

Das Kognitive Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Eine Untersuchung zur Reliabilität und Validität

Diana Braakmann¹, Alexis Philipp², Omar Gelo¹, Sylvia Beisel³,
Michael Hüppe⁴, Valerija Sipos² und Ulrich Schweiger²

¹Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Abteilung Doktorat der Psychotherapiewissenschaft

²Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

³Salus Klinik Lindow

⁴Universität zu Lübeck, Klinik für Anästhesie

Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund: Das Kognitive Inventar der Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB) wurde zur Messung von störungstypischen Überzeugungen sowie assoziierten behavioralen und emotionalen Symptomen entwickelt. **Fragestellung:** Die psychometrischen Kennwerte des KIB wurden untersucht und ergänzen die Erkenntnisse einer Pilotstudie. **Methode:** Die Reliabilität, die faktorielle, konvergente, divergente und differenzielle Validität sowie die Änderungssensitivität wurden anhand von zwei klinischen (Borderline-Persönlichkeitsstörung und Achse I-Störungen; $n = 150$) und einer nicht-klinischen Stichprobe ($n = 70$) untersucht. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen eine hohe Reliabilität, eine hohe konvergente Validität und eine zufriedenstellende divergente Validität. Die differenzielle Validität ist als gut und die Änderungssensitivität als zufriedenstellend zu bewerten. **Schlussfolgerungen:** Das KIB ermöglicht eine reliable und valide Erfassung störungstypischer Regeln und Einstellungen bei BPS. Seine Besonderheit liegt in der Berücksichtigung subjektiver Funktionen selbstschädigender Verhaltensweisen.

Schlüsselwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Störungstypische Überzeugungen, Selbstbeurteilungsinstrumente

The Cognitive Inventory for Borderline Personality Disorder (KIB). An investigation of its reliability and validity

Abstract. Background: The Cognitive Inventory for Borderline Personality Disorder (KIB) was developed by clinical and scientific experts for measuring typical beliefs and associated behavioral and emotional symptoms. **Objective:** The psychometric characteristics of the KIB were investigated to confirm the results of a pilot study. **Methods:** The reliability, convergent and divergent validity, differential validity, and the sensitivity to change were assessed in two clinical (borderline personality disorder and axis I disorders; $n = 150$) samples and a nonclinical sample ($n = 70$). **Results:** Results indicate a high reliability and a high convergent validity, satisfactory divergent validity, good differential validity, and a satisfactory sensitivity to change. **Conclusions:** The KIB allows a reliable and valid measurement of beliefs and rules in patients suffering from BPD. Its main distinguishing feature is its focus on subjective functions of self-harming behavior.

Key words: borderline personality disorder, dysfunctional beliefs, selfrating

Psychotherapeuten und Psychiater werden im Rahmen der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) regelmäßig mit den störungstypischen Überzeugungen und Regeln konfrontiert, die mit der Diagnose einhergehen. Überdauernde negative Grundannahmen, emotionale Instabilität und impulsive Verhaltensweisen verstärken sich gegenseitig und tragen so wesentlich zur Auf-

rechterhaltung der komplexen Symptomatik der BPS bei (Renneberg, 2007). Zudem besteht ein Zusammenhang der Ausprägung negativer Grundannahmen mit Suizidversuchen bei jungen Betroffenen mit diesem Störungsbild (Renneberg et al., 2003). In kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen spielen die störungsspezifischen Einstellungen eine zentrale Rolle, wobei die eingesetzten Strategien von der direkten Veränderung der Kognitionen (Beck, Freeman et al., 1999) über einen neuen metakognitiven Umgang (Arntz, van Genderen & Schweiger, 2010; Wells, 2009) bis hin zur Erarbeitung von Widersprüchen zwischen den Inhalten der Kognitionen reichen (Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT); Linehan, 1996).

Die Autoren danken den Teams der Stationen 3, 4, und 7 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck für die Unterstützung bei der konsekutiven Aufnahme der Probanden in die Stichprobe.

Die Exploration und Erfassung störungstypischer Einstellungen stellt somit einen wichtigen Schritt in der individuellen Therapieplanung der Borderline-Persönlichkeitsstörung dar und leistet auch im Forschungskontext einen wesentlichen Beitrag zum besseren Verständnis dieser tiefgreifenden Störung.

Es liegen bereits seit den 90er Jahren Inventare zur Erfassung von BPS-typischen Symptomen vor, die sich jedoch mit Einstellungen der Betroffenen nur am Rande beschäftigen. So umfasst das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI; Leichsenring, 1997) die Skalen „Entfremdungserlebnisse und Identitäts-Diffusion“, „Primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen“, „Mangelhafte Realitätsprüfung“ und „Angst vor Nähe“. Die Borderline-Symptom-Liste (BSL; Bohus et al., 2007) erfragt die Konstrukte Selbstbild, Affektregulation, Autoaggression, Dysthymie, soziale Isolation, Intrusionen und Feindseligkeit. Beide Instrumente nehmen indirekt Bezug auf Grundannahmen von Patienten mit einer BPS, erfragen diese jedoch nicht direkt.

In den letzten Jahren haben die Arbeiten zur Erfassung der störungsspezifischen Kognitionen bei Patienten mit einer BPS vor dem Hintergrund ihrer Relevanz für Diagnostik und Therapie deutlich zugenommen. Der Personality Disorder Questionnaire (PBQ; Butler, Brown, Beck & Grisham, 2002) und der Personality Disorder Belief Questionnaire (PDBQ; Arntz et al., 2004) verfügen über Subskalen zur Messung Borderline-typischer Kognitionen, wobei die behaviorale Ebene unberücksichtigt bleibt. Die Items des PDBQ werden von Arntz und Mitarbeitern (2004) in Beziehung zu Youngs Schema-Modi des „verlassenen Kindes“ und der „strafenden Eltern“ (McGinn & Young, 1996) gesetzt.

Zusätzlich liegt im deutschsprachigen Raum der Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen (FGG; Renneberg & Seehausen, 2010; Renneberg et al., 2005) vor, der auf kognitiven Ansätzen sowie dem biosozialen Modell der BPS (Linehan, 1996) basiert und sowohl kognitive als auch behaviorale Aspekte des Störungsbildes einbezieht. Es existieren eine Kurz- (FGG-14) und eine Langversion (FGG-37), die als Screening-Instrumente konzipiert sind. Der FGG-37 ermöglicht auch die Berechnung eines Index widerspruchsvollen Denkens (IWD), mit dem das Ausmaß sich widersprechender handlungsleitender Kognitionen erfasst wird.

Unabhängig von den bisher genannten Instrumenten wurde das Kognitive Inventar der Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB; Beisel & Schweiger, 1998) entwickelt, das in seinem Wesen eher dem FGG verwandt ist, da es neben den für die BPS spezifischen Kognitionen auch assoziierte behaviorale und emotionale Aspekte berücksichtigt. Eine Besonderheit des KIB liegt darin, dass es auch die subjektiv erlebte Funktion von selbstschädigenden Verhaltensweisen (z. B. Risikoverhalten, Selbstverletzungen und Suizidgedanken) abdeckt. Somit stellen FGG und KIB in ihrem Kern und der Konzeption sehr verwandte Instrumente da, die sich vor dem Hintergrund ihrer Spe-

zifika, z. B. der Erfassung widersprüchliches Denkens (FGG) und der subjektiv erlebten Funktionen des Verhaltens (KIB), in der Betrachtung des komplexen Gesamtbildes der BPS ergänzen.

Die Entwicklung des Kognitiven Inventars für Borderline-Persönlichkeitsstörung (KIB)

Die Entwicklung des KIB (Beisel & Schweiger, 1998) erfolgte auf der Basis kognitiver Theorien der Persönlichkeitsstörungen (Beck, Freeman et al., 1999) sowie den von Young (1990) konzipierten typischen Schemata bei Persönlichkeitsstörungen. Klinische und wissenschaftliche Experten für die Diagnostik und Therapie der BPS formulierten nach rationalen Kriterien ohne Vorgabe von Dimensionen störungstypische überdauernde Regeln und Grundannahmen, die insbesondere in der Psychotherapie mit Borderline-Patienten erarbeitet worden waren. Hierbei wurden auch enge Zusammenhänge mit behavioralen und emotionalen Aspekten des Störungsbildes berücksichtigt. Es wurden 36 Items mit einem 5-stufigen Antwortformat (0 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 4 „stimme vollkommen zu“) in die Skala aufgenommen. Die Auswertung sieht die Bildung des arithmetischen Mittels der Item-Antworten vor.

Die Pilotstudie wurde in einer Stichprobe von $N = 322$ Patienten einer psychosomatischen Klinik mit gemischten Achse-I-Diagnosen nach DSM-IV (Essstörungen, Angststörungen, Somatoforme Störungen) durchgeführt. Persönlichkeitsstörungen wurden bei $n = 60$ Patienten entsprechend den DSM-IV-Kriterien (APA, 1994) diagnostiziert (davon $n = 21$ BPS). Die Itemanalyse ergab einen günstigen Streuungsbereich der Itemschwierigkeiten ($p = .43-.80$) und Itemtrennschärfen im wünschenswerten mittleren Bereich ($r = .32$ und $.64$), so dass aufgrund der Itemanalyse keine Items entfernt werden mussten (z. B. Bortz & Döring, 1995). Eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation (7 Faktoren mit 57 % Varianzaufklärung) wurde für die induktive Bildung der folgenden Subskalen genutzt: 1. Suizidalität und Selbstverletzung, 2. Misstrauen und negative Sicht der Welt und des Selbst, 3. Instabilität im Selbstbild, Verhalten und Affekt, 4. Verlassen werden verhindern, 5. Impulsivität in selbstschädigenden Bereichen, 6. Dichotomes Denken, 7. Wut.

Unabhängig von der Dimensionszugehörigkeit beschäftigen sich sieben Items mit den subjektiven Funktionen selbstschädigenden Verhaltens (z. B. Item 3: „Wenn ich mich traurig oder unausgeglichen fühle, hilft es, mich in gefährliche Situationen zu begeben (z. B. schnelles Autofahren)“). Ein Abdruck des Fragebogens findet sich im Anhang (subjektive Funktionen: Items 3, 7, 8, 11, 26, 27, 30, 33, 35).

Der Pilot-Studie zufolge ist die interne Konsistenz für den Gesamtwert als sehr gut anzusehen (Cronbachs

$\alpha = .93$) und für die Subskalen zufriedenstellend ($\alpha = .60-.85$). Die konvergente Validität ($n = 103$) zeigt sich im Zusammenhang ($r = .68$) mit dem dimensionalen Wert des Strukturierten Klinischen Interviews für die Achse II des DSM-IV (SKID-II; Wittchen et al., 1997). Der Vergleich einer Subgruppe BPS ($n = 21$) mit Cluster C-Persönlichkeitsstörungen ($n = 23$) ergibt signifikant höhere Werte für die BPS-Gruppe im Gesamtwert ($p < .01$) und den Subskalen 1, 3, 5 und 7 ($p < .01$). Einschränkend sind jedoch die geringe Substichprobengröße und die Komorbidität der BPS-Gruppe mit weiteren Persönlichkeitsstörungen sowie das Fehlen einer gesunden Kontrollgruppe anzumerken, so dass die Ergebnisse als vorläufig zu betrachten sind.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist eine umfassende Untersuchung der Reliabilitäts- und Validitätskennwerte des KIB, wobei die innere Konsistenz, die faktorielle Validität, die konvergente und divergente Validität, die differenzielle Validität und erstmalig ergänzend die Änderungssensitivität berücksichtigt werden.

Methode

Design und Ablauf der Untersuchung

Nach einem positiven Votum der lokalen Ethikkommission und einer schriftlichen Einwilligungserklärung wurden konsekutiv $N = 220$ Probanden, unterteilt in die Gruppen BPS, gemischte Achse-I-Störungen (GPS) und Kontrollgruppe (KG), in die Studie aufgenommen. Die Patienten der klinischen Gruppen befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck. Die Kontrollprobanden waren Studierende der Medizin derselben Institution. Die Untersuchung erfolgte im Zeitraum von Mai 2004 bis Oktober 2006.

Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden Probanden im Alter zwischen 18 und 60 Jahren in die Studie aufgenommen. Einschlusskriterium für die BPS-Gruppe war die Diagnose nach DSM-IV (APA, 1994), für die GPS-Gruppe die Diagnose einer oder mehrerer Achse-I Störungen (Ausschluss BPS-Diagnose). Ausschlusskriterien für beide klinische Untersuchungsgruppen waren Minderbegabung, demenzielle Erkrankungen, akute psychotische Störungen oder akute Intoxikationen.

In die Kontrollgruppe wurden Personen ohne psychische Störungen in der bisherigen Lebenszeit aufgenommen. Zur Ermittlung der Hauptdiagnosen und Komorbiditäten sowie zum Ausschluss psychischer Störungen in der Kontrollgruppe wurden die Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV für psychische Störungen der Achse I (SKID I; Wittchen et al., 1997) und für Persönlichkeitsstörungen der Achse II (SKID-II; Wittchen, Zaudig et al., 1997) von zwei umfassend trainierten Psychologinnen in psychotherapeutischer Weiterbildung durchgeführt.

Stichprobe

Die Gesamtstichprobe besteht aus den Subgruppen BPS ($n = 124$), GPS ($n = 26$) und gesunden Kontrollprobanden (KG; $n = 70$). Die Hauptdiagnosen in der GPS-Gruppe waren unipolare depressive Störungen (8 Patienten), Angststörungen (7 Patienten), somatoforme Störungen (4 Patienten) und Störungen durch psychotrope Substanzen (7 Patienten).

Es wurden insgesamt 180 Frauen (81,8%) und 40 Männer (18,2%) rekrutiert. Der Altersdurchschnitt liegt bei $M_{\text{ges}} = 29,69$ ($Min = 18$; $Max = 63$, $SD = 9,51$). 50% der untersuchten Personen haben das (Fach-)Abitur abgeschlossen, 27,8% verfügen über einen Realschulabschluss, 17,2% über einen Hauptschulabschluss (qualifiziert und nicht qualifiziert zusammengefasst), 10% haben keinen Schulabschluss erreicht. 11,8% verfügen über ein abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium, 37,3% haben eine Ausbildung und 0,5% eine Meisterschule absolviert. 5,9% der Untersuchten sind angelernte Angestellte, und 44,1% haben keine Berufsausbildung abgeschlossen.

Messverfahren

Neben dem KIB wurden in der BPS-Gruppe zusätzliche Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erhebung weiterer psychopathologischer Parameter zum selben Messzeitpunkt eingesetzt. Bei einem Teil der Probanden der Gruppe BPS ($n = 52$) wurden zur Untersuchung der Änderungssensitivität Messwiederholungen mit dem KIB nach Abschluss einer dreimonatigen stationären Therapie durchgeführt, in einem Teil der Kontrollgruppe ($n = 23$) nach einem Standardzeitraum von drei Monaten ohne Intervention.

Borderline-Symptom-Liste (BSL; Bohus et al., 2001)

Die BSL wurde als Selbstbeurteilungsinstrument zur Quantifizierung Borderline-spezifischer Symptomatik entwickelt. Die 95 Items werden auf einer 5-stufigen Skala bezüglich der vergangenen Woche beantwortet und den sieben Dimensionen „Selbstwahrnehmung“, „Affektregulation“, „Autoaggression“, „Dysphorie“ und „soziale Isolation“, „Intrusionen“ und „Feindseligkeit“ zugeordnet. Die Reliabilität des Gesamtwertes sowie der Subskalen ist als hoch einzuschätzen ($\alpha = .75$ bis $\alpha = .97$). Zudem weist die BSL eine gute differenzielle Validität im Sinne einer Unterscheidung zwischen diagnostischen Gruppen sowie eine gute Änderungssensitivität auf (Bohus et al., 2007). Die BSL wird zur Überprüfung der konvergenten Validität eingesetzt.

Dissoziations-Spannungs-Skala-7 Tage (DSS-7 Tage; Stiglmayr et al., 2010)

Die DSS-7 Tage ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erhebung der Konstrukte Dissoziation und aversiv erlebte

innere Spannung in den vergangenen sieben Tagen. Sie besteht aus 22 Items aus den Bereichen Derealisation, Depersonalisation, Amnesie, absorptiv-imaginative Erlebensweisen, Veränderungen der Schmerzwahrnehmung, Motorikkontrolle, Veränderungen der Optik, Akustik und Sprachgenerierung sowie aversive Spannung. Sie verfügt über eine hohe Reliabilität (Cronbachs $\alpha = .92$) sowie eine hohe konvergente, divergente und differenzielle Validität. Sie hat sich als änderungssensitiv erwiesen (Stiglmayr et al., 2010). Die DSS wird zur Überprüfung der konvergenten Validität in der Annahme eingesetzt, dass auf die mit dysfunktionale Überzeugungen einher gehende Belastung mit Dissoziation reagiert wird.

Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS; Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999)

Der FDS stellt die deutschsprachige Version der Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986) dar. In Form einer Selbstbeurteilung erfassen 44 Items dissoziative Phänomene auf einer 10-stufigen Skala und werden den Subskalen „Amnesie“, „Absorption“, „Derealisation“ und „Konversion“ zugeordnet. Auf die Angabe eines Zeitfensters wird verzichtet. Der Gesamtwert verfügt über eine hohe (Cronbachs $\alpha = .93$) und die Subskalen über eine zufriedenstellende interne Konsistenz ($\alpha = .77-.81$). Es liegen Belege für eine diskriminative Validität des FDS im Sinne der Unterscheidung zwischen unterschiedlichen klinischen Gruppen vor (Freyberger et al., 1999). Der FDS wird ebenfalls zur Überprüfung der konvergenten Validität eingesetzt, der hier aufgrund des Verzichts auf ein Zeitfenster mit einem stärkeren Fokus auf dissoziative Bewältigung als mögliches Traitmerkmal eingesetzt wird.

Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R; Franke, 1995)

Die SCL-90-R stellt eines der verbreitetsten Instrumente der Psychotherapieforschung dar und misst störungsübergreifend die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der letzten sieben Tage. Die 90 Items werden auf einer 5-stufigen Skala beantwortet und neun klinischen Skalen zugeordnet. Die interne Konsistenz des Gesamtwertes (General Symptom Severity, *GSI*) kann als sehr gut bewertet werden (Cronbachs $\alpha = .96$), und die Skala hat sich als änderungssensitives Instrument für allgemeine Symptombelastung erwiesen (Franke, 1995). Die SCL-90-R wird zur Überprüfung der divergenten Validität eingesetzt mit dem Ziel, störungsspezifische Überzeugungen von Phänomenen allgemeiner Psychopathologie abzugrenzen.

Auswertung

Zur Überprüfung der Merkmalsverteilungen kamen bei Mittelwertvergleichen *t*-Tests zum Einsatz. Die Überprüfung der Dimensionalität erfolgte mittels einer Hauptkomponentenanalyse und einer anschließenden konfirmatorischen Faktorenanalyse unter Vorgabe einer 7-faktoriellen

Lösung mit Varimax-Rotation. Berechnungen für Daten, die mithilfe von Selbstbeurteilungsinstrumenten erhoben wurden, erfolgten durch den Einsatz korrelativer sowie varianzanalytischer Verfahren. War bei Stichprobenvergleichen die Varianzhomogenität nicht gegeben, wurden die Ergebnisse zusätzlich anhand nonparametrischer Verfahren auf deren Gültigkeit überprüft. Zur Durchführung von Mittelwertvergleichen abhängiger Stichproben kamen *t*-Tests für abhängige Stichproben zum Einsatz.

Das Signifikanzniveau lag für alle Berechnungen bei 5 %. Lag den Berechnungen aufgrund vorliegender Ergebnisse anderer Studien gerichtete Hypothesen zugrunde, wurden diese einseitig, sonst zweiseitig, durchgeführt. Bei Einzelvergleichen wurde grundsätzlich eine Alpha-Korrektur nach Bonferroni durchgeführt.

Ergebnisse

Überprüfung möglicher Störvariablen

Es wurden signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen hinsichtlich des Alters ($F[2; 220] = 27,94, p = .000$) und der Schulbildung ($\chi^2[2] = 85,83, p = .000$) festgestellt. Diese bestehen in der Form, dass die Kontrollgruppe die jüngste Subgruppe darstellt, gefolgt von der Gruppe BPS und der Gruppe GPS.

Hinsichtlich der Schulbildung erreichen die Patienten mit einer BPS das niedrigste Niveau, gefolgt von Gruppe GPS und der Kontrollgruppe mit den vergleichsweise höchsten Schulabschlüssen. Da sich jedoch keine signifikanten korrelativen Zusammenhänge zwischen den Variablen Alter und Schulbildung mit den Testwerten ergeben, ist ihre Berücksichtigung im Sinne von Störvariablen nicht erforderlich.

Die Berechnungen zur Reliabilität und faktoriellen Validität wurden für die Gesamtstichprobe ($N = 220$) durchgeführt. Die konvergente und divergente Validität wurden für die Hauptuntersuchungsgruppe BPS überprüft. Die Untersuchung der differenziellen Validität fand unter Einbezug aller Subgruppen statt, und die Überprüfung der Änderungssensitivität erfolgte getrennt für die Gruppen BPS und KG.

Reliabilität

Die Werte der inneren Konsistenz des KIB liegt in der Gesamtstichprobe ($N = 220$) mit Cronbachs $\alpha = .97$ und dem Split-Half-Koeffizienten nach Guttman $r = .96$ im sehr hohen Bereich.

Validität

Faktorielle Validität

Eine Hauptkomponentenanalyse zur Überprüfung der Dimensionalität des KIB in der Gesamtstichprobe ($N = 220$)

ergibt eine Lösung mit sieben Faktoren, die entsprechend dem Kaiser-Guttman-Kriterium einen Eigenwert > 1 aufweisen. Sie klären insgesamt 76,0% der Varianz auf, wobei der Anteil des ersten Faktors bei 51,5% liegt (Eigenwertverlauf: 18,53-1,98-1,66-1,54-1,45-1,14-1,06). Die Höhe der Ladungen auf dem ersten unrotierten Faktor liegt zwischen .45 und .86. Der aus der anschließenden Varimax-Rotation stammenden Komponentenmatrix zufolge verfügen weiterhin 20 der 36 Items über Ladungen $\geq .36$ auf dem ersten rotierten Faktor. Die restliche Ladungsstruktur weist lediglich vier Items (Items 1, 3, 17, 20) auf, die ausschließlich auf einem Faktor laden. Eine inhaltliche Interpretation im Sinne der zuvor gebildeten Dimensionen oder einer alternativen Struktur erscheint wenig plausibel, so dass das dies als Hinweis für die Eindimensionalität des KIB gewertet wird.

Konvergente Validität

Die Ergebnisse zur konvergenten Validität ergeben Korrelationen mittleren Ausmaßes mit den Werten der DSS-7 Tage, der BSL und des FDS zwischen $r = .40$ und $r = .67$. Die Berechnungen wurden für die Hauptuntersuchungs-

gruppe BPS durchgeführt und sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Divergente Validität

Die Berechnungen zur divergenten Validität ergeben Korrelationen der KIB-Werte mit den Subskalen und dem GSI der SCL-90-R zwischen $r = .27$ (Skala „Somatisierung“) und $r = .64$ (Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“). Die Analyse wurde für die Hauptuntersuchungsgruppe BPS durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Differenzielle Validität

Der Vergleich der Gesamt-Scores für die Gruppenzugehörigkeit ergibt signifikante Unterschiede sowohl für die einfaktorielle Varianzanalyse in der Gesamtstichprobe ($F[2; 220] = 193,42, p = .000$) als auch für alle Post-Hoc-Mehrfachvergleiche. Die Skala unterscheidet sowohl klinische Gruppen von der gesunden Kontrollstichprobe als auch die klinischen Gruppen BPS und GPS voneinander. Die Ergebnisse der Einzelvergleiche sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Änderungssensitivität

In der Teilstichprobe der Gruppe BPS ($n = 52$) ergibt sich ein signifikanter Unterschied für die KIB-Gesamtwerte zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt ($t_{KIB}[51] = 4.42, p = .000$). In der Teilstichprobe der KG ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Messzeitpunkten ($t_{KIB}[22] = 1.26, p = .221$). Die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Effektstärken sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 1. Konvergente Validität: KIB mit DSS-7 Tage, FDS und BSL ($n = 124$)

DSS-7 Tage	FDS	BSL
r	r	r
.50**	.40**	.67**

Anmerkung: ** Die Korrelation ist auf dem α -Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Tabelle 2. Divergente Validität: Korrelationen (r) von KIB mit GSI und Subskalen des SCL-90-R ($n = 124$)

Som	Zwa	Uns	Depr	Äng	Agg	Pho	Par	Psy	GSI
.27*	.49**	.64**	.57**	.40**	.44**	.59**	.50**	.63**	.58**

Anmerkungen: * Die Korrelation ist auf dem α -Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant. ** Die Korrelation ist auf dem α -Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant. Som = Somatisierung, Zwa = Zwanghaftigkeit, Uns = Unsicherheit, Depr = Depressivität, Äng = Ängstlichkeit, Agg = Aggressivität, Pho = Phobische Angst, Par = Paranoides Denken, Psy = Psychotizismus, GSI = General Symptom Severity.

Tabelle 3. Post-hoc-Mehrfachvergleiche der KIB-Werte in den Subgruppen BPS und KG

	M	SD	Einzelvergleiche	ES
BPS	3.28	0.71	GPS*, KG*	BPS vs. GPS = 1.34
GPS	2.33	0.82	BPS*, KG*	GPS vs. KG = 1.13
KG	1.40	0.40	BPS*, GPS*	BPS vs. KG = 2.65

Anmerkungen: Konventionen für Effektstärken (ES): klein = 0.20, mittel = 0.50, groß = 0.80.* Die Veränderung ist auf dem α -Niveau von 0,05 signifikant.

Tabelle 4. Änderungssensitivität des KIB (*t*-Tests für verbundene Stichproben) in den Gruppen BPS und KG

KIB	$M_{\text{Prä}}$	$SD_{\text{Prä}}$	M_{Post}	SD_{Post}	t	df	P (ES)
BPS ($n = 52$)	3.39	.63	3.09	.64	4.42	51	.000** (0.47)
KG ($n = 23$)	1.39	.39	1.32	.34	1.26	22	.221 (0.21)

Anmerkung: ** Die Veränderung ist auf dem α -Niveau von 0,01 signifikant.

Diskussion

Die Kennwerte der Reliabilität und Validität des KIB sind insgesamt als gut zu bewerten. Die Reliabilitätsparameter können als sehr gut bewertet werden, so dass von einer hohen Messgenauigkeit auszugehen ist.

Auch wenn die Hauptkomponentenanalyse eine Extraktion von sieben Faktoren ergibt, wird in der rotierten Lösung deutlich, dass diese sich nicht im Sinne der sieben Dimensionen (Pilotstudie) interpretieren lassen. Vielmehr bestehen deutliche Hinweise auf eine eindimensionale Struktur, da durch den ersten rotierten Faktor mehr als 50 % der Varianz aufgeklärt werden und alle Items substantiell auf diesem Faktor laden. Es erscheint auch keine andere inhaltliche Interpretation der Einzelfaktoren, die aus der konfirmatorischen Faktorenanalyse hervorgehen, plausibel.

Die hohen Item-Interkorrelationen sprechen für einen hohen prädiktiven Wert einzelner kognitiver Symptome für das Gesamtkonstrukt BPS. Zudem entspricht dieses Ergebnis klinischen Erfahrungen, denen zufolge die Diagnose sehr homogen und stabil ist. Die ausgeprägte Homogenität des kognitiven Faktors der BPS steht nicht im Widerspruch zu Ergebnissen von Sanislow und Mitarbeitern (2002b), die zeigen konnten, dass sich die Diagnose der BPS über einen Zeitraum von zwei Jahren stabil als dreifaktorielles Konstrukt abbilden lässt. Die drei Faktoren ergeben sich vor allem aus der ganzheitlichen Betrachtung des Störungsbildes (Beziehungsstörung, affektive Dysregulation, behaviorale Dysregulation), so dass notwendiger Weise mehr Facetten abgebildet werden als bei alleiniger Betrachtung störungstypischer Überzeugungen und Regeln und damit eng assoziierten kognitiven und behavioralen Aspekten. Somit erscheint vor diesem Hintergrund eine eindimensionale Interpretation des KIB plausibel, die auch mit der Konzeption des eng verwandten FGG (Renneberg & Seehausen, 2010) korrespondiert. Nichtsdestotrotz erscheint die inhaltliche Unterscheidung der Themen, mit denen sich Überzeugungen der Betroffenen beschäftigen (Dimensionen aus der Pilotstudie), weiterhin plausibel und hilfreich und sollten insbesondere in der klinischen Arbeit berücksichtigt und zur Gesamtinterpretation des klinischen Erscheinungsbildes genutzt werden.

In Bezug auf die konvergente Validität ergeben sich signifikante Zusammenhänge zwischen störungstypi-

schen überdauernden Regeln und Grundannahmen und dissoziativen Symptomen sowie weiteren Borderline-typischen Symptomen. Die höchste Korrelation besteht hierbei mit den Werten der BSL, welche die Bereiche Selbstbild, Affektregulation, Autoaggression, Dysthymie, soziale Isolation, Intrusionen und Feindseligkeit misst, gefolgt von den Dissoziationsmaßen der DSS und des FDS. Der hohe Zusammenhang mit den Werten der BSL entspricht den Erwartungen und zeigt, dass die Werte des KIB und der BSL-Facetten desselben Konstrukts abbilden. Sie unterscheiden sich lediglich in der Art der erfassten Symptome, die mit dem Konstrukt BPS einhergehen. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass die im KIB aufgeführten Items als typisch für die BPS einzuschätzen sind, was einem deutlichen Beleg für die konvergente Validität der Skala entspricht. Der Zusammenhang mit Dissoziationsmaßen fällt den Erwartungen entsprechend niedriger, aber dennoch signifikant positiv aus. Beim Einsatz der DSS wird das Phänomen Dissoziation durch Betroffene eingeschätzt, welches häufig – aber nicht notwendigerweise – im Rahmen der Störung auftritt. So ist es denkbar, dass eine aktivierte Grundannahme aufgrund der mit ihr einhergehenden Belastung vorübergehend dissoziative Symptome im Sinne einer Bewältigungsstrategie auslöst. Unterschiede im Vergleich zu kognitiven Einstellungen dürften jedoch in der zeitlichen Ausprägung bestehen, da dissoziative Phänomene im hohen Maße Fluktuationen unterliegen. Eine geringere Ausprägung des Zusammenhangs störungstypischer Überzeugungen mit dem Konstrukt der Dissoziation im Vergleich zu einem deutlich breiteren Spektrum Borderline-spezifischer Symptomatik (erhoben mit der BSL) stärkt die positive Bewertung der Konstruktvalidität des KIB, da ein klinisch nachvollziehbares Profil von Zusammenhängen mit unterschiedlich eng verwandten Konstrukten vorliegt. Dass die Zusammenhänge mit dem FDS geringer ausfallen, lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass hier wegen des fehlenden Zeitfensters eine noch allgemeinere Wahrnehmung der Dissoziationsneigung erfasst wird.

Für zukünftige Studien wäre es sehr wünschenswert, die Zusammenhänge zwischen FGG und KIB zur Untersuchung der konvergenten Validität heranzuziehen. Da der FGG zu Beginn der vorliegenden Untersuchung noch nicht in publizierter Form vorlag, konnte er noch nicht einbezogen werden.

Die Untersuchung der divergenten Validität des KIB ergab signifikante Korrelationen mit allen Subskalen der SCL-90-R sowie dem Gesamtwert GSI, die in allen Bereichen vergleichsweise hoch ausfallen. Erklärt werden kann dieses Ergebnis unter Rückgriff auf vorangegangene Studien mit Borderline-Patienten, deren Ergebnisse zeigen, dass mit der Diagnose BPS ein grundsätzlich hohes Niveau allgemeiner psychopathologischer Belastung einhergeht (z. B. Stiglmayr et al., 2003). Bei näherer Betrachtung wird im Sinne eines Hinweises auf die divergente Validität des KIB deutlich, dass die gemessenen störungstypischen Regeln und Überzeugungen mit der Subskala Somatisierung der SCL-90-R in einem vergleichsweise geringen Zusammenhang stehen und somit von diesem Konstrukt unterschieden werden können. In der Tat erscheint es klinisch nachvollziehbar und plausibel, dass mit einer hohen Ausprägung Borderline-spezifischer Grundannahmen eher Phänomene wie „Psychotizismus“, „Soziale Unsicherheit“, „Phobische Angst“ und „Depressivität“ im Sinne der SCL-90-R einher gehen als somatische Symptome. Das Korrelationsmuster für die Skalen der SCL-90-R stellt einen ersten Hinweis für die Konstruktvalidität des KIB dar, da es zwar einerseits gewisse Gemeinsamkeiten aufzeigt, die Indizes der Subskalen jedoch auch in der Höhe der Zusammenhänge variieren. Dennoch sollten zukünftige Untersuchungen deutlicheren Nachweis der divergenten Validität anstreben.

Die Ergebnisse zur differenziellen Validität der Skala sind als sehr gut zu bezeichnen, da in klarer Weise die untersuchten Gruppen anhand ihrer KIB-Werte signifikant voneinander unterschieden werden können. Dass sich die Patienten mit BPS auch deutlich von Patienten mit anderen psychischen Störungen in Bezug auf ihre störungstypischen Grundeinstellungen unterscheiden, ist ein Beleg dafür, dass mit der Entwicklung des KIB eine spezifische Abbildung der kognitiven Struktur bei BPS gelungen ist. Dieses Ergebnis erweist sich als konsistent mit bisherigen Studien, die ein hohes Ausmaß der Validität und Kohärenz der Diagnose BPS zeigen konnten. So fanden Sanislow und Mitarbeiter (2002b) in einer Längsschnittuntersuchung, dass die Diagnose sich als statistisch kohärentes Konstrukt auch nach zwei Jahren erneut in der gleichen Untersuchungsstichprobe zeigen ließ.

Die Änderungssensitivität des KIB ist den Ergebnissen zufolge als gut bis zufriedenstellend zu bewerten. Störungstypische Regeln und Überzeugungen stellen Phänomene dar, deren Veränderung sich auch unter psychotherapeutischer Behandlung nur vergleichsweise langsam vollziehen. Die Tatsache, dass sich unter Einsatz des KIB Veränderungen der Borderline-typischen Überzeugungen im Rahmen einer drei-monatigen störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung dennoch abbilden lassen, kann als Beleg für seine Änderungssensitivität interpretiert werden. Gestützt wird diese Interpretation dadurch, dass sich in der Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum ohne Intervention keine Veränderungen der KIB-Werte zeigen.

Den störungstypischen Grundannahmen und Regeln, die mit der BPS einhergehen, wird sowohl in Diagnostik

und Therapie als auch in der Forschung eine wichtige Bedeutung zugeschrieben, so dass in den letzten Jahren vermehrt Anstrengungen unternommen worden sind, diese auch mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten zu erfassen. Wie der kürzlich veröffentlichte FGG (Renneberg & Seehausen, 2010) weist das davon unabhängig entwickelte KIB neben der Messung störungsspezifischer Kognitionen auch die Berücksichtigung behavioraler und emotionaler Aspekte auf und unterscheidet sich hiermit vom PBQ (Butler et al., 2002) und PDBQ (Arntz et al., 2004), die ausschließlich überdauernde Kognitionen fokussieren. Zudem verfügen die beiden letztgenannten über eine eher diagnostische Perspektive und sind weniger für die Messung eines Veränderungsprozesses oder den Therapieerfolg vorgesehen. Dies zeigt sich auch darin, dass keine Maße für die Änderungssensitivität für PBQ und PDBQ untersucht wurden (Butler et al., 2002; Arntz et al., 2004). Das KIB und der FGG können als sich ergänzende Instrumente betrachtet werden, die auch zur Untersuchung von Veränderungsprozessen während einer Therapie der BPS geeignet sind. Das besondere Merkmal des FGG liegt hierbei im Index für widersprüchliches Denken und des KIB in der Betrachtung der subjektiven Funktion von selbstschädigenden Verhaltensweisen.

Limitationen

Eine zentrale Limitation der vorliegenden Studie besteht in der geringen Stichprobengröße der klinischen Gruppe mit anderen psychischen Störungen als der BPS. Weiterführende Studien sollten sich einer Untersuchung sowohl der differenziellen Validität als auch der Änderungssensitivität anhand größerer klinischer Stichproben widmen.

Schlussfolgerungen

Das KIB stellt wie der FGG (Renneberg & Seehausen, 2010) einen offensichtlich viel versprechenden Ansatz zur direkten Erfassung charakteristischer kognitiver sowie assoziierter behavioraler und emotionaler Symptome bei Patienten mit einer BPS dar. Es wäre wünschenswert, in zukünftigen Untersuchungen beide Instrumente einzusetzen, um mehr über ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu erfahren. Um einen maximalen Nutzen und möglichen Erkenntnisgewinn für den klinischen Alltag und Forschung zu erreichen, könnte der Fokus des KIB auf die subjektiv erlebte Funktionen selbstschädigender Verhaltensweisen gestärkt und weiterentwickelt werden, da diese wichtige Ansatzpunkte für Akzeptanzstrategien und damit auch die Voraussetzung für Veränderung darstellen (z. B. Linehan, 1996).

Literatur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Arntz, A., Dreessen, L., Shouten, E. & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1215–1225.
- Arntz, A., van Genderen, H. & Schweiger, J. (2010). *Schema-therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.
- Beisel, S. & Schweiger, U. (1998). *Kognitives Inventar für Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Prien/Klinik Roseneck: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Beck, A. T., Freeman, A., and Associates (1999). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R. D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 201–211.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kuehler, T. & Stieglitz, R. D. (2007). Psychometrische Eigenschaften der Borderline-Symptomliste. *Psychopathology*, 40, 126–132.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T. & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1231–1240.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (deutsche Version)*. Göttingen: Beltz.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R. D. (1999). *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Deutsche Adaption der Dissociative Experiences Escala von E. Bernstein-Carlson & F. W. Putnam*. Bern: Huber.
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeitsinventar. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- McGinn, L. K. & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. *Frontiers of Cognitive Therapy*, 35, 63–70.
- Renneberg, B. (2007). *Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei Borderline-Persönlichkeitsstörung am Beispiel der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)*. In H. Lang, M. Schowaller & H. Faller (Hrsg.), *Struktur-Persönlichkeit-Persönlichkeitsstörung*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M. & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with borderline personality disorder: Development and validation of a self-report inventory. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 173–182.
- Renneberg, B. & Seehausen, A. (2010). Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen. Ein Screening Instrument für Borderline-spezifisches Denken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), 170–178.
- Renneberg, B., Weiss, M., Lunger, J., Fiedler, P. & Brunner, R. (2003). Ätiologische Faktoren der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24 (3), 347–364.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, I. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G. et al. (2002b). Confirmatory Factor Analysis of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 284–290.
- Stiglmayr, C. E., Braakmann, D., Haaf, B., Stieglitz, R. D. & Bohus, M. (2003). Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala-akut (DSS-akut). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53, 287–294.
- Stiglmayr, C., Schimke, P., Wagner, T., Braakmann, D., Schweiger, U., Sipos et al. (2010). Development and characteristics of the Dissociative Tension Scale. *Journal of Personality Assessment*, 92 (3), 269–277.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wittchen, H. U., Winderlich, U. & Gruschwitz, S. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV, Achse I*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV, Achse II*. Göttingen: Hogrefe.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused Approach (revised edition)*. Florida: Professional Resource Press.

Manuskript eingereicht: 26. 08. 2009
 Manuskript angenommen: 09. 11. 2010

Dr. Diana Braakmann

Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
 Schnirchgasse 9a
 1030 Wien
 Österreich
 E-Mail: diana.braakmann@sfu.ac.at

Anhang

KIB		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Neutral	Stimme eher zu	Stimme vollkommen zu
1	Trennung oder Abschied kann ich kaum aushalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich weiß oft selbst nicht, wer ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wenn ich mich traurig oder unausgeglichen fühle, hilft es, mich in gefährliche Situationen zu begeben (z. B. schnell Auto fahren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich kann einen anderen Menschen nur lieben oder hassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich habe keine klaren Ziele im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich bin nicht in der Lage, mir über die Konsequenzen meines Verhaltens Gedanken zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wenn ich jemanden liebe, bin ich bereit alles zu tun, um eine Trennung zu verhindern, sogar mich unterzuordnen oder demütigen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wenn Schwierigkeiten unüberwindlich sind, ist es besser, sich zu töten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich werde von anderen Menschen meistens ausgenutzt oder verletzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wenn ich sehr wütend werde, kann es passieren, dass ich in körperliche Auseinandersetzung gerate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Manchmal begreifen Leute erst dann, wie schlecht es einem geht, wenn man einen Selbstmordversuch unternimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich werde wahrscheinlich immer alleine bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Meine Begeisterung für einen Menschen schlägt oft in Enttäuschung um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Es ist sehr schwierig, sich auf einen Beruf oder eine Tätigkeit dauerhaft festzulegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Die Welt ist überwiegend gefährlich und feindselig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Alleine komme ich schlecht zurecht. Ich brauche immer jemanden, der mich unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Wenn es in einer Beziehung Streit gibt, ist es besser, sie sofort zu beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Wenn ich keinen Ausweg mehr sehe, bringe ich mich um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Wenn ich provoziert werde, gerate ich heftig in Wut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Es gibt niemanden, der mich wirklich liebt und sich um mich kümmert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Wenn man eine Tätigkeit nicht sofort beherrscht, ist es besser, gleich wiederaufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Es gelingt mir nicht, mich zu disziplinieren oder mich selbst zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung Anhang

KIB		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Neutral	Stimme eher zu	Stimme vollkommen zu
<p>Sie finden hier eine Liste von Aussagen zu verschiedenen Lebensbereichen. Bitte lesen Sie jeweils die Aussagen und kreuzen Sie an, wie sehr Sie ihr zustimmen oder wie sehr Sie sie ablehnen. Da es hierbei keine richtigen oder falschen Antworten gibt, können Sie sich auf den ersten Eindruck verlassen, der Ihnen als Antwort in den Sinn kommt.</p>						
23	Meine Stimmung hängt mehr von meiner Umgebung als von mir selbst ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Von der Zukunft ist nicht viel Gutes zu erwarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Bereits kleine Ereignisse können meine Stimmung deutlich verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Es ist angenehm aufregend, sich gefährlichen Situationen auszusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Ich kann mir manchmal nicht vorstellen, Situationen ohne Beruhigungsmittel, Alkohol oder Drogen zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Die Gefühle fahren oft mit mir Achterbahn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Im Grunde ist das Leben leer und sinnlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Manchmal ist Selbstverletzung die einzige Möglichkeit, Spannungen los zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Andere Menschen sind häufig launisch und unberechenbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ich kann nur schwer entscheiden, ob ich mich eher zu Frauen oder zu Männern hingezogen fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Wenn es mir schlecht geht, gehe ich Risiken ein und fordere das Schicksal heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Ich bin ein schlechter Mensch. Es geschieht mir recht, dass es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Der Gedanke, mich umbringen zu können, hilft mir in schwierigen Situationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Dinge, Situationen oder Verhaltensweisen sind entweder gut oder schlecht, richtig oder falsch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>