missbrauch gefunden. Post-hoc-Analysen zeigten eine signifikante negative Korrelation zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung nur für Patienten mit BPS und nicht für Patienten mit DD.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die negative Assoziation zwischen Kindesmisshandlung und wahrgenommener sozialer Unterstützung bei bestimmten Patientengruppen stärker ausgeprägt sein könnte, beispielsweise bei Patienten mit BPS.

6 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Badura, B. (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit: Zum Stand sozioepidemiologischer Forschung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Barnes, S. E., Howell, K. H., & Miller-Graff, L. E. (2016). The Relationship Between Polyvictimization, Emotion Dysregulation, and Social Support Among Emerging Adults Victimized During Childhood. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 25*(5), 470–486. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1133749>
- Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C., Spitzer, C., Kronmüller, K., & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.003>
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2004). Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders, 18*(2), 193–211. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- Bauriedl-Schmidt, C., Jobst, A., Gander, M., Seidl, E., Sabaß, L., Sarubin, N., Mauer, C., Padberg, F., & Buchheim, A. (2017). Attachment representations, patterns of emotion regulation, and social exclusion in patients with chronic and episodic depression and healthy controls. *Journal of Affective Disorders, 210*, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.030>
- Becerra, R., Cruise, K., Murray, G., Bassett, D., Harms, C., Allan, A., & Hood, S. (2013). Emotion regulation in bipolar disorder: Are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety

- disorders? *Open Journal of Psychiatry*, 03(04), 1–7.
<https://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.34A001>
- Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Clifton, A. D., Lazarus, S. A., & Pilkonis, P. A. (2018). Social disadvantage and borderline personality disorder: A study of social networks. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 62–72.
<https://doi.org/10.1037/per0000234>
- Berkmann, L., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. Berkmann & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (pp 137–173). New York, NY: Oxford University Press.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (2011). *Childhood Trauma Questionnaire*. Washington, DC: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/t02080-000>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bertsch, K., Gamer, M., Schmidt, B., Schmidinger, I., Walther, S., Kästel, T., Schnell, K., Büchel, C., Domes, G., & Herpertz, S. C. (2013). Oxytocin and Reduction of Social Threat Hypersensitivity in Women With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1169–1177.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020263>
- Bloo, J., Arntz, A., & Schouten, E. (2017). The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 311–336.
<https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-3en>
- Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., Boye, B., Andersson, S., Karterud, S., & Malt, U. F. (2015). Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and

- bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 170, 104–111.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.033>
- Borgmann LS, Rattay P, Lampert T (2017) Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 117–123. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-1
- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., & Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 180–194. <https://doi.org/10.1037/a0028328>
- Bradley, R., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 685–696.
<https://doi.org/10.1002/jts.20077>
- Brakemeier, E.-L., Dobias, J., Hertel, J., Bohus, M., Limberger, M. F., Schramm, E., Radtke, M., Frank, P., Padberg, F., Sabass, L., Jobst, A., Jacob, G. A., Struck, N., Zimmermann, J., & Normann, C. (2018). Childhood Maltreatment in Women with Borderline Personality Disorder, Chronic Depression, and Episodic Depression, and in Healthy Controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 49–51.
<https://doi.org/10.1159/000484481>
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205–1222.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>
- Bungert, M., Liebke, L., Thome, J., Haeussler, K., Bohus, M., & Lis, S. (2015). Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: Effects of childhood maltreatment and self-esteem. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0025-x>

- Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., Wolf, O. T., Spitzer, C., Driessen, M., & Wingenfeld, K. (2014). The Impact of Self-Reported Childhood Trauma on Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(4), 384–401.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.863262>
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H., & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, *17*(04), e1–e10. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105981>
- Clifton, A., Pilkonis, P. A., & McCarty, C. (2007). Social Networks in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *21*(4), 434–441.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.434>
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress: *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Constantino, M. J., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D. C., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., & Arnow, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*(4), 491–506.
<https://doi.org/10.1037/a0014335>
- DiMatteo, M. R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, *23*(2), 207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Domes, G., Winter, B., Schnell, K., Vohs, K., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2006). The influence of emotions on inhibitory functioning in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *36*(8), 1163–1172.
<https://doi.org/10.1017/S0033291706007756>
- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, *36*(7), 2055–2073.
<https://doi.org/10.1177/0265407518776134>

- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Kleindienst, N., Welch, S. S., Reisch, T., Reinhard, I., Lieb, K., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2007). State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychological Medicine*, *37*(7), 961–970. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009706>
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, *44*(7), 1574–1584. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.013>
- Elzy, M. B. (2011). Examining the Relationship between Childhood Sexual Abuse and Borderline Personality Disorder: Does Social Support Matter? *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*(3), 284–304. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.573526>
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P., & Personality and Mood Disorders Research Network. (2019). Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations with Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, *35*(2), 177–193. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427
- Fenske, S., Lis, S., Liebke, L., Niedtfeld, I., Kirsch, P., & Mier, D. (2015). Emotion recognition in borderline personality disorder: Effects of emotional information on negative bias. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *2*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0031-z>
- Ferrer, M., Andiön, Ó., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J. A., Prat, M., Corrales, M., & Casas, M. (2017). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *267*(6), 541–549. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0733-2>
- Flannery, A. J., Becker, S. P., & Luebke, A. M. (2016). Does Emotion Dysregulation Mediate the Association Between Sluggish Cognitive Tempo and College

- Students' Social Impairment? *Journal of Attention Disorders*, 20(9), 802–812.
<https://doi.org/10.1177/1087054714527794>
- Franzkowiak, P. (2018). Soziale Unterstützung. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (pp.924-934)*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I110-2.0>
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45(4), 212–216. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.45.4.212>
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18(1), 43–48.
- Geurtzen, N., Keijsers, G. P. J., Karremans, J. C., & Hutchemaekers, G. J. M. (2018). Patients' care dependency in mental health care: Development of a self-report questionnaire and preliminary correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1189–1206. <https://doi.org/10.1002/jclp.22574>
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), 256–263.
<https://doi.org/10.1002/da.20238>
- Gibson, R. L., & Hartshorne, T. S. (1996). Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1087–1093.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00097-X](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00097-X)
- 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.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornoalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: The roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 603–615. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.005>
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42(7), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.05.011>
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey: Association between social support and depression in the general population. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1–2), 111–120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530–539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gunderson, J. G. (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. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hames, J. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2013). Interpersonal Processes in Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 355–377. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185553>
- Hapke, U., Maske, U. E., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R., & Busch, M. A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur

- Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 749–754.
<https://doi.org/10.1007/s00103-013-1690-9>
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260–273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: Results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287–294.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0287>
- Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E. M., Muehlbauer, V., Schuerkens, A., & Sass, H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 44(1), 31–37. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)01444-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)01444-4)
- Hilsenroth, M. J., Menaker, J., Peters, E. J., & Pincus, A. L. (2007). Assessment of borderline pathology using the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales (IIP-C): A comparison of clinical samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5), 365–376. <https://doi.org/10.1002/cpp.549>
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions. *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381–440. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00102-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00102-7)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>

- Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2009). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls: Childhood trauma and adult psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 66–74. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>
- Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., Fischer, G., Resch, F., & Kaess, M. (2016). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 177–192. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_186
- IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassmassi, B., & Wang, C. (2013). Quality of Life in Borderline Personality Disorder: *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 138–150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>
- Izurieta Hidalgo, N. A., Oelkers-Ax, R., Nagy, K., Mancke, F., Bohus, M., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2016). Time course of facial emotion processing in women with borderline personality disorder: An ERP study. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 41(1), 16–26. <https://doi.org/10.1503/jpn.140215>
- Jacob, G. A., Hellstern, K., Ower, N., Pillmann, M., Scheel, C. N., Rüscher, N., & Lieb, K. (2009). Emotional Reactions to Standardized Stimuli in Women With Borderline Personality Disorder: Stronger Negative Affect, But No Differences in Reactivity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 808–815. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181bea44d>

- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, *34*(4), 597–611.
<https://doi.org/10.1017/S0033291703001399>
- Joiner, T. E. (1997). Shyness and low social support as interactive diatheses, with loneliness as mediator: Testing an interpersonal-personality view of vulnerability to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(3), 386–394.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.3.386>
- Kaczmarczyk, M., Wingenfeld, K., Kuehl, L. K., Otte, C., & Hinkelmann, K. (2018). Childhood trauma and diagnosis of major depression: Association with memory and executive function. *Psychiatry Research*, *270*, 880–886.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.071>
- Klauer, T., & Schwarzer, R. (2001). Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, *22*(3), 333–351.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *62*(02), 47–51.
<https://doi.org/10.1055/s-0031-1295495>
- Kroll, L. E., & Lampert, T. (2011). Unemployment, social support and health problems: Results of the GEDA study in Germany, 2009. *Deutsches Arzteblatt International*, *108*(4), 47–52. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0047>
- Kroll, L., & Lampert, T. (2007). Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, *69*(3), 120–127. <https://doi.org/10.1055/s-2007-971052>
- Kuhn, J. A., Arellano, C. M., & Chavez, E. L. (1998). Correlates of sexual assault in Mexican American and white non-Hispanic adolescent males. *Violence and Victims*, *13*(1), 11–20.

- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *39*, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(3), 531–544. <https://doi.org/10.1037/a0016392>
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, *118*(3), 482–495. <https://doi.org/10.1037/a0023477>
- Lazarus, S. A., Southward, M. W., & Cheavens, J. S. (2016). Do borderline personality disorder features and rejection sensitivity predict social network outcomes over time? *Personality and Individual Differences*, *100*, 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.032>
- Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Nowak, J. A., Lynch, T., Rosenthal, M. Z., & Kosson, D. (2003). Examining the inventory of interpersonal problems as a tool for conducting analogue studies of mechanisms underlying Borderline Personality Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(3–4), 313–324. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.11.002>
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., Burg, M. M., Mitchell, P., Jaffe, A. S., & Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology*, *26*(4), 418–427. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.418>
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in

- borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 349–356. <https://doi.org/10.1037/per0000208>
- Liebke, L., Koppe, G., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Defiebre, N., Izurieta Hidalgo, N. A., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2018). Difficulties with being socially accepted: An experimental study in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 670–682. <https://doi.org/10.1037/abn0000373>
- Locke, K. D., Sayegh, L., Penberthy, J. K., Weber, C., Haentjens, K., & Turecki, G. (2017). Interpersonal Circumplex Profiles Of Persistent Depression: Goals, Self-Efficacy, Problems, And Effects Of Group Therapy: Interpersonal Circumplex Profiles of Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 595–611. <https://doi.org/10.1002/jclp.22343>
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 30(6), 665–680. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>
- McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 171–191. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.10.004>
- Meinert, S., Repple, J., Nenadic, I., Krug, A., Jansen, A., Grotegerd, D., Förster, K., Enneking, V., Dohm, K., Schmitt, S., Stein, F., Brosch, K., Meller, T., Redlich, R., Böhnlein, J., Sindermann, L., Goltermann, J., Lehr, E. J., Opel, N., ... Dannlowski, U. (2019). Reduced fractional anisotropy in depressed patients due to childhood maltreatment rather than diagnosis. *Neuropsychopharmacology*, 44(12), 2065–2072. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0472-y>
- Mendez, I., Sintes, A., Pascual, J. C., Puntí, J., Lara, A., Briones-Buixassa, L., Nicolaou, S., Schmidt, C., Romero, S., Fernández, M., Carmona i Farrés, C., Soler, J.,

- Santamarina-Perez, P., & Vega, D. (2022). Borderline personality traits mediate the relationship between low perceived social support and non-suicidal self-injury in a clinical sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *302*, 204–213. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.065>
- Müters, S., Hoebel, J., & Lange, C. (2013). *Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern*. GBE kompakt *4*(2). Berlin: Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.25646/3037>
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Nenov-Matt, T., Barton, B. B., Dewald-Kaufmann, J., Goerigk, S., Rek, S., Zentz, K., Musil, R., Jobst, A., Padberg, F., & Reinhard, M. A. (2020). Loneliness, Social Isolation and Their Difference: A Cross-Diagnostic Study in Persistent Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 608476. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.608476>
- Nicol, K., Pope, M., Sprengelmeyer, R., Young, A. W., & Hall, J. (2013). Social Judgement in Borderline Personality Disorder. *PLoS ONE*, *8*(11), e73440. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073440>
- O'Neill, P., Cycon, A., & Friedman, L. (2019). Seeking social support and postpartum depression: A pilot retrospective study of perceived changes. *Midwifery*, *71*, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.01.003>
- Paris, J. (2002). Implications of Long-term Outcome Research for the Management of Patients with Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *10*(6), 315–323. <https://doi.org/10.1080/10673220216229>
- Pepin, E. N., & Banyard, V. L. (2006). Social Support: A Mediator between Child Maltreatment and Developmental Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(4), 612–625. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9063-4>

- Powers, A., Ressler, K. J., & Bradley, R. G. (2009). The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. *Depression and Anxiety, 26*(1), 46–53. <https://doi.org/10.1002/da.20534>
- Rand, D. G., & Nowak, M. A. (2013). Human cooperation. *Trends in Cognitive Sciences, 17*(8), 413–425. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.06.003>
- Roniger, A., Späth, C., Schweiger, U., & Klein, J. (2015). A Psychometric Evaluation of the German Version of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR16) in Outpatients with Depression. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 83*(12), e17–e22. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110203>
- Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., & Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 19*(10), 944–949.
- Rosenstein, L. K., Ellison, W. D., Walsh, E., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(6), 590–594. <https://doi.org/10.1037/per0000294>
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Ninan, P. T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Keller, M. B. (2003). The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry, 54*(5), 573–583. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01866-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01866-8)
- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Sookman, D., & Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 578–588. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.578>

- Schaich, A., Assmann, N., Köhne, S., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Schweiger, U., Klein, J. P., & Faßbinder, E. (2021). The mediating effect of difficulties in emotion regulation on the association between childhood maltreatment and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1934300. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1934300>
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., & Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, *19*(6), 825–836. <https://doi.org/10.1002/jts.20159>
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, *42*(4), 243–252. <https://doi.org/10.1080/00207590701396641>
- Segrin, C., & Rynes, K. N. (2009). The mediating role of positive relations with others in associations between depressive symptoms, social skills, and perceived stress. *Journal of Research in Personality*, *43*(6), 962–971. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.05.012>
- Shaffer, A., Huston, L., & Egeland, B. (2008). Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *32*(7), 682–692. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.010>
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I., & Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: Specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(5), 1011–1024. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.012>
- Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, *37*(6), 415–425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006>

- Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 275–283. <https://doi.org/10.1002/cpp.705>
- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Yaggi, K. E., Morse, J. Q., & Feske, U. (2009). Interpersonal and Emotional Experiences of Social Interactions in Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(7), 484–491. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181aad2e7>
- Stevens, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A., & Hobfoll, S. E. (2013). Emotion Regulation Difficulties, Low Social Support, and Interpersonal Violence Mediate the Link Between Childhood Abuse and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*, 44(1), 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.09.003>
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.155>
- Struck, N., Krug, A., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., Meller, T., Brosch, K., Dannlowski, U., Nenadić, I., Kircher, T., & Brakemeier, E.-L. (2020). Childhood maltreatment and adult mental disorders – the prevalence of different types of maltreatment and associations with age of onset and severity of symptoms. *Psychiatry Research*, 293, 113398. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113398>
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In *The Oxford handbook of health psychology*. (pp. 189–214). New York, NY: Oxford University Press.
- ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: A study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16(1), 249. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>

- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders, 28*(5), 734–750.
https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Trull, T. J. (2015). Borderline personality disorder: Contemporary approaches to conceptualization and etiology. *Oxford textbook of psychopathology, 3rd ed.* (pp. 768–790). New York, NY: Oxford University Press.
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*(3), 488–531.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>
- Vallati, M., Cunningham, S., Mazurka, R., Stewart, J. G., Larocque, C., Milev, R. V., Bagby, R. M., Kennedy, S. H., & Harkness, K. L. (2020). Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of Abnormal Psychology, 129*(5), 469–479.
<https://doi.org/10.1037/abn0000521>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., ... Murray, C. J. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 380*(9859), 2163–2196.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)
- Vranceanu, A.-M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and

- stress. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 71–84.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.010>
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services*, 42(10), 1015–1021.
<https://doi.org/10.1176/ps.42.10.1015>
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G. F. M., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J. F., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2009). The Importance of Childhood Trauma and Childhood Life Events for Chronicity of Depression in Adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(7), 983–989.
<https://doi.org/10.4088/JCP.08m04521>
- Wills, T. A., & Ainette, M. C. (2012). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Hrsg.), *Handbook of health psychology, 2nd ed.* (pp. 465–492). New York, NY: Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410600073>
- Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H. J., Lammers, C.-H., & Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 347–360.
<https://doi.org/10.1348/014466507X173736>
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva (No. WHO/HSC/PVI/99.1)*.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89–101. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)
- Zielinski, M. J., & Veilleux, J. C. (2014). Examining the relation between borderline personality features and social support: The mediating role of rejection sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 70, 235–238.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.07.005>

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>

7 Anhänge

7.1 Zusatzmaterial

Tabelle 4

Multiple Regressionsanalyse: Assoziation von wahrgenommener sozialer Unterstützung, berichteter Kindesmisshandlung und Diagnose (DD vs. BPS) kontrolliert für Geschlecht, Familienstatus und Alter.

Prädiktor	Korrigiertes R^2	F (df)	SE	B	β	t	p
Konstante	.10	3.45(6)	5.63	55.82		9.91	.000
Geschlecht			3.00	3.80	0.12	1.27	.208
Familienstatus			1.20	0.12	0.01	0.10	.920
Alter			0.10	-0.06	-0.06	-0.65	.517
CTQ-Summenwert			0.06	-0.19	-0.33	-3.28	.001
Diagnose (DD vs. BPS)			6.80	-5.97	-0.22	-0.88	.38
CTQ-Summenwert x Diagnose (DD vs. BPS)			0.12	0.23	0.44	1.98	.049
Konstante	.13	4.78 (6)	5.28	59.50		11.27	.000
Geschlecht			2.79	3.24	0.10	1.16	.25
Familienstatus			1.15	-0.39	-0.03	-0.34	.74
Alter			0.09	-0.09	-0.09	-1.02	.309
Emotionaler Missbrauch			0.22	-0.87	-0.41	-3.98	.000
Diagnose (DD vs. BPS)			5.73	-6.72	-0.25	-1.17	.242
Emotionaler Missbrauch x Diagnose (DD vs. BPS)			0.37	0.96	0.46	2.57	.011

Anmerkungen. Die Tabelle stellt eine Zusammenfassung von zwei verschiedenen Analysen mit den jeweils unterschiedlichen Prädiktoren (CTQ-Gesamtskala und CTQ-Subskala Emotionaler Missbrauch) dar. SE = Standardfehler, CTQ = Childhood Trauma Questionnaire, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei dem Prädiktor „Diagnose“ handelt es sich um eine Dummy-kodierte Variable (BPS = 0, DD=1).

Tabelle 5

Multiple Regressionsanalyse: Assoziation von wahrgenommener sozialer Unterstützung, berichteter Kindesmisshandlung und Diagnose (DD vs. BPS) - Bootstrapping Evaluierung und Bonferroni-Korrektur.

Prädiktor	SE	B	p	Konfidenzintervall von B untere Grenze	Konfidenzintervall von B obere Grenze
Konstante	3.38	57.91	.001	56.67	64.70
CTQ-Summenwert	0.05	-0.15	.001	-0.25	-0.07
Diagnose (DD vs. BPS)	6.07	-9.29	.123	-21.28	7.44
CTQ-Summenwert x Diagnose (DD vs. BPS)	0.10	0.21	.036	-0.28	0.34
Konstante	3.28	60.21	.001 (.005)	53.92	66.39
Emotionaler Missbrauch	0.19	-0.93	.001 (.005)	-01.31	-0.57
Diagnose (DD vs. BPS)	5.32	-9.97	.057 (.287)	-19.69	0.15
Emotionaler Missbrauch x Diagnose (DD vs. BPS)	0.41	1.00	.011 (.056)	0.17	1.78
Konstante	2.36	49.46	.001 (.005)	44.93	54.16
Sexueller Missbrauch	0.18	-0.34	.063 (.315)	-0.68	-0.02
Diagnose (DD vs. BPS)	4.42	0.68	.888 (1.0)	-8.06	6.72
Sexueller Missbrauch x Diagnose (DD vs. BPS)	0.58	0.48	.382 (1.0)	-0.56	2.22
Konstante	2.38	51.25	.001 (.005)	46.76	56.23
Körperlicher Missbrauch	0.21	-0.58	.013 (.065)	-1.04	-0.21
Diagnose (DD vs. BPS)	4.34	-0.31	.934 (1.0)	-8.62	8.54
Körperlicher Missbrauch x Diagnose (DD vs. BPS)	0.50	0.55	.248 (1.0)	-0.61	1.48

Anmerkungen. Die Tabelle stellt eine Zusammenfassung von sechs verschiedenen Analysen mit den jeweils unterschiedlichen Prädiktoren (CTQ-Gesamtskala und den fünf CTQ-Subskalen) dar. CTQ = Childhood Trauma Questionnaire, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei dem Prädiktor „Diagnose“ handelt es sich um eine Dummy-kodierte Variable (BPS = 0, DD=1). Konfidenzintervalle und Standardfehler wurden durch BCa Bootstrapping mit 1000 BCa-Stichproben berechnet. Signifikante Koeffizienten nach Bonferroni-Korrektur und Bootstrapping Evaluierung sind fett gedruckt dargestellt. P-Werte nach Bonferroni-Korrektur werden in Klammern dargestellt.

Tabelle 6 (Fortsetzung)

Multiple Regressionsanalyse: Assoziation von wahrgenommener sozialer Unterstützung, berichteter Kindesmisshandlung und Diagnose (DD vs. BPS) - Bootstrapping Evaluierung und Bonferroni-Korrektur.

Prädiktor	SE	B	p	Konfidenzintervall von B untere Grenze	Konfidenzintervall von B obere Grenze
Konstante	2.99	62.38	.001 (.005)	55.99	68.07
Emotionale Vernachlässigung	0.19	-1.05	.001 (.005)	-1.44	-0.66
Diagnose (DD vs. BPS)	5.14	-4.18	.406 (1.0)	-14.63	6.81
Emotionale Vernachlässigung x Diagnose (DD vs. BPS)	0.37	0.54	.161 (.805)	-0.22	1.27
Konstante	3.15	55.46	.001 (.005)	48.99	61.88
Körperliche Vernachlässigung	0.28	-0.96	.004 (.02)	-1.44	-0.49
Diagnose (DD vs. BPS)	5.61	-2.27	.671 (1.0)	-12.67	10.67
Körperliche Vernachlässigung x Diagnose (DD vs. BPS)	0.65	0.66	.271 (1.0)	-0.81	1.64

Anmerkungen. Die Tabelle stellt eine Zusammenfassung von sechs verschiedenen Analysen mit den jeweils unterschiedlichen Prädiktoren (CTQ-Gesamtskala und den fünf CTQ-Subskalen) dar. CTQ = Childhood Trauma Questionnaire, DD = Depressive Störung, BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei dem Prädiktor „Diagnose“ handelt es sich um eine Dummy-kodierte Variable (BPS = 0, DD=1). Konfidenzintervalle und Standardfehler wurden durch BCa Bootstrapping mit 1000 BCa-Stichproben berechnet. Signifikante Koeffizienten nach Bonferroni-Korrektur und Bootstrapping Evaluierung sind fett gedruckt dargestellt. P-Werte nach Bonferroni-Korrektur werden in Klammern dargestellt.

7.2 Voten der Ethikkommission



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Dr. med. Klein
Zentrum für Integrative Psychiatrie

im Hause

nachrichtlich:
Herrn Prof. Dr. med. Hohagen
Direktor des Zentrum für Integrative Psychiatrie

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 17-049

Datum: 09. März 2017

Sitzung der Ethik-Kommission am 02. März 2017

Antragsteller: Herr Dr. Klein

Titel: Die deutsche Version des Care Dependency Questionnaire (Fragebogen zur Erfassung der Abhängigkeit des Patienten zum Therapeuten): Psychometrische Validierung und Erfassung der Veränderung der Abhängigkeit vom Therapeuten im Laufe der Behandlung zur Untersuchung von Zusammenhängen mit der gewählten Therapiemethode und dem Symptomverlauf

Sehr geehrter Herr Dr. Klein,
der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat nach der Berücksichtigung folgender **Hinweise** keine Bedenken: Es ist genauer über die zeitliche Belastung durch die Bearbeitung der umfangreichen Fragebogenbatterie aufzuklären. Es ist aufzuklären, ob und falls ja wie Test-Ergebnisse rückgemeldet werden.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.

Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de). Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

Herr Prof. Dr. Katalinic (Soz.med. u. Epidemiologie, Vorsitzender)
 Hr. Prof. Dr. Gieseler (Medizinische Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
Hr. PD Dr. Bausch (Chirurgie)
Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte u. Wissenschaftsforschung)
 Fr. Farries (Amtsgericht Eutin)
Fr. PD Dr. Jauch-Chara (Psychiatrie)
Hr. PD Dr. Lauten (Kinder- u. Jugendmedizin)

Frau Martini (Caritas)
 Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)
 Hr. Prof. Dr. Raasch (Pharmakologie)
 Hr. Prof. Dr. Rehmman-Sutter (MGWF)
 Hr. Schneider (Landgericht Lübeck)
 Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)
 Hr. Dr. Vonthein (Med. Biometrie u. Statistik)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
Dr. med. Klein
Zentrum für Integrative Psychiatrie

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Geschäftsstelle:
Dr. phil. A. Hüppe
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 17-271
Datum: 28. September 2017

Sitzung der Ethik-Kommission am 07. September 2017

Antragsteller: Herr Dr. Klein

Titel: Untersuchung der Abhängigkeit des Patienten von dem Therapeuten und deren Zusammenhang mit Symptomenverlauf im Rahmen einer störungsspezifischen DBT-Behandlung (Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung)

Hier: Nachreichung Fragebögen

Sehr geehrter Herr Dr. Klein,

die Kommission nimmt die vorgelegten Fragebögen zustimmend zur Kenntnis und äußert keine Bedenken gegenüber der Durchführung der Studie.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.

Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen. Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Stellv. Vorsitzender

Herr Prof. Dr. Katalinic (Soz.med. u. Epidemiologie, Vorsitzender)
 Hr. Prof. Dr. Gieseler (Medizinische Klinik I, Stellv. Vorsitzender)
 Hr. Prof. Habermann (Chirurgie, Biobank)
Hr. PD Dr. Bausch (Chirurgie)
Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte u. Wissenschaftsforschung)
 Fr. Farries (Amtsgericht Eutin)
 Fr. PD Dr. Jauch-Chara (Psychiatrie)
Hr. Prof. Dr. Lauten (Kinder- u. Jugendmedizin)

Frau Martini (Caritas)
Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)
Herr Prof. Obleser (Psychologie)
 Hr. Prof. Dr. Raasch (Pharmakologie)
Hr. Prof. Dr. Rehmann-Sutter (MGWF)
Hr. Schneider (Landgericht Lübeck)
Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)
 Hr. Dr. Vonthein (Med. Biometrie u. Statistik)



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn
PD Dr. med. Philipp Klein
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

im Hause

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler

Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024
ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 17-049

Datum: 25. Januar 2018

**Die deutsche Version des Care Dependency Questionnaire (Fragebogen zur Erfassung der Abhängigkeit des Patienten zum Therapeuten): Psychometrische Validierung und Erfassung der Veränderung der Abhängigkeit vom Therapeuten im Laufe der Behandlung zur Untersuchung von Zusammenhängen mit der gewählten Therapiemethode und dem Symptomverlauf
Ihr Schreiben vom 23. Januar 2018**

Sehr geehrter Herr Dr. Klein,

die Ethik-Kommission bewertet die Studierenerweiterung um eine Nachbefragung zustimmend.

Folgende Unterlagen lagen vor:

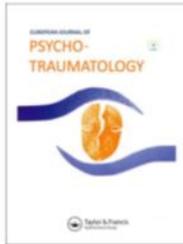
- Probandeninformation und Einwilligung
- Übersicht Messinstrumente
- Zeitplan Nachbefragung.

Es handelt sich um eine Einwilligung, das Wort „Einverständnis“ ist nicht korrekt. Hier muss es eine Anpassung geben.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

7.3 Veröffentlichung



European Journal of Psychotraumatology



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/zept20>

Differential effect of childhood emotional abuse on present social support in borderline disorder and depression: a cross-sectional study

Ulrike Grave, Sarah Glanert, Kristina Borchfeld, Janne Outzen, Ulrich Schweiger, Eva Faßbinder & Jan Philipp Klein

To cite this article: Ulrike Grave, Sarah Glanert, Kristina Borchfeld, Janne Outzen, Ulrich Schweiger, Eva Faßbinder & Jan Philipp Klein (2021) Differential effect of childhood emotional abuse on present social support in borderline disorder and depression: a cross-sectional study, *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1, 1968612, DOI: [10.1080/20008198.2021.1968612](https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1968612)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1968612>



© 2021 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group.



[View supplementary material](#)



Published online: 05 Oct 2021.



[Submit your article to this journal](#)



Article views: 328



[View related articles](#)



[View Crossmark data](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=zept20>

8 Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie PD Dr. med. Jan Philipp Klein für das Thema dieser Arbeit sowie die hervorragende Unterstützung und Zusammenarbeit. Ich bin sehr dankbar für die hilfreiche und unterstützende Betreuung und die vielen neuen Erfahrungen, die ich in diesem Rahmen machen durfte.

Ein besonderer Dank gilt Sarah Glanert und Kristina Borchfeld, auf deren exzellenter Arbeit in der Hauptstudie ich mit der Konzeption und Durchführung der fünfjährigen Nacherhebung aufbauen durfte. Ebenso möchte ich mich herzlich bei den Ko-Autorinnen und Ko-Autoren der gemeinsamen Veröffentlichungen für die tolle Unterstützung bedanken.

Ich danke meiner Familie und meinen Freunden für ihre liebevolle Unterstützung, ihre offenen Ohren und ermutigenden Worte zu jeder Zeit.

