Validierung des störungsspezifischen Interviews
Borderline Personality Disorder Severity Index - Version IV (BPDSI-IV)

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften

der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina

zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades einer

Doktorin der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von Melanie Kerstin Vonau
aus Celle

1. Referent: Prof. Dr. Kurt Hahlweg
2. Referent: Prof. Dr. Wolfgang Schulz
eingereicht am: 15.07.2009
mündliche Prüfung (Disputation) am: 22.10.2009

Druckjahr 2009

Vorveröffentlichungen der Dissertation

Teilergebnisse aus dieser Arbeit wurden mit Genehmigung der Fakultät für Lebenswissenschaften, vertreten durch den Mentor der Arbeit, in folgenden Beiträgen vorab veröffentlicht:

Publikationen

Kröger, C., Vonau, M., Kliem, S., Röpke, S., Kosfelder, J. & Arntz, A. (under review). The psychometric properties of the German version of the Borderline Personality Disorder Severity Index – Version IV.

Tagungsbeiträge

Vonau, M., Kröger, C. & Hahlweg, K.: Validierung eines störungsspezifischen Interviews – der Borderline Personality Disorder Severity Index – Version IV (BPDSI-IV). Erste Ergebnisse. (Poster). 25. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Tübingen (2007).

Vonau, M, Kröger, C. & Hahlweg, K.: Validierung eines störungsspezifischen Interviews – der Borderline Personality Disorder Severity Index – Version IV (BPDSI-IV). Vorläufige Ergebnisse. (Poster). 26. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Potsdam (2008).

Danksagung

Diese Dissertation ist nur durch die Unterstützung vieler Menschen möglich geworden.
Im Einzelnen möchte ich den folgenden Personen für ihre Hilfsbereitschaft danken.

Ganz besonders möchte ich Dr. Christoph Kröger für seine engagierte Unterstützung während des gesamten Forschungsprojektes danken. Ohne sein Mitwirken wäre die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen. Des Weiteren bedanke ich mich sehr herzlich bei Prof. Dr. Kurt Hahlweg und Prof. Dr. Wolfgang Schulz für ihre Bereitschaft, diese Arbeit zu begutachten. Für die methodische Beratung danke ich Prof. Dr. Joachim Kosfelder und Sören Kliem.

Für die Hilfe bei der Rekrutierung ist folgenden Personen zu danken: Dipl.-Psych. Sarah Theysohn und Dipl.-Psych. Florian Herrmann, Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig; Dr. Fabian Andor und Dipl.-Psych. Nicole Samberg, Psychotherapieambulanz der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster; Dr. Rainer Jung und Dipl.-Psych. Bettina Helmboldt, AWO Psychiatriezentrum, Königslutter; Dr. Stefan Röpke, Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité, Berlin; Dr. Cornelia Nitschke, Privatnervenklinik Dr. med. Fontheim, Liebenburg; Dr. Kirsten Bernhard, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Kiel; Dipl.-Psych. Christina Flohr, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Hildesheim.
Für die Übersetzungen des BPDSI-IV möchte ich mich sehr herzlich bei Stefanie Freese und Steven R. Feelgood bedanken.
Mein Dank gilt ebenfalls der studentischen Hilfskraft Laura Mundt für ihre Mitarbeit.

Ohne die Unterstützung meiner Familie wäre die Realisierung dieses Projektes nicht möglich gewesen. Ich danke von Herzen meinen Eltern Reinhold und Rosemarie Vonau sowie meinen Söhnen Jascha und Fynn für ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre Liebe.

Meinen geliebten Söhnen Jascha und Fynn

Inhaltsverzeichnis

Einführung 1

1. Persönlickeitsstörungen 3

1.1. Die Entwicklung der Klassifikationssysteme DSM und ICD 3

1.2. Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV-TR und ICD-10 4

1.3. Kritik an den Klassifikationssystemen: katgegoriale versus dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen 7

1.4. Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach aktuellen Leitlinien 10

2. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) 13

2.1. Überblick über die historische Entwicklung 13

2.2. Epidemiologie 14

2.3. BPS - auf der Grenze zwischen Achse I und Achse II? 18

2.4. Instrumente zur Erfassung der BPS-Symptomatik 20

2.4.1. Validierung des BPDSI-IV in den Niederlanden 24

3. Fragestellung 25

3.1. Itemanalyse 25

3.2. Objektivität 25

3.3. Reliabilität 26

3.4. Validität 26

3.5. Veränderungssensitivit 26

3.6. Ermittlung von Schwellenwerten 26

4. Untersuchungsdurchführung und Auswertung 27

4.1. Durchführung der Erhebung 28

4.2. Beschreibung der Stichproben 29

4.3. Messinstrumente 36

4.3.1. Fremdbeurteilungsinstrumente 36

4.3.1.1. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II 36

4.3.2. Selbstbeurteilungsinstrumente 37

4.3.2.1. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) 37

4.3.2.2. Beck-Depressions-Inventar (BDI) 38

4.3.2.3. Brief Symptom Inventory (BSI) 38

4.3.2.4. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) 39
4.3.2.5. Impulsivitätsskala (IS-27) 40
4.3.2.6. Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ) 41
4.4. Statistische Auswertung und der Umgang mit fehlenden Werten 41
5. Ergebnisse 43
5.1. Itemanalyse 43
5.1.1. Homogenität 51
5.1.2. Interkorrelation der Items 52
5.1.3. Konfirmatorische Faktorenanalyse 54
5.2. Testgütekriterien 57
5.2.1. Objektivität 58
5.2.2. Reliabilität 59
5.2.3. Validität 61
5.3. Veränderungssensitivität 71
5.4. Sensitivität und Spezifität 75
6. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse 80
6.1. Itemanalyse 81
6.2. Testgütekriterien 85
6.2.1. Objektivität 85
6.2.2. Reliabilität 86
6.2.3. Validität 87
6.3. Veränderungssensitivität 89
6.4. Sensitivität und Spezifität 91
6.5. Gesamtbeurteilung und Ausblick 93
7. Zusammenfassung 95
8. Literaturverzeichnis 97

9. Anhang A (Tabellen) I
10. Anhang B (Diagnostische Materialien) XI

Einführung

Im Folgenden sind Zitate unterschiedlicher Borderline-Patientinnen aufgeführt, die als Probandinnen dieses Forschungsprojekt unterstützt haben. Diese Zusammenstellung von Aussagen im Rahmen der Diagnostik und Behandlung soll einen Einblick in dieses Störungsbild geben.

„Die Angst davor ist manchmal so stark, dass ich mich hundertmal am Abend vergewissern muss, dass sie [die Partnerin] auch wirklich bei mir bleiben will…das ist natürlich peinlich, und ich hasse mich dann hinterher auch dafür. Aber wenn die Angst so groß wird, kann ich einfach nicht anders." (*Angst vor dem Verlassenwerden*)

„Ich finde sie manchmal so toll und bin so voller Liebe, dass ich platzen könnte vor Glück. Dann ist einfach alles an ihr klasse: ihr Charakter, ihr Aussehen…wie sie ihr Gesicht verzieht, wenn sie sich die Wimpern tuscht, einfach alles! Und am nächsten Tag kann ich sie so abstoßend finden, dass ich denke, mich von ihr trennen zu müssen." (*Auf und Ab in zwischenmenschlichen Beziehungen*)

„Ein klares Bild von mir habe ich nicht. Ich bin mal so und mal so, immer wieder anders. Ich kann mich selbst nicht einschätzen, bin unberechenbar, nicht nur für andere, auch für mich." (*Störung der Identität*)

„Neulich hab ich getrunken…dann war die Flasche leer, aber mir war das nicht genug. Ich hab mich ins Auto gesetzt und bin die 20 km nach Braunschweig gefahren…wollte an der Tankstelle noch eine Flasche Wodka kaufen. Als ich schon fast da war, hat mich die Polizei angehalten. Hab natürlich gemeckert…na ja, Führerschein ist jetzt weg." (*Impulsivität*)

„Mir ging es heute so schlecht, die ganze Zeit hatte ich den Gedanken, mir mit dem Bügeleisen die Oberschenkel verbrennen zu müssen. Ich hatte richtig Angst, weil der Drang so stark war. Ich hab dann etwas gegenregulieren können…habe dann nur geschnitten, das war doch die bessere Alternative, oder?" (*Parasuizidales Verhalten*)

„Als ich gestern in der Stadt war, hab ich die Situation beobachtet, wie eine Mutter mit ihrem Kind geschimpft hat. Ich war völlig außer mir. Ich war so wütend auf die Mutter und das Kind tat mir so unendlich Leid. Ich wäre am liebsten zu der Mutter gerannt und hätte sie geschlagen. Für mich war der Tag gelaufen. Wie können das nur die anderen Menschen aushalten? Warum ist bei mir immer alles so heftig?“ (*Affektive Instabilität*)

„Leer zu sein ist unerträglich. Da ist tot zu sein sicherlich besser. Wenn ich morgens mit so einem Gefühl aufwache, mache ich schnell tausend Dinge, damit ich das Gefühl irgendwann nicht mehr so spüre.“ (*Gefühl der Leere*)

„Ich habe mich selbst nicht mehr erkannt…hatte Angst vor mir selber. Ich bin so ausgerastet, hab die halbe Wohnung zerlegt, das komplette Geschirr aus dem Schrank gerissen. Wenn sie [die Partnerin] in dem Moment durch die Tür gekommen wäre, ich hätte für nichts garantieren können.“ (*Wutausbrüche*)

„Das letzte Mal, als ich das hatte, bin ich im Supermarkt zu mir gekommen. Ich hab keine Ahnung, wie ich da hingekommen bin. Manchmal hab ich das auch anders. Da lieg ich in der Hängematte für Stunden und kann nicht aufstehen.“ (*Dissoziationen*)

„Ich vertraue keinem. Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass alle Menschen mir was Böses wollen. Wenn ich z.B. im Bus sitze und irgendwer tuschelt oder lacht, denke ich sofort, dass schlecht über mich gesprochen wird. Oder wenn mir ein Gesicht bekannt vorkommt, denke ich, dass dieser Mensch mich verfolgt und irgendwas gegen mich plant.“ (*Paranoide Vorstellungen*)

1. Persönlichkeitsstörungen

Der Begriff *Persönlichkeitsstörungen* wird in den derzeit aktuellen Klassifikationssystemen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, APA, 2000) und *International Classification of Diseases* (ICD-10, WHO, 1992) definiert. Bevor der Begriff der Persönlichkeitsstörungen näher erläutert wird, werden zunächst die Klassifikationssysteme DSM-IV-TR und ICD-10 vorgestellt, wobei ihre jeweilige Entwicklung Berücksichtigung findet. Die Kritik an der kategorialen Diagnostik der aktuellen Klassifikationssysteme wird ebenfalls dargestellt. Abschließend wird die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen auf Grundlage der aktuellen *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen* (Herpertz et al., 2009) vorgestellt.

1.1 Die Entwicklung der Klassifikationssysteme DSM und ICD

Während sich das DSM ausschließlich auf psychische Störungen bezieht, werden in dem ICD-System sämtliche medizinische und psychiatrische Diagnosen klassifiziert. Das erklärt die frühere Entwicklung des ICD-Systems im Vergleich zum DSM. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts gab es Überlegungen, Todesursachen zu klassifizieren. Im Laufe der folgenden Jahrzehnte wurde international versucht, über die Todesursachenklassifikation hinaus, Krankheiten kategorisch einzuteilen. 1938 lag die ICD bereits in der 5. Revision vor. Seitdem übernahm die Weltgesundheitsorganisation WHO die Weiterentwicklung dieses Systems und veröffentlichte 1948 die ICD-6. Bis zum Erscheinen der ICD-9 im Jahre 1976 wurde ungefähr alle zehn Jahre die jeweils aktuelle Auflage revidiert und durch die Weiterentwicklung verbessert. Im Jahre 1992 erschien die ICD in der 10. Revision (dt.: Dilling, Mombour & Schmidt, 2004), die für Wissenschaftler relevanten Forschungskriterien der ICD-10 (dt.: Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004) sind seit 1994 publiziert.

Die erste Auflage des DSM gab die American Psychiatric Association (APA) 1952 heraus. Eine Notwendigkeit der Klassifikation psychischer Störungen wurde vor allem durch traumatisierte Veteranen nach dem zweiten Weltkrieg deutlich. Die APA versuchte in der ersten Fassung des DSM eine Abstimmung der Klassifikationsschlüssel mit der damaligen ICD-6. 1968 erschien das DSM-II. 12 Jahre später wurde das DSM-III veröffentlicht, das erstmalig die Diagnose der *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (BPS) mit acht Kriterien aufführte. Dieses Manual zeichnete sich durch die Loslösung ätiologie- und theoriebezogener Terminologie und der Einführung der multiaxialen Einteilung aus und

stellte somit einen radikalen Paradigmenwechsel dar. Der so genannte atheoretische Ansatz, der sich durch die Ablehnung empirisch nicht gesicherter ätiologischer Annahmen auszeichnete, hatte eine deutliche Verbesserung der Reliabilität zum Ziel. Die kritische Betrachtung der geringen Validität und Reliabilität, die mangelnde Begriffsschärfe und der dadurch entstandene hohe Interpretationsspielraum im DSM-I und DSM-II erforderten diese Veränderungen in der Klassifikation psychischer Störungen. Mit der Einführung des DSM-III-R (APA, 1987) sind die ursprünglich formulierten hierarchischen Vorgehensweisen weitestgehend aufgegeben worden und haben dem *Komorbiditätsprinzip* Platz eingeräumt. Jeder Patient* erhält so viele verschiedene Diagnosen wie für die Abbildung der gesamten Symptomatik notwendig ist. 1994 wurde das DSM-III-R durch das DSM-IV (dt.: Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) abgelöst, das sich durch Erweiterungen in der detaillierten Beschreibung psychischer Störungen zur Vorgängerversion unterschied. Beispielsweise wurde nun die BPS nicht mehr anhand acht Kriterien beschrieben. Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass durch die Aufnahme eines weiteren Kriteriums dieses Störungsbild adäquater abgebildet wird. Seit dem Jahre 2000 ist das DSM-IV-TR (dt.: Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) erhältlich, das sich durch Textrevisionen zur Vorgängerversion unterscheidet.

1.2 Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV-TR und ICD-10

Durch die Konzentration im DSM-IV-TR ausschließlich auf psychische Störungen ist eine wesentlich differenzierte Klassifikation und Beschreibung der Störungsbilder im Vergleich zur ICD-10 möglich, in die für alle Krankheiten und psychische Störungen die entsprechenden Kodierungen und Beschreibungen zu finden sind. Das DSM-IV-TR unterscheidet fünf verschiedene Achsen, auf denen Informationen unterschiedlichster Art über den jeweiligen Patienten kodiert werden sollen. Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen befinden sich auf einer eigenständigen Achse. Die ICD-10 ist ebenfalls ein multiaxiales Instrument, psychische Störungen sind im Kapitel V (F) aufgeführt. In Tabelle 1 ist die Gegenüberstellung der Achsen beider Systeme zu finden.

* der Begriff „Patient“ schließt in der gesamten vorliegenden Arbeit sowohl männliche als auch weibliche Betroffene ein.

Tabelle 1

Gegenüberstellung der verschiedenen Achsen des DSM-IV-TR und der ICD-10

	DSM-IV-TR	*ICD-10*
Achse I	Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme	Ia Psychische Störungen Ib Somatische Störungen
Achse II	Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderungen	Psychosoziale Funktionseinschränkungen
Achse III	Medizinische Krankheitsfaktoren	Umgebungs- und situationsabhängige Ereignisse und Probleme der Lebensführung und Lebensbewältigung
Achse IV	Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme	Nicht vorhanden
Achse V	Globale Erfassung des Funktionsniveaus	Nicht vorhanden

Sowohl im DSM-IV-TR als auch in der ICD-10 werden zunächst allgemeine diagnostische Kriterien für Persönlichkeitsstörungen formuliert, die grundsätzlich für die nachfolgenden spezifischen Persönlichkeitsstörungen Gültigkeit haben. Inhaltlich unterscheiden sich diese diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme nicht. Eine Auflistung dieser Kriterien des DSM-IV-TR lässt sich Tabelle 2 entnehmen.

Tabelle 2

Allgemeine diagnostische Kriterien für Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV-TR

Achse II Persönlichkeitsstörungen
A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, Impulskontrolle.
B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
D. Das Muster ist stabil und lang dauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Im DSM-IV-TR werden die spezifischen Persönlichkeitsstörungen in drei Cluster eingeteilt. Cluster A beinhaltet Persönlichkeitsstörungen, die mit den Begriffen *sonderbar, exzentrisch* assoziiert sind. Im Cluster B finden sich Persönlichkeitsstörungen, die mit Beschreibungen wie *dramatisch, emotional* in Zusammenhang gebracht werden. *Ängstlich, vermeidend* sind die Begriffe, die mit Personen verbunden werden, die eine Diagnose aus dem Cluster C-Bereich erhalten haben. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die drei Cluster des DSM-IV sowie der Persönlichkeitsstörungen der ICD-10. Die meisten Persönlichkeitsstörungen und deren Konzeption sind in den Klassifikationssystemen ähnlich aufgebaut. Allerdings finden sich deutliche Unterschiede, die die schizotype-, narzisstische- sowie BPS betreffen. Die schizotype Persönlichkeitsstörung wird als solche nur im DSM-IV-TR beschrieben, in der ICD-10 stellt diese Störung keine Persönlichkeitsstörung dar und wird entsprechend als schizotype Störung den psychiatrischen Störungen zugeordnet. Für die narzisstische Persönlichkeitsstörung gibt es in der ICD-10 im Gegensatz zum DSM-IV-TR keine spezifische Diagnose. Diese Störung wird in der ICD-10 unter der Kategorie F60.8 *sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen* kodiert. Die BPS stellt im DSM-IV-TR eine eigene Kategorie dar, in der ICD-10 werden der Kategorie *Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung* die Subtypen *Impulsiver Typus* und *Borderline-Typus* zugeordnet.

Tabelle 3

Die Bezeichnung der Persönlichkeitsstörungen (PS) des Cluster A, B und C des DSM-IV-TR sowie der ICD-10 (in Klammern)

Cluster A	*Cluster B*	*Cluster C*
Paranoide PS (Paranoide PS)	Antisoziale PS (Dissoziale PS)	Selbstunsichere PS (Ängstliche PS)
Schizoide PS (Schizoide PS)	Borderline PS (Emotional-instabile PS; Impulsiver Typ, Borderline Typ)	Dependente PS (Abhängige PS)
Schizotype PS	Histrionische PS (Histrionische PS)	Zwanghafte PS (Anankastische PS)
	Narzisstische PS (sonstige spezifische PS)	

1.3. Kritik an den Klassifikationssystemen: kategoriale versus dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Die kontrovers diskutierte Betrachtung der menschlichen Persönlichkeit blickt auf eine lange Geschichte zurück. Basis der vergangenen und aktuell geführten Diskussion war und ist die Frage, ob sich menschliche Persönlichkeit in ihrer Varianz abgrenzbaren Kategorien oder Typen zuordnen lässt oder ob Persönlichkeit ein Kontinuum darstellt, das in ihrer jeweiligen Ausprägung dimensional beschrieben werden sollte. Stellvertretend für alle Wissenschaftler, die die Entwicklung des Bereiches der Persönlichkeitsforschung maßgeblich mitbestimmt haben, seien hier einige der frühen Theoretiker erwähnt (Übersicht: Fiedler, 2007; Schmitz, Fydrich & Limbacher, 1996). Bereits im antiken Griechenland lassen sich die ersten Versuche der Klassifikation psychischer Auffälligkeiten finden. Das Mittelalter war in diesem Kontext von der Überzeugung geprägt, „böse Geister“ seien für psychische Störungen verantwortlich. Die Wurzeln der Klassifikation psychischer Störungen angelehnt an der biologischen Klassifikation begann mit Pinel (1745-1826). Wundt (1903) schlug damals eine dimensionale Sichtweise der von Kant (1798) dargestellten kategorialen *Temperamenten-Typologie* vor. Auch Jungs *Typenkonzept* (1921) der *Extraversion versus Introversion* ist dimensional angelegt. Nicht unerwähnt bleiben sollte Kraepelin (1903-1904), der innerhalb der zahlreichen Auflagen seines Lehrbuches seine kategoriale Einteilung von auffälligen Persönlichkeiten weiterentwickelte. Darauf aufbauend versuchte Kurt Schneider (1923) wertfreier und phänomenologisch präziser in der Erfassung und Beschreibung von Persönlichkeiten vorzugehen. Schneiders kategoriale Einteilung in zehn *psychopathische Persönlichkeiten* hat maßgeblich die heutigen Klassifikationssysteme beeinflusst. Parallel dazu favorisierte Kretschmer (1921) zunächst in seiner Beschreibung der *zyklothymen und schizothymen Temperamentsextremisierungen* den kategorialen Ansatz, erweiterte diesen jedoch, in dem er später Dimensionen postulierte und von fließenden Übergängen sprach. Seit Mitte des letzten Jahrhunderts gewann die empirisch-experimentelle Persönlichkeitsforschung mit Hilfe faktorenanalytischer Ansätze zunehmend an Bedeutung. An die frühen Versuche von Jung und Wundt zur dimensionalen Beschreibung von Persönlichkeiten anschließend, erfuhr Eysenck (1952; 1970) durch sein faktorenanalytisch gewonnenes *dimensionales Persönlichkeitsmodell* große Beachtung. Zunächst konnten anhand dieses Modells Merkmale der Persönlichkeit auf den zwei Dimensionen *Neurotizismus – Stabilität* sowie *Extraversion – Introversion* beschrieben werden. Später

erweiterte Eysenck (1980) sein Modell um eine dritte Dimension *Psychotizismus - Impuls- oder Antriebskontrolle*. Allerdings fand Eysencks Modell nicht nur Zustimmung. Alternative faktorielle Beschreibungssysteme wurden entwickelt (z.B. Guilford, 1975; Cattell, 1965). Die Auswertungen nachfolgender Forschungsarbeiten erbrachten übereinstimmend fünf grundlegende Faktoren der Persönlichkeit (vgl. Amelang & Borkenau, 1982; Digman & Takemoto-Chock, 1981; Fiske, 1949; Norman, 1963; Tupes & Christal, 1961) Daraufhin setzten Costa und McCrae (1985) Mitte der achtziger Jahre den Fragebogen NEO-PI sowie etwas später den verkürzten NEO PI/FFI (1989) zur Erfassung der vermuteten fünf Faktoren ein, der mittlerweile in einer revidierten Version als NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) vorliegt. Das *Fünf-Faktoren-Modell* (FFM) mit den Dimensionen *Extraversion*, *Neurotizismus*, *Verträglichkeit*, *Gewissenhaftigkeit* und *Offenheit für Erfahrungen* ist momentan das am besten empirisch evaluierte Modell zur dimensionalen Darstellung (Barnow, 2008; Costa & Widiger, 2002; Lynam & Widiger, 2001; Miller, Reynolds & Pilkonis, 2004, Trull, Widiger, Lynam & Costa, 2003, Warner et al., 2004). Des Weiteren findet das *Temperament and Character Inventory* (TCI, Cloninger, 1993), das auf einem Sieben-Faktoren-Modell basiert, breite Anwendung. Die vier Temperamentsfaktoren lauten *Schadensvermeidung*, *Neugierverhalten*, *Belohnungsabhängigkeit* sowie *Beharrungsvermögen* und die drei Charakterfaktoren erheben *Selbstlenkungsfähigkeit*, *Kooperativität* und *Selbsttranszendenz*.

Der kategoriale Ansatz der aktuellen Klassifikationssysteme DSM-IV-TR und ICD-10 basiert auf dem psychiatrischen Ansatz, der - angelehnt an die medizinische Krankheitslehre - seit jeher das typologische Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen beschreibt. Als Orientierung dient hierbei ein konstruierter *Prototyp* der jeweiligen Persönlichkeitsstörung. Erreicht der Patient eine festgeschriebene Mindestanzahl an Kriterien anhand operationalisierter Instrumente, die diesen Prototypen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung beschreiben, wird die entsprechende Diagnose gestellt. Hierbei handelt es sich folglich um eine kategoriale Einschätzung, da die einzelnen Individuen in vorgegebene Kategorien oder Typen eingeteilt werden. Das Ziel dieser Herangehensweise ist zu evaluieren, ob - und nicht wie ausgeprägt - eine klinisch relevante Auffälligkeit im Bereich der Persönlichkeit vorliegt.

Zahlreiche Autoren kritisieren die kategoriale Herangehensweise und präferieren den stärkeren Einbezug dimensionaler Diagnostik: Bernstein et al. (2007) konnten zeigen, dass die Mehrheit der Experten für Persönlichkeitsstörungen, die an einer Online-Befragung

teilnahmen, mit dem aktuellen Klassifikationssystem unzufrieden waren und eine Kombination aus kategorialer und dimensionaler Diagnostik für Persönlichkeitsstörungen bevorzugen würden. Skodol und Bender (2009) führten die Argumente der hohen Komorbidität, der Heterogenität bei Patienten mit identischer Diagnose, die beliebige Festlegung der jeweiligen Schwellenwerte für die Grenze zwischen Normalität und Pathologie sowie die häufig genutzte Kategorie *nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung* auf, um für eine Umorientierung der diagnostischen Herangehensweise im DSM-V zu plädieren. Grilo, McGlashan und Skodol (2000) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im moderaten Bereich lag, sich folglich nicht so stabil darstellte wie vermutet wurde. Ein vergleichbares Ergebnis zeigte sich bezüglich der Therapieeffekte. Sie beschrieben Symptomreduzierungen während der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, die in dem Maße nicht erwartet wurden. Shea und Yen (2003) zeigten Untersuchungen auf, in denen Patientengruppen mit Angststörungen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen miteinander verglichen wurden. Sie fanden die höchste Remissionsrate nach zwei Jahren im Bereich der affektiven Störungen, gefolgt von den Persönlichkeitsstörungen. Die Angststörungen zeigten folglich in diesem Vergleich die geringste Remissionsrate, wodurch das Argument der Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu Achse I-Störungen in Frage gestellt wurde. Barnow et al. (2006a) kritisieren ebenfalls die hohe Komorbidität zu anderen Achse I- und II-Störungen und die scheinbar beliebige Anzahl an zu erfüllenden Kriterien für die Vergabe einer Diagnose. Sie verdeutlichen dies am Beispiel der BPS, für deren Diagnose mindestens fünf von neun Kriterien als erfüllt eingeschätzt werden müssen. Nach ihren Untersuchungen führen bereits vier erfüllte Kriterien zu klinisch relevanten Problemen in verschiedenen Lebensbereichen (Barnow, Ruge, Spitzer & Freyberger, 2005; Barnow, Herpertz, Spitzer, Grabe & Freyberger, 2006b).

Des Weiteren wird die fehlende Möglichkeit der Gewichtung der verschiedenen Kriterien kritisiert. Der Verzicht der Erfassung von psychosozialen und genetischen Bedingungsfaktoren in einer deskriptiven, binären Klassifikation wird ebenfalls bemängelt. Westen, Shedler und Bradley (2006) geben zusätzlich zu den bereits genannten kritischen Punkten zu bedenken, dass Persönlichkeitszüge in natura kontinuierlich und nicht dichotom verteilt sind. Auch Widiger und Samual (2005) und Samual und Widiger (2006) bevorzugen aufgrund der höheren klinischen Brauchbarkeit dimensionale Modelle. Zudem kritisierten sie

bezüglich der bereits erwähnten hohen Komorbiditätsrate in der kategorialen Diagnostik die fehlende klare Behandlungsindikation. Skodol et al. (2002) konnten zeigen, dass für die BPS 151 mögliche Kriterienkombinationen bestehen und untermauerten so das Argument der Heterogenität von Patienten gleicher Diagnose. Eine mögliche negative Stigmatisierung durch die Vergabe einer Persönlichkeitsstörung wird ebenfalls als kritischer Punkt betrachtet (Barnow, 2008; Fiedler, 2007).

Ein zusätzliches Problem stellen konzeptionelle Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV dar, wobei die Frage der Vergleichbarkeit von internationalen Studien nicht vollständig ausgeräumt werden kann (Saß, 1986; Schmitz et al., 1996).

Bezüglich des dimensionalen Ansatzes wird die Erschwerung des Informationsaustausches aller beteiligten Berufsgruppen und Betroffenen kritisch diskutiert. Eine kategoriale Einteilung vereinfacht durch die klare Benennung und Abgrenzung des jeweiligen Erscheinungsbildes die Weiterentwicklung. Des Weiteren lassen sich bei der dimensionalen Erfassung durch das FFM oder das Sieben-Faktoren-Modell nach Cloninger (1993) einige relevante Bereiche nicht abbilden. Beispielsweise kann selbstverletzendes Verhalten im Rahmen der BPS mittels dieser Modelle nicht dargestellt werden. In einer Studie von Rottman, Ahn, Sanislow und Kim (2009) wurde die Schwierigkeit der korrekten Diagnosestellung deutlich, wenn den Experten Profile des FFM vorgelegt wurden. Die Experten schätzen die DSM-IV-Kriterien in fünf von sechs Merkmalen als klinisch nützlicher ein als das FFM. Klinisch relevante Details wurden anhand der Einschätzung durch das FFM nicht hervorgebracht. Skodol et al. (2005) fanden heraus, dass die DSM-IV-Symptome von Persönlichkeitsstörungen höher mit der Funktionsbeeinträchtigung bei Patienten mit Achse II-Störungen korrelierten als Fünf- oder Drei-Faktoren-Modelle der Persönlichkeit.

Zusammenfassend lässt sich sowohl für die kategoriale als auch für die dimensionale Diagnostik festhalten, dass keine dieser beiden Ansätze für sich genommen die „ideale“ Diagnostik darstellen kann. Eine Kombination dieser Herangehensweisen scheint in diesem Zusammenhang die geeignete Alternative und wird nach den aktuellen Praxisleitlinien (Herpertz et al., 2009) empfohlen, die im folgenden Kapitel näher ausgeführt werden.

1.4 Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach aktuellen Leitlinien

Die aktuell erschienenen S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie für Persönlichkeitsstörungen (Herpertz et al., 2009) dienen als Grundlage für die empfohlene

Herangehensweise bezüglich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses sollte neben einer ausführlichen Anamnese, die die gesamte psychiatrische Vorgeschichte und Biographie des Patienten beinhalten sollte, die Verhaltensbeobachtung nicht vernachlässigt werden, die sich vor allem im stationären Kontext als sinnvoll erweisen kann. Zeigt sich der Patient damit einverstanden, sollte eine Fremdanamnese mit Hilfe von Familienmitgliedern oder anderen wichtigen Bezugspersonen erhoben werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Betroffene einer Persönlichkeitsstörung häufig in pathologischen Beziehungen leben. Liegen komorbide Achse I-Störungen vor, wird vor allem bei fehlenden fremdanamnestischen Daten zunächst nur das Formulieren einer Verdachtsdiagnose auf Persönlichkeitsstörung empfohlen, da etwa bei einem Fünftel der Patienten bei Abklingen der Achse I-Störung die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht mehr ausreichend erfüllt sind (Hirschfeld, 1999). Besonders das Vorliegen affektiver Störungen kann die Selbsteinschätzung von Persönlichkeitsmerkmalen beeinflussen, so dass in diesem Zusammenhang empfohlen wird, die Achse II-Störung nach Abklingen der Achse I-Störung erneut zu überprüfen.

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer Achse II-Störung, wird der Einsatz der Deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV, Doering et al., 2007) als Selbstbeurteilungsinstrument empfohlen. Aufgrund des geringen Bekanntheitsgrades wird dieses Instrument kurz vorgestellt. Das ADP-IV umfasst insgesamt 94 Items, die sich an den Kriterien für die jeweiligen Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV orientieren. Sowohl eine kategoriale als auch eine dimensionale Auswertung ist möglich. Dieses Instrument enthält für jedes Item ein *Trait*-und ein *Distress*-Rating. Mit Hilfe des siebenstufigen Trait-Ratings wird die Präsenz eines pathologischen Persönlichkeitszuges durch den Probanden eingeschätzt. Das Distress-Rating erhebt auf einer dreistufigen Skala das Ausmaß der Beeinträchtigung, das durch diesen Persönlichkeitszug entsteht. Dabei soll sowohl das subjektiv empfundene Leid als auch das der Mitmenschen berücksichtigt werden. Beantwortet ein Proband ein Trait-Item auf den höchsten drei Stufen der Skala, wird er aufgefordert, das Distress-Rating zusätzlich einzuschätzen. In Bezug auf die BPS wurden 10 Items formuliert. Der ermittelte Cut-Off-Wert der dimensionalen Werte für die Diagnose BPS hat eine Sensitivität von 89% bei einer Spezifität von 82%.

Grundsätzlich sollten Selbstbeurteilungsinstrumente nur im Sinne eines diagnostischen Hilfsmittels eingesetzt werden. Obwohl die Durchführung von klinischen Interviews im

Vergleich zu Selbstbeurteilungsinstrumenten zeit- und kostenintensiver ist, sollte aufgrund der hohen Relevanz nicht darauf verzichtet werden. Die selbstverständliche Anwendung strukturierter Interviews zu Beginn einer psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Intervention ist wünschenswert, um die Qualität der Diagnostik und Differentialdiagnostik durch hohen Informationsgewinn zu sichern. In diesem Zusammenhang werden das DSM-IV-orientierte strukturierte *Klinische Interview zur Diagnostik für Persönlichkeitsstörungen* (SKID-II, Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) sowie das *International Personality Disorder Examination* (IPDE, Loranger, 1994; dt. Bearb.: Mombour et al., 1996), das aus einem ICD-10- und DSM-IV-TR-Modul besteht, in den Leitlinien vorgestellt. Das IPDE wird als das offizielle Interview der WHO für Persönlichkeitsstörungen bezeichnet. Zudem können die *Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen IDCL-P* (Bronisch, Hiller, Mombour & Zaudig, 1995) unter der Voraussetzung umfangreicher klinischer Erfahrungen eingesetzt werden.

Die Möglichkeiten der dimensionalen Diagnostik werden in diesen Leitlinien ebenfalls vorgestellt. Als Selbstbeurteilungsinstrumente werden beispielsweise das *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire* (DAPP-BQ, Bagge, 2003; Livesley, Jang & Vernon, 1998; Pukrop, Gentil, Steinbring & Steinmeyer, 2001; Van Kampen, 2002) oder die revidierte Fassung des *NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992) beschrieben. Des Weiteren finden das *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar* (PSSI, Kuhl & Kazén, 1997) sowie das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* (IIP, Horowitz, Strauß & Kordy, 1994) Erwähnung. Als Fremdbeurteilungsinstrument wird die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD-2, Cierpka, 2006) vorgestellt. Allerdings wird innerhalb der dimensionalen Diagnostik die nicht vollständige Abbildungsmöglichkeit relevanter Symptome kritisch betrachtet. Aus diesem Grund wird eine Integration dimensionaler und kategorialer Diagnostik ausdrücklich empfohlen.

Zusätzlich werden im Rahmen des Kapitels ‚Diagnostik' dieser Leitlinien Empfehlungen zur differentialdiagnostischen Abgrenzung jeder einzelnen Persönlichkeitsstörung formuliert. Beispielsweise wird innerhalb der BPS bei Vorliegen des Symptoms des psychotischen Erlebens und paranoidem Denkens die Abgrenzung zur Schizophrenie als sinnvoll erachtet. Zusammenfassend gesagt wird eine multimodale Diagnostik unter Einbezug kategorialer und dimensionaler Instrumente mit vollständiger Erfassung aller komorbiden Störungen empfohlen.

2. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Zunächst wird ein Überblick über die Entwicklung des Konzeptes der BPS gegeben, bevor innerhalb des Kapitels Epidemiologie die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV-TR und ICD-10, Prävalenz, Verlauf, Komorbidität, Ätiologie, Kosten der Versorgung sowie die differentialdiagnostische Abklärung dargestellt werden. Da besonders im Zusammenhang mit der BPS die Zuordnung zu den Achse II-Störungen diskutiert wird, werden die Kritikpunkte gegenüber dieser Einordnung zusammengestellt. Abschließend werden die aktuellen Instrumente zur Erfassung der BPS-Symptomatik aufgeführt.

2.1. Überblick über die historische Entwicklung des Konzeptes BPS

Der Begriff *Borderline* (Stern, 1938) kam in einer Epoche auf, die durch die psychoanalytische Theorie geprägt war. Damals wurden psychische Störungen nach dem Prinzip der Analysierbarkeit klassifiziert. Neurotische Personen wurden als analysierbar betrachtet und demzufolge als behandelbar. Menschen mit Psychosen wurden als nicht analysierbar, folglich nicht behandelbar eingestuft. Die Bezeichnung „Borderline“ meinte eine unscharfe und fluktuierende Grenzlinie zwischen Neurose und Psychose. Aufgrund der Nähe zur Psychose wurde die Borderline-Störung dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet. 1967 prägte Kernberg den Begriff *Borderline Personality Organization*. Der Begriff „Organisation“ war definiert als strukturierte, miteinander in Beziehung stehende psychische Vorgänge. Kernberg sprach von einer ausgedehnten Psychopathologie wie beispielsweise das Phänomen der „Spaltung“ oder der fehlenden „Identität“. In dem darauf folgenden Jahr wurde der Publikation *The Borderline Syndrome* von Grinker, Werble und Drye (1968) eine besondere Aufmerksamkeit zuteil. In dieser Arbeit wurden Schwierigkeiten von Borderline-Patienten deskriptiv dargestellt. Darauf aufbauend fanden Gunderson und Singer (1975) in ihrer Studie sieben Kriterien zur Beschreibung von Borderline-Patienten. Spitzer et al. (1979) fügten daraufhin als achtes Kriterium die *instabile Identität* hinzu. Aufgrund der Ergebnisse dieser Arbeiten wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung in das DSM-III (APA, 1980) aufgenommen. In dieser Zeit rückte die Psychoanalyse sukzessive in den Hintergrund. Zwischen 1980 und 1990 wurden mehr als 275 Studien zur BPS veröffentlicht, die u.a. zeigten, dass die BPS ein eigenes Konstrukt darstellte und entgegen zahlreicher Vermutungen weder den Depressionen noch den Schizophrenien zugeordnet werden konnte (Gunderson, 2009). Des Weiteren wurde deutlich, dass die Aufnahme eines zusätzlichen Kriteriums in das DSM-IV (1994), das *dissoziative Zustände und paranoide Vorstellungen*

erfasst, zur valideren Beschreibung der BPS notwendig wurde. In den folgenden Jahrzehnten sorgten vorrangig zum einen die unerwartet gute Prognose der BPS (Grilo et al., 2004; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006) und zum anderen die Erkenntnisse des signifikanten genetischen Anteils in der Entstehung der BPS (Torgersen et al., 2000) für eine langsam beginnende verbesserte Akzeptanz gegenüber diesem Störungsbild.

2.2. Epidemiologie der BPS

Diagnostische Kriterien: Wie bereits in Kapitel 1.3 beschrieben wurde, liegen Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen DSM-IV-TR und ICD-10 hinsichtlich der Kriterien der BPS vor. Die folgenden Tabellen 3 und 4 stellen die jeweiligen Kriterien für die BPS in den Klassifikationssystemen vor, aufgrund derer die Diagnose - sofern die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung ebenfalls erfüllt sind - vergeben wird.

Tabelle 3

Diagnostische Kriterien für 301.83 Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR

Ein tiefgreifendes Muster an Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität, die in Folge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung gekennzeichnet ist (hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Tabelle 4
Diagnostische Kriterien für F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, F60.31 Borderline-Typus nach ICD-10

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
B. Mindestens drei der unter F60.30 erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
    1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
    2. Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionaler Krisen
    3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
    4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung
    5. anhaltende Gefühle von Leere.

F60.30:
1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. unbeständige und launische Stimmung.

Prävalenz. Die Punktprävalenz der BPS wird mit Werten zwischen 0.8% und 2% angegeben (Lieb, Linehan, Schmahl, Zanarini & Bohus, 2004). Coid (2006) berichtete in seiner Untersuchung, die sich auf Großbritannien bezog, Prävalenzraten von 0.7% (Fremdrating) bzw. 1.4% (Selbstbeurteilung). In den USA fanden Lenzenweger, Lane, Loranger und Kessler (2007) eine Prävalenz von 1.6% für die BPS. Mittlerweile wird eine ausgeglichene Geschlechterverteilung der Betroffenen vermutet, jedoch ist der weibliche Anteil in psychotherapeutischen Einrichtungen deutlich erhöht. Im forensischen Bereich überwiegt hingegen der männliche Anteil an BPS-Betroffenen im Vergleich zu den Frauen, was die Annahme stützt, dass männliche Betroffene eher zu Fremdaggressionen neigen (Herpertz et al., 2009).

Verlauf. Obwohl die BPS mit einer ausgeprägten Symptomatik und erheblicher Funktionsbeeinträchtigung assoziiert ist, zeigen sich die Prognosen nach neueren Studien besser als lange Zeit erwartet. Zanarini et al. (2006) konnten in ihrer Langzeitstudie zeigen, dass bereits nach zwei Jahren nur noch 65% die Kriterien für die Diagnose BPS erfüllten. Nach zehn Jahren waren es lediglich 12%, die Rückfallrate belief sich auf 6%. Grilo et al.

(2004) fanden in ihrer Untersuchung vergleichbare Ergebnisse. 36% zeigten nach zwei Jahren nicht mehr die geforderte Anzahl der Kriterien der BPS. Jedoch stellt sich in diesem Zusammenhang der Nachteil der kategorialen Diagnostik dar: Personen, die noch vier der fünf geforderten Kriterien erfüllen, fallen in die Gruppe der Remittierten, obwohl die Symptomatik und Funktionsbeeinträchtigung nach wie vor zu Leidensdruck führen (Barnow et al., 2006a). Für den therapeutischen Kontext ist das Ergebnis der Studie zum Verlauf der BPS von Gunderson et al. (2006) interessant, da sich die Einschätzung der Qualität der aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen der Betroffenen als prognostisch signifikant herausgestellt hat.

Komorbidität. BPS-Patienten leiden in vielen Fällen zusätzlich an anderen psychischen Störungen. Im Bereich der Achse I-Störungen zeigen sich besonders häufig komorbid Schlafstörungen, affektive Störungen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen (überwiegend bei weiblichen Betroffenen), Alkohol- und Drogenabusus (in der Mehrzahl bei männlichen Patienten). Im Bereich der Achse II-Störungen werden besonders bei weiblichen Betroffenen hohe Raten zu der dependenten, ängstlich-vermeidenden, paranoiden und auch der histrionischen Persönlichkeitsstörung genannt (Barnow et al., 2006a; Zanarini et al. 1998a, b; Zimmerman & Mattia, 1999). Männliche Betroffene weisen häufig zusätzlich eine narzisstische und/oder dissoziale Persönlichkeitsstörung auf (Herpertz et al., 2009).

Ätiologie: In der Entstehung der BPS spielen sowohl genetische bzw. neurobiologische als auch psychosoziale Faktoren eine bedeutsame Rolle. In der bislang einzigen Zwillingsstudie zur genetischen Disposition von Torgersen et al. (2000) zeigte sich eine Varianzaufklärung von 69%. Zanarini, Williams, Lewis und Reich (1997) konnte bei ca. 65% der Betroffenen sexuelle Gewalterfahrungen, bei ca. 60% körperliche Gewalterfahrungen und schwere Vernachlässigung bei ca. 40% als psychosoziale Belastungsfaktoren identifizieren. In der Familienanamnese finden sich in dieser Patientengruppe häufiger Angststörungen, depressive Episoden sowie Suizidalität. Prä- und perinatale Komplikationen zeigten sich ebenfalls vermehrt (Bandelow et al., 2005). Neurobiologische Untersuchungen wiesen auf eine präfrontale Dysfunktion bei BPS-Patienten hin (Soloff et al., 2000). Joyce et al. (2006) fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass depressive Patienten mit komorbider BPS einen Polymorphismus in Bezug auf den Dopamin-Transport aufzeigten. Als Polymorphismus bezeichnet man im Bereich der Genetik das Auftreten einer Genvariante

(eines Allels) in einer bestimmten Population. New, Triebwasser und Charney (2008) vermuten aufgrund ihrer Untersuchung keine isolierte Hyperreagibilität der Amygdala wie bis dahin angenommen, sondern eher eine Diskonnektion (Verbindungsunterbrechung bzw. Leitungsstörung) zwischen Amygdala und präfrontalem Kortex. Volumenverkleinerungen im Hippocampus werden ebenfalls berichtet (Driessen et al., 2000; Tebartz van Elst et al., 2007). Aktivitätsänderungen im anterioren cingulären Kortex sowie in der Amygdala finden sich bei Patienten mit hoher dissoziativer Neigung und geringerem Schmerzempfinden (Schmahl, 2006). Allerdings berichten New et al. (2008) eine verminderte Aktivierung in Arealen des präfrontalen Kortex ebenfalls bei der Major Depression, Posttraumatischen Belastungsstörung und der bipolaren Störung. Aufgrund dessen empfehlen sie, weitere Untersuchungen durchzuführen, die darauf abzielen, spezifische neuronale Veränderungen zu identifizieren. Allerdings stellt sich dieses Vorgehen bei Vorliegen komorbider Störungen als schwierig dar. In dem Review von Lis, Greenfield, Henry, Guilé und Dougherty (2007) wird die Frage diskutiert, ob Patienten mit komorbiden Störungen aus neurobiologischen Studien ausgeschlossen werden sollten. Bei einem Einschluss ist die Möglichkeit der Schlussfolgerung von neuroanatomischen Veränderungen auf die Entwicklung von borderlinetypischen Symptomen nicht mehr gegeben. Würden alle Patienten mit komorbiden Störungen ausgeschlossen, verbliebe eine artifizielle Stichprobe, die mit „typischen“ BPS-Patienten nicht vergleichbar wäre. Grundsätzlich bleibt bei der Betrachtung der Ergebnisse neuronaler Untersuchungen unklar, ob die gefundenen Veränderungen genetisch bedingt oder als Reaktion auf traumatische Erlebnisse zurückzuführen sind. Weiterführende Informationen zu Modellen der BPS, die neben der Ätiologie die Aufrechterhaltung erklären, finden sich z.B. bei Linehan (2006) und Bohus (2002).

Versorgung: Da die ausgeprägte Symptomatik und der damit einhergehende Leidensdruck vieler BPS-Betroffenen zu wiederholten bzw. längeren stationären Aufenthalten führen, ist die Versorgungsstruktur in diesem Bereich besonders gefordert. Laut Bohus und Schmahl (2007) fallen 25% der gesamten Behandlungskosten für psychische Störungen im stationären Bereich für die Behandlung von BPS-Patienten an. Die durchschnittliche jährliche Liegezeit beläuft sich momentan auf 70 Tage. Neben den Kosten für die stationäre und ambulante psychotherapeutische Versorgung sowie medizinische Notfallversorgung von BPS-Patienten, fallen die so genannten indirekten Kosten ebenfalls ins Gewicht, die beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und insgesamt geringer

sozialer Funktionsfähigkeit entstehen. Insgesamt betrachtet stellt die BPS ein volkswirtschaftlich relevantes Störungsbild dar (Jacob & Lieb, 2007).

Differentialdiagnostische Abklärung: Grundsätzlich müssen andere psychische Störungen, organische Erkrankungen und Funktionsstörungen des Gehirns, die die Symptome besser erklären könnten, ausgeschlossen werden. Wie bereits in Kapitel 1.4 erwähnt wurde, ist die differentialdiagnostische Abklärung der Schizophrenie sinnvoll, wenn BPS-Patienten Episoden psychotischen Denkens aufweisen. Zeigen sich paranoide Vorstellungen ist zudem eine Abgrenzung zur Schizotypen Persönlichkeitsstörung zu empfehlen. Die Symptome Reizbarkeit und Wutausbrüche können ebenso im Rahmen der Posttraumatischen Belastungsstörung oder im Zusammenhang mit der ‚nicht näher bezeichneten abnormen Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle' auftreten. Der zeitlich enge Bezug zum bedrohlichen Ereignis kann in diesem Zusammenhang Hinweise zur differentialdiagnostischen Abklärung geben. Die Ausprägung der Stimmung in den Extrembereichen erfordert eine Abklärung zur den Bipolaren Störungen. Auch hier kann der zeitliche Verlauf die nötigen Hinweise liefern.

2.3. BPS – auf der Grenze zwischen Achse I oder Achse II?

Krueger (2005) beschrieb die folgenden sechs Kriterien, anhand derer eine unterschiedliche Zuordnung der psychischen Störungen zu den Achsen I und II vollzogen wird. Diese Kriterien (*kursiv*) werden in Bezug auf die BPS in diesem Abschnitt diskutiert.

1. Hinsichtlich der *Stabilität der Symptomatik* konnte bereits im vorangegangenen Kapitel anhand verschiedener Studien gezeigt werden, dass diese im Rahmen der BPS in Frage gestellt werden muss.
2. Übereinstimmend mit den anderen Persönlichkeitsstörungen findet sich oftmals ein *frühes Auftreten der Symptomatik* bei der BPS. Jedoch lassen sich auf der Achse I ebenfalls Störungen finden, die einen frühen Beginn aufweisen (Paris, 2007). Beispielsweise treten Essstörungen oder depressive Episoden häufig erstmals in der Adoleszenz auf.
3. Das Argument der g*eringeren Therapieeffekte* bei Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu Achse I-Störungen sollte bezüglich der BPS angezweifelt werden. In den letzten Jahrzehnten wurden verschiedene störungsspezifische Psychotherapien unterschiedlicher Richtungen für die BPS entwickelt. Derzeit liegen vier manualisierte Verfahren mit Wirksamkeitsnachweisen vor. Die dialektisch-behavioralen Therapie (DBT,

Linehan, 1993, 2006,), die Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT, Bateman & Fonagy, 2006), die Schemafokussierte Therapie (SFT, Young, Klosko & Weishaar, 2003) und die Übertragungs-fokussierte Psychotherapie von Kernberg et al. (1993) finden derzeit Anwendung in der Behandlung der BPS.

4. Die *hohen Komorbiditätsraten* treffen auf die BPS zu (Zanarini et al., 1998; Zimmerman & Mattia, 1999), allerdings finden sich ebenfalls bei Achse I-Störungen hohe Raten an komorbiden Störungen (Bank & Silk, 2001; Tyrer, Gunderson, Lyons & Tohen, 1997).
5. In Bezug auf die *Ich-Synthonie* merken New et al. (2008) kritisch an, dass dieses Merkmal, das mit persönlichkeitsgestörten Personen assoziiert wird, bei BPS-Patienten oftmals nicht zu finden ist. Im Vergleich zur dissozialen, narzisstischen und zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist die BPS assoziiert mit einer Vielzahl an ich-dysthonen Symptomen wie Stimmungsschwankungen, Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten, impulsiven Verhaltensweisen oder dissoziativen Symptomen. BPS-Patienten ist die „Andersartigkeit“ ihrer Schwierigkeiten oftmals bewusst und suchen aufgrund dessen therapeutische oder psychiatrische Unterstützung.
6. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurde, konnten Torgersen et al. (2000) in ihrer Studie einen hohen genetischen Anteil an der Entstehung einer BPS aufzeigen. Somit kann das Kriterium der *Ätiologie* mit geringerem genetischem Anteil bei Persönlichkeitsstörungen ebenfalls in Zweifel gezogen werden.

Ruocco (2005) wies auf ein weiteres Merkmal zwischen Achse I und Achse II hin. Laut Foulds (1976) repräsentieren Persönlichkeitsstörungen phänomenologisch eher Eigenschaften und Einstellungen, währenddessen psychische Störungen der Achse I eher vorübergehende Symptome darstellen. Ruocco (2005) argumentiert bezüglich der BPS, dass die Pathologie eher durch einzelne Symptome charakterisiert ist, wie beispielweise stressabhängige dissoziative Zustände, als durch Eigenschaften. Paris (2007) teilt das klinische Bild der BPS in zwei Komponenten auf: Symptome, die denen der Achse I-Störungen ähneln und ein Profil von Eigenschaften, die Ähnlichkeit mit anderen Achse II-Störungen aufweisen. Auf diesem Hintergrund betrachtet wäre der Begriff „Borderline“ angemessen, auf der Grenze zwischen Achse I und II. Gunderson (2009) stellt in diesem Zusammenhang einen weiteren wichtigen Aspekt vor. Momentan ist es aufgrund der Zuordnung der BPS zu der Achse II nicht möglich, Adoleszenten diese Diagnose zu stellen.

Eine Umorientierung der BPS auf Achse I würde neue, relevante Möglichkeiten in Forschung und Praxis eröffnen.

Zusammenfassend formuliert scheint eine klare Zuordnung der BPS zu den Achse II-Störungen nicht gerechtfertigt. Die Kriterien, anhand derer die Entscheidung einer Zuordnung zu Achse II getroffen wird, sind bei der BPS nicht in vollem Umfang erfüllt. Mehrere Untersuchungen konnten keine abgrenzbaren Unterschiede zwischen der BPS und anderen Achse I-Störungen feststellen.

2.4 Instrumente zur Erfassung der BPS-Symptomatik

Die aktuellen S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie empfehlen ein strukturiertes Vorgehen in der Diagnostik der BPS anhand eines Entscheidungsalgorithmus. Als *klinische Hinweise* gelten Symptome wie einschießende intensive aversive Anspannung, starke Affektschwankungen, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität unabhängig von depressiven Episoden. In der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen kommen die strukturierten Interviews (SKID-II, IPDE, DIB-R) zur Diagnosestellung zum Einsatz. Zur *Schweregradeinschätzung* werden sowohl Fremd- als auch Selbstbeurteilungsinstrumente vorgestellt. Um die *Komorbidität* von Achse I-Störungen zu überprüfen, wird die Anwendung des SKID-I empfohlen. Hopwood et al. (2008) raten ebenfalls zu einer Kombination aus Fremd- und Selbstrating zur Erfassung der Symptomatik im Bereich der BPS. In Tabelle 5 sind deutsche, ins Deutsche übersetzte und hierzulande validierte borderline-spezifische Instrumente zusammengestellt. Im Anhang (A-1) ist eine Aufstellung der borderline-spezifischen Instrumente zu finden, die derzeit in der Literatur Erwähnung finden.

Selbstbeurteilungsinstrumente. Wie aus der Tabelle 5 hervorgeht, liegen neben den Instrumenten zur Diagnosestellung einige Selbstbeurteilungsinstrumente zur Schweregradeinschätzung vor. Als validiertes Selbstbeurteilungsinstrument mit guten psychometrischen Kennwerten steht die *Impulsivitätsskala* (IS-27, Kröger, Holdstein, Lombe, Schweiger & Kosfelder, 2007) zur Verfügung, die sowohl zu Behandlungsbeginn als auch im therapeutischen Prozess angewendet werden kann (Kröger et al., im Druck). Die *Borderline-Symptom-Liste*, die in einer Langversion mit 95 Items (BSL-95, Bohus et al., 2001) und einer Kurzversion mit 23 Items (BSL-23, Bohus et al., 2009) zur Verfügung steht, fragt anhand sieben Skalen die breite Symptomatik der BPS ab. Sowohl die Lang- als auch die Kurzversion sollen Therapieeffekte abbilden können (Bohus et al., 2009; Bohus & Schmahl, 2007). Des Weiteren findet sich das *Questionnaire of Thoughts and Feelings* (QTF,

Renneberg, Schmidt-Rathjens, Hippin, Backenstrass & Fydrich, 2005), das anhand von 34 Items Emotionen und Kognitionen der BPS-Symptomatik einschätzt. Dieses Instrument weist gute psychometrische Kennwerte auf und ist zudem für Verlaufsmessungen geeignet. Das *CUT-20-R* von Meistel und Leichsenring (2002), das ebenfalls die borderline-spezifische Symptomatik abfragt, wird als eine änderungssensitive Kurzskala beschrieben. Das *Borderline-Persönlichkeits-Inventar* (BPI, Leichsenring, 1999) ist ein analytisch orientiertes Instrument mit 53 dichotomen Items, welche die so genannte „strukturelle Störung" messen. Der Autor gibt an, dass 85-90% der „Borderline-Persönlichkeitsorganisationen" mit diesem Instrument identifiziert werden können. Aufgrund dessen dient dieses Instrument in den Augen des Autors der Diagnosestellung. Dieses Vorgehen stimmt jedoch nicht mit den aktuellen Leitlinien zur Diagnostik überein.

Fremdbeurteilungsinstrumente. Neben den verbreiteten semi-strukturierten Interviews SKID-II (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) und IPDE (Mombour et al., 1996) zur Diagnosestellung anhand der DSM-IV- bzw. ICD-10-Kriterien liegt ein weiteres Instrument vor, auf dessen Grundlage die Diagnose gestellt werden kann. Das *revidierte Diagnostic Interview for Borderline Patients* (DIB-R, Zanarini & Gunderson, 1989) beinhaltet insgesamt 138 Items, die sich auf die vier Skalen *Affektivität, Kognition, impulsive Handlungsmuster* und *interpersonelle Probleme* verteilen. Das Instrument ist auf psychoanalytischen Konzepten aufgebaut und erfasst die borderline-spezifische Symptomatik und Psychodynamik. Kritisiert wird die fehlende Diskriminationsfähigkeit: Anhand des DIB-R lassen sich Personen mit Achse II-Störungen sowie affektiven Störungen nicht ausreichend voneinander unterscheiden. Der gewählte Cut-Off-Wert führt zu falsch positiven BPS-Diagnosen, was eine geringe Spezifität impliziert (Zanarini, Gunderson, Frankenburg & Chauncey, 1989, 1990). Obwohl die Bedeutung dieses Instrumentes aufgrund der kritischen Punkte an Bedeutung verloren hat (Clarkin & Dammann, 2001) wird das DIB-R in den aktuellen Leitlinien als ein Instrument zur Diagnosestellung aufgeführt.

Die *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* (ZAN-BPD, Zanarini, 2003, Anhang A-1) wird aufgrund der Anwendung in der Forschung (Schulz et al., 2008; Zanarini & Frankenburg, 2008) ebenfalls vorgestellt, obwohl dieses Instrument bislang nur ins deutsche übersetzt, jedoch nicht hierzulande validiert wurde. Die ZAN-BPD ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Schweregradbestimmung und Veränderungsmessung der BPS-Symptomatik bezogen auf die vergangenen sieben Tage. Die neun Skalen orientieren

sich an den DSM-IV-Kriterien. Die Skala zur Einschätzung der Schwere ist 5-stufig aufgebaut (0 = *keine Symptome* bis 5 = *schwere Symptome*). Der Gesamtwert wird aus der Summe der Bewertungen der Einzelkriterien gebildet und variiert zwischen 0 und 36. Zusätzlich lassen sich Gesamtergebnisse berechnen, die den affektiven, kognitiven, impulsiven und den zwischenmenschlichen Bereich betreffen, indem die entsprechenden Skalen zusammengefasst werden. Anhand 34 Items wird die BPS-Symptomatik erfasst. In Bezug auf die Einschätzung bestimmter Verhaltensweisen wird zunächst nach dem Vorliegen dieser gefragt. Bejaht der Patient diese, wird die Auftretenshäufigkeit erhoben. Diese Angabe wird in der Folge nicht direkt als Häufigkeit, sondern auf der 5-stufigen Schweregradskala kodiert. Die ‚grobe' Skalierung und die vergleichsweise geringe Anzahl an Items zur Erfassung der Schwere sind im Vergleich zum *Borderline Personality Disorder Severity Index - Version IV* (BPDSI-IV), der im Folgenden vorgestellt wird, kritisch zu betrachten.

Der BPDSI-IV ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der Häufigkeit und Schwere der BPS-Symptomatik bezogen auf die vergangenen drei Monate. Arntz et al. (2003) entwickelten dieses Interview auf der Grundlage des Instrumentes von Weaver und Clum (1993) weiter. Durch die Validierung in den Niederlanden zeigten sich gute psychometrische Kennwerte des BPDSI-IV (Kapitel 2.4.1.). Das Instrument besteht aus 70 Items, die zu neun Skalen zusammengefasst sind. Diese Skalen orientieren sich an den neun DSM-IV-Kriterien. Auf einer 11-stufigen Skala (0 = *nie* bis 10 = *täglich*) werden die Häufigkeiten in acht der neun Skalen kodiert. Im Bereich der *Identität* wird die Schwere auf einer 5-stufigen Skala (0 = *trifft nicht zu* bis *dominante, eindeutige Instabilität*) eingeschätzt.

In verschiedenen Studien wurde dieses Instrument bereits eingesetzt, um Veränderungen durch spezifische Interventionen bzw. pharmakologische Behandlungen zu überprüfen (Bellino, Paradiso & Bogetto, 2005; Bellino, Paradiso & Bogetto, 2006; Giesen-Bloo et al., 2006; Rinne, van den Brink, Wouters & van Dyck, 2002; Verheul et al., 2003).

Die Möglichkeit den aktuellen Schweregrad bestimmen zu können ist entscheidend, um eine Indikation für das adäquate Setting zu stellen, einen entsprechenden Behandlungsplan auszuarbeiten sowie den Prozess überprüfen zu können. Aus diesen Gründen soll durch die Validierung dieses Interviews anhand einer deutschen Stichprobe zukünftig der Mangel an Instrumenten zur Schweregradbestimmung der BPS-Symptomatik verringert und somit der Prozess in der Diagnostik erleichtert und verbessert werden.

Tabelle 5

Aufstellung deutschsprachiger Instrumente zur Erfassung der BPS-Symptomatik

Bezeichnung Instrument	*Autor(en) (dt.)*	*Art des Instrumentes*	*Zielsetzung*	*Bemessungs-zeitraum*	*Anzahl der Skalen/Items*	*Skalierung*	*Reliabilität**	*Dauer der Durchführung*	*Cut-Off*
SKID-II (BPS-Modul)	Fydrich et al. (1997)	Semi-strukturiertes Interview	Diagnose-stellung	letzten 5 bis 10 Jahre	9/14	3-stufig	r_{tt} = .51-.66	ca. 30 Min.	5
IPDE (BPS-Modul)	Mombour et al. (1996)	Semi-strukturiertes Interview	Diagnose-stellung	letzten 5 Jahre	9/15 (DSM-IV-Modul)	3-stufig	ICC: *k* = .76-.96 r_{tt}: *k* = .51-.66	ca. 30 Min.	5
DIB-R	Zanarini & Gunderson (1989)	Semi-strukturiertes Interview	Diagnose-stellung	letzten 2 Jahre	4/138	3-stufig	ICC = .84-.97 r_{tt} = .97	1.5 Std.	8
BPI	Leichsen-ring (1999)	Selbstbeur-teilung	Diagnose-stellung	k.A.	4/53	2-stufig	Cronbachs α = .68-.91 r_{tt} = .73-.89	20 Min.	20
IS-27	Kröger et al. (2007)	Selbstbeur-teilung	Schweregrad-einschätzung, Verlauf	Letzter Monat	27 Items	5-stufig	Cronbachs α = .89-.93 Split-Half = .94	10 Min.	≥ 27
BSL-95	Bohus et al. (2001)	Selbstbeur-teilung	Schweregrad-einschätzung, Verlauf	letzten 7 Tage	7/95	5-stufig	Cronbachs α = .97 r_{tt} = .84	25 Min.	k.A.
BSL-23	Bohus et al. (2008)	Selbstbeur-teilung	Schweregrad-einschätzung, Verlauf	letzten 7 Tage	7/23	5-stufig	Cronbachs α = .94-.97 r_{tt} = .82	10 Min.	k.A.
QTF	Renneberg et al. (2005)	Selbstbeur-teilung	Schweregrad-einschätzung, Verlauf	k.A.	/34	5-stufig	Cronbachs α = .89 r_{tt} = .81	5-10 Min.	k.A.
CUT-20-R	Mestel & Leichsenring (2002)	Selbstbeur-teilung	Schweregrad-einschätzung, Verlauf	Letzten 7 Tage (3 Items bzgl. 5-10 J.)	2/23	5-stufig	Cronbachs α = .89	k.A.	k.A.

Anmerkung: SKID-II = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; r_{tt} = Test-Retest-Reliabilität; IPDE = International Personality Disorder Examination; ICC = Intraclass-Coeffizient; *k* = Kappa-Koeffizient; DIB-R = Diagnostic Interview for Borderline Patients-revised; BPI = Borderline-Persönlichkeits-Inventar; k.A. = keine Angabe; IS-27 = Impulsivitätsskala; BSL-95 = Borderline-Symptom-Liste (95 Items); BSL-23 = Borderline-Symptom-Liste (23 Items); QTF = Questionnaire of Thoughts and Feelings. * Die Objektivität und Validität wird von den Autoren als gegeben eingeschätzt.

2.4.1. Validierung des BPDSI-IV in den Niederlanden

In einer ersten Studie untersuchten Arntz et al. (2003) eine geringfügig veränderte Version des ursprünglichen Instrumentes von Weaver und Clum (1993), das sie *Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)* nannten. Diese Version orientierte sich an den DSM-III-R-Kriterien und umfasste einen zeitlichen Bezugsrahmen von einem Jahr. Die Schwächen, die sich in dieser Version zeigten, wurden für die Weiterentwicklung des BPDSI genutzt. Einige nicht trennscharfe Items wurden eliminiert, der zeitliche Bezugsrahmen wurde auf drei Monate reduziert und die Skalen wurden den aktuellen DSM-IV-Kriterien angepasst.

In einer zweiten Studie wurde der revidierte BPDSI-IV an einer BPS-Gruppe (n = 64), einer Cluster C-Gruppe (n = 23) und einer gesunden Kontrollgruppe (n = 20) überprüft. Arntz und Kollegen berichten hohe Werte hinsichtlich der Interrater-Reliabilität, die sie auf Itemebene (Median ICC = .92), Skalenebene (Median ICC = .93) und bezüglich des Gesamtwertes (ICC = .97) schätzten. Die interne Konsistenz geschätzt nach Cronbachs Alpha fiel bezogen auf die gesamte Gruppe (Cronbachs α = .93) und die BPS-Gruppe (Cronbachs α = .82) hoch aus. Die interne Konsistenz der neuen Skalen zeigten unterschiedliche Werte (range: Cronbachs α = .49 - .80). Die korrigierten Trennschärfekoeffizienten, die in diesem Zusammenhang ebenfalls berichten wurden, zeigten mit einem range von r_{itc} = .07 - .78 ein sehr heterogenes Ergebnis.

35 BPS-Patienten wurden zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung und drei Monate danach mit dem BPDSI-IV untersucht. Es zeigten sich zu diesem Zeitpunkt keine bedeutsamen Unterschiede. Aus diesem Grund wurden die Werte genutzt, um die Test-Retest-Reliabilität zu schätzen (r_{tt} = .72). Nach weiteren drei Monaten wurden 28 der ursprünglich 35 BPS-Patienten nochmals untersucht. Nach dem Intervall von sechs Monaten konnte eine signifikante Verringerung des Gesamtwertes des BPDSI-IV beobachtet werden ($t(27) = 2.17$, $p < 0.05$).

Die diskriminative Validität wurde überprüft, in dem die Werte im BPDSI-IV der drei Gruppen miteinander verglichen wurden. Das Ergebnis zeigte hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, wobei die BPS-Gruppe erwartungsgemäß die höchsten Werte erzielte. Des Weiteren wurde eine multiple Regression durchgeführt mit dem Ergebnis, dass die Diagnose BPS die stärkste Vorhersage (Varianzaufklärung = 81%) auf die Höhe des Gesamtwertes des BPDSI-IV liefert.

Um die konkurrente Validität überprüfen zu können, wurden störungsspezifische und -übergreifende Instrumente eingesetzt. Das Ergebnis zeigte erwartungskonform signifikante bzw. hochsignifikante Zusammenhänge der Instrumente (r = 0.33 – 0.88). Lediglich zwei Skalen eines analytisch orientierten Instrumentes ergaben keine signifikanten Korrelationen.

Arntz und Kollegen ermittelten zusätzlich Schwellenwerte nach den Kriterien von Jacobson und Truax (1991) mit folgender Empfehlung: Ein Gesamtwert im BPDSI-IV unter 10 ist unauffällig, ein Wert zwischen 10 und 15 liegt im Grenzbereich zwischen unauffällig und BPS und Werte über 15 weisen auf eine BPS hin.

3. Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist die Ermittlung der psychometrischen Kennwerte und die Überprüfung der Validität an einer deutschen Stichprobe angelehnt an die Vorgehensweise von Arntz et al. (2003). Zunächst werden die verschiedenen Kennwerte der Itemanalyse ermittelt, bevor die Testgütekriterien überprüft werden. Des Weiteren wird die Veränderungssensitivität des BPDSI-IV eingeschätzt. Abschließend werden Schwellenwerte ermittelt, die eine Einordnung des jeweiligen Gesamtwertes im BPDSI-IV ermöglichen. Nachfolgend sind die einzelnen Schritte dieses Vorgehens aufgeführt.

3.1. Itemanalyse

Innerhalb der Itemanalyse sind die Gütekriterien Popularitätsindex, Trennschärfe und Homogenität von besonderem Interesse. Da sich die Gesamtstichprobe aus den drei Stichproben *BPS-Gruppe*, *gemischt-psychiatrische Gruppe* sowie der *gesunden Kontrollgruppe* zusammensetzt, sollen die Gütekriterien in Abhängigkeit der jeweiligen Gruppe ermittelt werden.

3.2. Objektivität

Neben der Durchführungs- und Interpretationsobjektivität ist die Auswertungsobjektivität von Bedeutung. Diese soll im Rahmen dieser Arbeit durch die Berechnung der Interrater-Reliabilität eingeschätzt werden. Anhand von DVD-Aufnahmen werden 20 BPDSI-IV-Interviews zusätzlich durch eine klinisch erfahrene Person eingeschätzt. Erwartet wird, dass diese Reliabilitätskoeffizienten vergleichbar hoch ausfallen wie in der Studie von Arntz et al. (2003).

3.3. Reliabilität

Die interne Konsistenz des gesamten BPDSI-IV und der einzelnen Skalen soll durch Cronbachs Alpha eingeschätzt werden. In diesem Zusammenhang wird sowohl die homogene BPS-Gruppe als auch die heterogene Gesamtgruppe zugrunde gelegt. Der Split-Half-Koeffizient wird zur Absicherung ebenfalls ermittelt. Angelehnt an Arntz et al., (2003) wird ein hohes Cronbachs Alpha bezogen auf den Gesamtwert des BPDSI-IV erwartet. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen wird im moderaten Bereich vermutet.

3.4. Validität

Im Rahmen der Validität soll sowohl die konkurrente, die diskriminative und die Konstruktvalidität überprüft werden.

Die Überprüfung der konkurrenten Validität wird durch das zeitnahe Einsetzen verschiedener Selbstbeurteilungsinstrumente sowie des Fremdbeurteilungsinstrumentes SKID-II (BPS-Modul) realisiert, das unmittelbar vor dem BPDSI-IV durchgeführt wird. In diesem Zusammenhang werden positive Korrelationen zwischen den Skalen bzw. dem Gesamtwert des BPDSI-IV und den störungsspezifischen- und -übergreifenden Instrumenten erwartet. Um die diskriminative Validität einschätzen zu können, wurden die drei Gruppen BPS-Gruppe, gemischt-psychiatrische Gruppe und die gesunde Kontrollgruppe gebildet. Erwartet wird, dass anhand der Skalenwerte und des Gesamtwertes des BPDSI-IV diese Gruppen unterschieden werden können. Im Rahmen der Konstruktvalidität wird eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt, die die neun Skalen des BPDSI-IV überprüft. Des Weiteren werden sowohl Inter-Item-Korrelationen als auch Inter-Skalen-Korrelationen betrachtet.

3.5. Veränderungssensitivität

Die Veränderungssensitivität des BPDSI-IV soll im Rahmen eines 12-wöchigen stationären Aufenthaltes, währenddessen die BPS-Patienten nach dem Konzept der dialektisch-behavioralen Therapie behandelt werden, untersucht werden. Dazu werden zu Behandlungsbeginn und -ende Daten erhoben. Erwartet wird eine Reduzierung der Symptomatik, die in den eingesetzten Messinstrumenten sichtbar wird.

3.6. Ermittlung von Schwellenwerten

Um einen erzielten Gesamtwert im BPDSI-IV einordnen zu können, werden Schwellenwerte ermittelt. Dazu wird ein Wert anhand der Receiver Operating Characteristic (ROC)-Kurve und des maximalen Youden-Index berechnet, der sich auf die BPS-Gruppe und

die gemischt-psychiatrische Gruppe bezieht. Zusätzlich wird analog ein weiterer Schwellenwert ermittelt, der sich auf die gemischt-psychiatrische- und die gesunde Kontrollgruppe bezieht. Die Sensitivität und Spezifität dieser Schwellenwerte werden im Vergleich zu Arntz ebenfalls im hohen Bereich vermutet.

4. Untersuchungsdurchführung und Auswertung

Bevor die Ergebnisse dieser Arbeit präsentiert werden, wird zunächst auf die Durchführung der Datenerhebung eingegangen. In diesem Rahmen wird zusätzlich die Zusammensetzung der Stichproben, die eingesetzten Messinstrumente sowie die Auswertung der erhobenen Daten vorgestellt.

4.1. Durchführung der Erhebung

Die Patientenrekrutierung erfolgte über regional geschaltete Presse-Artikel mit dem Aufruf, sich bei Verdacht auf das Vorliegen einer BPS in der Psychotherapieambulanz (PTA) Braunschweig zu melden, um dieses Forschungsprojekt mit der Zielsetzung, die Diagnostik der BPS zu verbessern, zu unterstützen. Des Weiteren fanden Interessierte auf der Internetseite der PTA Informationen über dieses Projekt. Darüber hinaus erklärten sich verschiedene Ärzte und Psychologen unterschiedlicher Einrichtungen (s. Tabelle 7) bereit, Patienten mit entsprechender Symptomatik über dieses Projekt zu informieren. Zeigten sich Patienten an einer Teilnahme interessiert, fand die diagnostische Untersuchung vor Ort durch Mitarbeiter, Praktikanten oder durch die Autorin statt. Die Vergleichbarkeit der diagnostischen Untersuchungen innerhalb der verschiedenen Einrichtungen konnte durch Schulung der Diplom-PsychologInnen und -StudentInnen höheren Semesters durch die Autorin gewährleistet werden.

Tabelle 7
An der Datenerhebung beteiligte Einrichtungen

Einrichtung	*Setting*	*Gruppe*	*Anzahl (N)*	*Art der Messung*
PTA Braunschweig	Ambulant	BPS/GPG	46/46	Einmalerhebung
PTA Münster	Ambulant	BPS/GPG	1/10	Einmalerhebung
Charité Berlin	Stationär	BPS/BPS	9/33	Einmalerhebung/Prä-Post
Uniklinik S-H	Stationär	BPS/BPS	25/1	Einmalerhebung/Prä-Post
AWO Kölu	Stationär	BPS/BPS	18/6	Einmalerhebung/Prä-Post
Klinik Liebenburg	Stationär	BPS	11	Einmalerhebung
Klinik Kiel	Stationär	BPS	10	Einmalerhebung
LKH Hildesheim	Stationär	BPS/GPG	3/2	Einmalerhebung

Anmerkungen. PTA Braunschweig = Psychotherapieambulanz der Technischen Universität zu Braunschweig; BPS = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung; GPG = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster-C-Bereich oder aus dem Bereich der affektiven und neurotischen Störungen; PTA Münster = Ausbildungsambulanz des ambulanten Instituts für Psychologische Psychotherapieausbildung, Münster; Charité Berlin: = Charité Universitätsmedizin Berlin; Prä-Post = Erhebung zu Behandlungsbeginn und -ende der 12-wöchigen stationären Behandlung; Uniklinik S-H = Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Lübeck; AWO Psychiatriezentrum Kölu = AWO Psychiatriezentrum Königslutter; Klinik Liebenburg = Privatnervenklinik Dr. med. Fontheim Liebenburg; Klinik Kiel = Zentrum für Integrative Psychiatrie-ZIP gGMbH, Kiel; LKH Hildesheim = Niedersächsisches Landeskrankenhaus Hildesheim.

Zu Beginn der diagnostischen Untersuchung erhielten die Patienten eine schriftlich formulierte Patientenaufklärung, die Informationen über den Ablauf sowie Zielsetzung der folgenden Untersuchung enthielt (Anhang B). Zusätzlich wurden die Teilnehmenden gebeten, ihre Einwilligung in die anonymisierte Speicherung der Daten sowie deren Verwendung durch ihre Unterschrift zu dokumentieren, nachdem explizit nach Unklarheiten bzw. Unsicherheiten gefragt wurde (Anhang B). Bevor die aktuelle Symptomatik in Form des BPDSI-IV erhoben wurde, wurden mittels SKID-II-Interview (Fydrich et al., 1997) die Kriterien für eine BPS bzw. für eine Cluster-C-Persönlichkeitsstörung auf Vorliegen geprüft. Konnte zweifelsfrei die Diagnose gestellt werden wurde im Anschluss das zu validierende Instrument eingesetzt. In einigen Fällen wurde aufgrund von Erschöpfungsgefühlen und Konzentrationsschwierigkeiten der Patienten nach dem SKID-II-Interview die Untersuchung vorzeitig beendet und ein weiterer Termin für das BPDSI-IV-Interview vereinbart, so dass die gesamte diagnostische Untersuchung sich auf zwei Termine erstreckte. Zum Abschluss der Untersuchung im ambulanten Bereich wurde den Patienten neben dem Teilnehmerbogen, der soziodemographische Daten abfragt, ein Fragebogenpaket (s. Messinstrumente, S.36 ff.) ausgehändigt, mit der Bitte, dieses zeitnah und lückenlos auszufüllen und es an die jeweilige Einrichtung zurückzuschicken. Im stationären Bereich wurde den Patienten im Vorfeld, zeitlich eng an den Untersuchungstermin gebunden, die Fragebogenbatterie durch die kooperierenden Psychologen oder Ärzte ausgegeben. Die jeweiligen Behandler wurden

gebeten, weitere Informationen über eventuell vorliegende komorbide Störungen und eventuell eingesetzter Medikation auf einem entsprechenden Bogen festzuhalten. Innerhalb der folgenden vier Wochen erhielten die Patienten bei Bedarf eine schriftliche diagnostische Rückmeldung mit den Ergebnissen der Auswertung.

Die Rekrutierung der klinisch unauffälligen Personen, die eine Kontrollgruppe bilden, erfolgte im privaten Umfeld der Mitarbeiter der PTA in Braunschweig.

4.2. Beschreibung der Stichproben

In Tabelle 8 sind die Stichproben im Hinblick auf ihren Umfang, die Geschlechterverteilung und das mittlere Alter zuzüglich des Altersbereiches aufgeführt. Wie aus dieser Tabelle ersichtlich wird, nahmen an diesem Projekt insgesamt 264 Personen teil, die sich auf die gebildeten Gruppen BPS-Gruppe (BPS), *Prä-Post-Gruppe* (Subgruppe der BPS-Gruppe), gemischt-psychiatrische Gruppe (GPG) und gesunde Kontrollgruppe (GKG) verteilen.

Die BPS-Gruppe stellt mit einem n = 163 die größte Gruppe dar. Diesen 163 Personen, von denen 127 (78%) weiblichen und 36 (22%) männlichen Geschlechts waren, wurde die Diagnose BPS gestellt. Im Mittel waren sie zum Untersuchungszeitpunkt 30.9 Jahre alt (SD = 9.0). Wie aus der Tabelle 7 ersichtlich ist, wurden Patienten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich diagnostisch untersucht. Die durchgeführten t-Tests zeigten bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen ‚Ambulant' (n = 47) und ‚Stationär' (n = 116) hinsichtlich der BPDSI-IV-Skala *Parasuizidales Verhalten* (t (124) = -4.09, $p \leq .000$) dem FDS-Gesamtwert (t (123) = -2.69, $p \leq .01$) sowie im BDI (t (160) = -2.52, p = .013). Mit Ausnahme der BPDSI-IV-Skala *Wutausbrüche* (t (161) = 2.49, p = .014) erzielten im Mittel die BPS-Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer stationären Einrichtung befanden, die höheren Werte.

Eine Subgruppe der BPS-Gruppe stellt die Prä-Post-Gruppe dar, die durch das Vorliegen von Daten bei Aufnahme (Prä) sowie zum Ende der Behandlung (Post) der 12-wöchigen stationär durchgeführten dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) gekennzeichnet ist. Diese Gruppe setzt sich aus 34 Frauen und 6 Männern zusammen, die zur Datenerhebung im Mittel ein Alter von 31.3 (SD = 8.0) Jahren aufwiesen. Die Daten wurden im Niedersächsischen Landeskrankenhaus (NLK) Königslutter sowie in der Charité Berlin erhoben. Im Mittel lagen zwischen der Prä- und der Post-Messung 75 Tage (SD = 18).

Die gemischt-psychiatrische Gruppe (GPG) setzt sich insgesamt aus 58 Personen zusammen. Es liegen von 25 Personen vollständige Datensätze vor, die an der kompletten diagnostischen Untersuchung teilgenommen haben und die in diesem Zusammenhang die Diagnose ‚Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster-C Bereich' erhalten haben. Bezogen auf die vorliegende Stichprobe liegen innerhalb dieses Clusters folgende Häufigkeitsverteilungen vor: 13 Personen (52%) erhielten die Diagnose *Vermeidend-Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung*, vier Personen (16%) wurden als *Dependente Persönlichkeitsstörungen* eingeschätzt und acht Personen (32%) wurde die Diagnose *Zwanghafte Persönlichkeitsstörung* mitgeteilt.

Weitere 33 Personen wurden im Rahmen eines anderen Forschungsprojektes in der PTA der Technischen Universität Braunschweig, das sich inhaltlich mit `Impulsivität bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung` beschäftigt, mit dem BPDSI-IV interviewt. Allerdings liegen neben den soziodemographischen Angaben keine weiteren Daten aus den eingesetzten Untersuchungsmaterialien vor. Diese Gruppe setzt sich aus 16 Personen mit der Hauptdiagnose *Angststörung* sowie 17 Personen, die eine Diagnose aus dem Bereich der *Affektiven Störungen* erhalten haben, zusammen. Differenzierter betrachtet erfüllten 7 dieser 16 Personen aus dem Bereich der Angststörungen die Kriterien für eine *Agoraphobie mit Panikstörung*, fünf Personen erhielten die Diagnose *Panikstörung*, eine Person litt unter einer *Sozialen Phobie*, zwei unter einer *Zwangsstörung* und einer Person wurde die Diagnose *Anpassungsstörung* gegeben.

Die verbleibenden 17 Personen, die dieser Gruppe zugehörig sind, erfüllten die Kriterien für eine Affektive Störung: 9 dieser 17 Personen erhielten die Diagnose *Depressive Episode*, fünf die Diagnose *Rezidivierende Depressive Episode*, bei zwei Personen wurde eine *Dysthymia* diagnostiziert und eine Person erhielt die Diagnose *Bipolare Affektive Störung*. Die Diagnosen wurden anhand des Klassifikationssystems ICD-10 Kapitel V (F) (Dilling et al., 2004) durch einen klinisch erfahrenen Diplom-Psychologen vergeben. Diese Gruppe setzt sich insgesamt aus 37 (64%) Frauen und 21 (36%) Männern zusammen, die zum Untersuchungszeitpunkt ein mittleres Alter von 34.5 (*SD* = 10.8) Jahren aufwiesen. Da sich im Gesamt-Score des zu validierenden Instrumentes kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Haupt-Störungsgruppen finden ließ (F (2, 58) = 0.07, p = .932), wurden diese Gruppen zu einer gemischt-psychiatrischen Gruppe zusammengefügt.

Die gesunde Kontrollgruppe besteht aus 43 Personen. Als ‚Gesund' wurden diejenigen eingeschätzt, die in dem BSI (Derogatis, 1993; dt. Version Franke, 2000) im Global Severity Index (GSI) maximal einen *T*-Wert von 62 aufzeigten. Laut Autoren sind Personen, die einen *T*-Wert ≥ 63 erreichen, als klinisch auffällig einzuschätzen.

Es findet sich auf dem 5%-Signifikanzniveau kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den drei Gruppen hinsichtlich der Geschlechterverteilung (χ^2 (2, *N* = 264) = 5.18, *p* = .075) sowie des mittleren Alters (*F* (2, 264) = 7.90, *p* = .052).

Tabelle 8
Umfang, Geschlechterverteilung, mittleres Alter sowie der Range hinsichtlich der Stichproben BPS-Gruppe, Prä-Post-Gruppe, gemischt-psychiatrische- sowie der gesunden Kontrollgruppe

Stichprobe	*N*	*w/m*	*Alter M (SD)*	*range*
BPS-Gruppe	163	127/36	30.9 (9.0)	18-58
Subgruppe: Prä-Post-Gruppe	*40*	*34/6*	*31.3 (8.0)*	*18-47*
Gemischt-psychiatrische Gruppe	58	37/21	34.5 (10.8)	20-68
Gesunde Kontrollgruppe	43	29/14	32.2 (10.1)	21-55

Anmerkungen. N = Stichprobenumfang; w = weiblich; m = männlich; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; range = Altersbereich; BPS-Gruppe = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung; Prä-Post-Gruppe = Gruppe der Patienten, die zu Behandlungsbeginn und -ende untersucht worden sind; Gemischt-psychiatrische Gruppe = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster-C Bereich oder mit affektiver bzw. neurotischer Störung; Gesunde Kontrollgruppe = Klinisch unauffällige Gruppe mit einem T-Wert im GSI < 0.63.

Des Weiteren werden die Stichproben hinsichtlich ihrer demographischer Daten beschrieben (s. Tabelle 9). Die sechs ursprünglich formulierten Kategorien der Variablen ‚Familienstand' wurden zu den drei Klassen ‚ledig', ‚verheiratet', ‚geschieden/getrennt/unklar' zusammengefasst, um den statistischen Anforderungen zur Anwendung eines Chi-Quadrat-Testes zu entsprechen. In Bezug auf die drei definierten Kategorien des sozialen Status unterscheiden sich die Gruppen signifikant (χ^2 (4, *N* = 260) = 16.38, *p* < .05). Werden die Gruppen paarweise miteinander verglichen, zeigt sich sowohl zwischen der BPS- und der gemischt-psychiatrischen Gruppe (GPG) ein signifikanter Unterschied (χ^2 (2, *N* = 217) = 8.03, *p* < .05), als auch zwischen der BPS- und der gesunden Kontrollgruppe (GKG) (χ^2 (2, *N* = 202) = 10,23, *p* < .05). Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf den Familienstand folgendes formulieren: BPS-Patienten sind vergleichsweise seltener verheiratet und leben häufiger in Trennung oder sind bereits geschieden. Patienten der

gemischt-psychiatrischen Gruppe sind im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe seltener ledig und häufiger verheiratet (χ^2 (2, N = 101) = 8.84, p < .05).

In der Anzahl der Kinder liegt zwischen den Gruppen kein Unterschied vor (χ^2 (6, N = 256) = 6.47, p = .37). Der überwiegende Teil der Befragten hat keine Kinder (66%); die anderen sind überwiegend Elternteil von ein oder zwei Kindern (24%).

Der Schul- bzw. Studienabschluss ist in den Gruppen nicht gleichverteilt (χ^2 (6, N = 260) = 42.96, p < .001). Um ein aussagekräftiges Ergebnis hinsichtlich der Variablen Schul- bzw. Studienabschluss zu erzielen, wurden die Kategorien ‚Hauptschule, Sonderschule, kein Abschluss' für die Analyse zu einer Variablen zusammengefasst, der Abschluss der ‚Realschule' blieb eine eigenständige Variable; ferner wurden ‚Fachhochschulabschluss' und ‚Hochschulabschluss' zu einer Variablen integriert, eine weitere komprimierte Kategorie beinhaltet die Items ‚Abitur' sowie ‚Nicht abgeschlossenes Studium'.

Die differenzierteren Analysen der drei Gruppen bezüglich des Bildungsniveaus zeigt bedeutsame Unterschiede zwischen der BPS- und der gesunden Kontrollgruppe (χ^2 (3, N = 202) = 42.14, p < .001) sowie zwischen der gemischt-psychiatrischen und der gesunden Kontrollgruppe (χ^2 (3, N = 101) = 15.20, p < .05). Kein Unterschied besteht zwischen den klinischen Gruppen (χ^2 (3, N = 217) = 5.64, p = .13). Diese weisen im Vergleich zu den gesunden Befragten ein geringeres Bildungsniveau auf.

In der Häufigkeit bezogen auf eine abgeschlossene Berufsausbildung liegen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen vor (χ^2 (2, N = 255) = 8.90, p < .05). Die gemischt-psychiatrische Gruppe unterscheidet sich von der gesunden Kontrollgruppe signifikant (χ^2 (1, N = 98) = 6.13, p < .05), ebenso die BPS-Gruppe im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe (χ^2 (1, N = 199) = 8.10, p < .05). Es zeigt sich jedoch kein Unterschied zwischen der BPS- und der gemischt-psychiatrischen Gruppe (χ^2 (1, N = 213) = 0.18, p = .894). Diejenigen, die der gesunden Kontrollgruppe angehören, können seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen.

Ein anderes Bild zeigt sich bezüglich der Berufstätigkeit (χ^2 (2, N = 252) = 14.38, p < .01). In der Frage nach der aktuellen Berufstätigkeit unterscheidet sich die BPS-Gruppe von der gemischt-psychiatrischen Gruppe (χ^2 (1, N = 210) = 4.04, p < .05) und von der gesunden Kontrollgruppe (χ^2 (1, N = 197) = 13.18, p < .001). BPS-Patienten gehen im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen seltener einer Berufstätigkeit nach. Der Vergleich der

gemischt-psychiatrischen mit der gesunden Kontrollgruppe zeigt keine Unterschiede in der Ausführung einer Berufstätigkeit (χ^2 (1, N = 97) = 2.42, p = .120).

Die Kategorien der Variablen ‚Soziale Situation` wurden auf drei Ausprägungen reduziert, wobei nun unterschieden wird zwischen ‚allein lebend', ‚mit Partner zusammenlebend' sowie ‚sonstige Wohnformen'. Diese Berechnungen zeigen mit einem signifikanten Ergebnis (χ^2 (4, N = 257) = 14.25, p < .05), dass Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen. Die BPS-Gruppe unterscheidet sich sowohl von der gemischt-psychiatrischen Gruppe (χ^2 (2, N = 214) = 9.37, p < .05), als auch von der gesunden Kontrollgruppe (χ^2 (2, N = 199) = 8.52, p < .05). BPS-Patienten leben häufiger allein bzw. in Wohngemeinschaften oder sozialen Einrichtungen. Zwischen den anderen beiden Gruppen liegt kein Unterschied vor (χ^2 (2, N = 101) = 2.09, p = .351).

Bezüglich der Variablen ‚Vorangegangene (teil-) stationäre Behandlungen' ergab sich erwartungsgemäß ein signifikanter Unterschied (χ^2 (2, N = 238) = 108.32, p < .001), der am deutlichsten wird im Vergleich zwischen der BPS-Gruppe und der gesunden Kontrollgruppe (χ^2 (1, N = 189) = 107.22, p < .001). Jedoch zeigen die übrigen Analysen der möglichen Konstellationen ebenfalls signifikante Ergebnisse: die BPS-Gruppe unterscheidet sich von der gemischt-psychiatrischen Gruppe (χ^2 (1, N = 197) = 30.62, p < .001) sowie die gemischt-psychiatrische von der gesunden Kontrollgruppe (χ^2 (1, N = 90) = 25.85, p < .05). Die größte Anzahl an vorangegangenen (teil-) stationären Behandlungen findet sich in der Gruppe der BPS-Patienten.

Tabelle 9
Soziodemographische Angaben der drei Stichproben, χ^2-Statistik sowie p-Werte

Demographische Variable	BPS *n* (%)	GPG *n* (%)	GKG *n* (%)	Gesamt *N* (%)	χ^2	*p*
Familienstand					16.38	< .05
ledig	108 (66)	31 (53)	33 (77)	172 (65)		
verheiratet	17 (11)	15 (26)	9 (21)	41 (16)		
getrennt/ge-schieden/verwitwet /unklar	34 (21)	12 (21)	12 (2)	47 (18)		
keine Angabe	4	0	0	4 (1)		
Anzahl Kinder					6.47	= .37

Fortsetzung

Demographische Variable	BPS *n* (%)	GPG *n* (%)	GKG *n* (%)	Gesamt *N* (%)	χ^2	*p*
keine Kinder	114 (70)	31 (53)	30 (70)	175 (66)		
ein Kind	20 (12)	8 (15)	6 (14)	34 (12)		
zwei Kinder	16 (10)	11 (19)	6 (14)	33 (12)		
drei u. mehr Kinder	11 (7)	2 (3)	1 (2)	14 (5)		
keine Angabe	2 (1)	6 (10)	0	8 (3)		
Schul- und Studienabschluss					42.96	< .001
Haupt-, Sonderschul-/, kein Abschluss	41 (25)	10 (17)	2 (5)	53 (20)		
Realschulabschluss	71 (44)	21 (36)	5 (12)	97 (37)		
Abitur/Studium nicht abgeschlossen	23 (14)	13 (22)	21 (49)	57 (22)		
Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss	24 (15)	14 (24)	15 (34)	53 (20)		
keine Angabe	4 (2)	0	0	4 (1)		
Berufsausbildung					8.90	< .05
ja	105 (64)	38 (66)	18 (42)	161 (61)		
nein	52 (32)	18 (31)	24 (56)	94 (36)		
keine Angabe	6 (4)	2 (3)	1 (2)	9 (3)		
Berufstätigkeit					14.38	< .05
ja	55 (34)	28 (48)	28 (65)	111 (42)		
nein	100 (61)	27 (47)	14 (33)	141 (53)		
keine Angabe	8 (5)	3 (5)	1 (2)	12 (5)		

Fortsetzung

Soziale Situation					14.25	< .05
allein lebend	77 (47)	24 (41)	13 (30)	114 (43)		
mit Partner zusammenlebend	38 (23)	26 (45)	20 (47)	84 (32)		
sonstiges	41 (25)	8 (14)	10 (23)	59 (22)		
keine Angabe	7 (4)	0	0	7 (3)		
Vorangegangene (teil-) stationäre Behandlung					108.32	< .001

Fortsetzung

Demographische Variable	BPS *n* (%)	GPG *n* (%)	GKG *n* (%)	Gesamt *N* (%)	χ^2	*p*
ja	127 (78)	23 (40)	0	150 (57)		
nein	21 (13)	26 (45)	41 (95)	88 (33)		
keine Angabe	15 (9)	9 (15)	2 (5)	26 (10)		

Anmerkungen. BPS = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung; GPG = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster-C Bereich oder mit affektiver bzw. neurotischer Störung; GKG = Klinisch unauffällige Gruppe mit einem GSI < 0.63.

60 (90%) der 67 BPS-Patienten, von denen Informationen über komorbide Störungen sowie verordnete Medikation mit Hilfe des Behandlerbogens vorlagen, wiesen zum Zeitpunkt der Datenerhebung mindestens eine zusätzliche Störung auf, von 96 Patienten fehlen die Angaben durch den Behandelnden. Durchschnittlich betrachtet erfüllte jeder komorbide Patient die Kriterien für 2.6 Störungen. Das folgende Balkendiagramm (Abbildung 1) zeigt die Häufigkeit der einzelnen komorbiden Störungen (Mehrfachnennungen möglich). Alkoholmissbrauch lag bei 17 (25%) Patienten vor; anderer Substanzmissbrauch, vorrangig in Bezug auf Benzodiazepine, trat bei 16 (24%) Patienten auf. 29 Patienten (43%) erfüllten die Kriterien für eine Major Depression, weitere 15 (22%) waren Betroffene einer Angststörung. Darüber hinaus wurde bei 6 (9%) Patienten die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt. Zudem litten 27 (40%) unter einer Essstörung, 21 (31%) erfüllten nach Angaben der Behandler zusätzlich die Kriterien für eine weitere, hauptsächlich Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. 25 Patienten (37%), die in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst worden sind, zeigten hauptsächlich eine komorbide Posttraumatische Belastungsstörung. Bei 54 Patienten (81%) wurde begleitend eine Medikation eingesetzt.

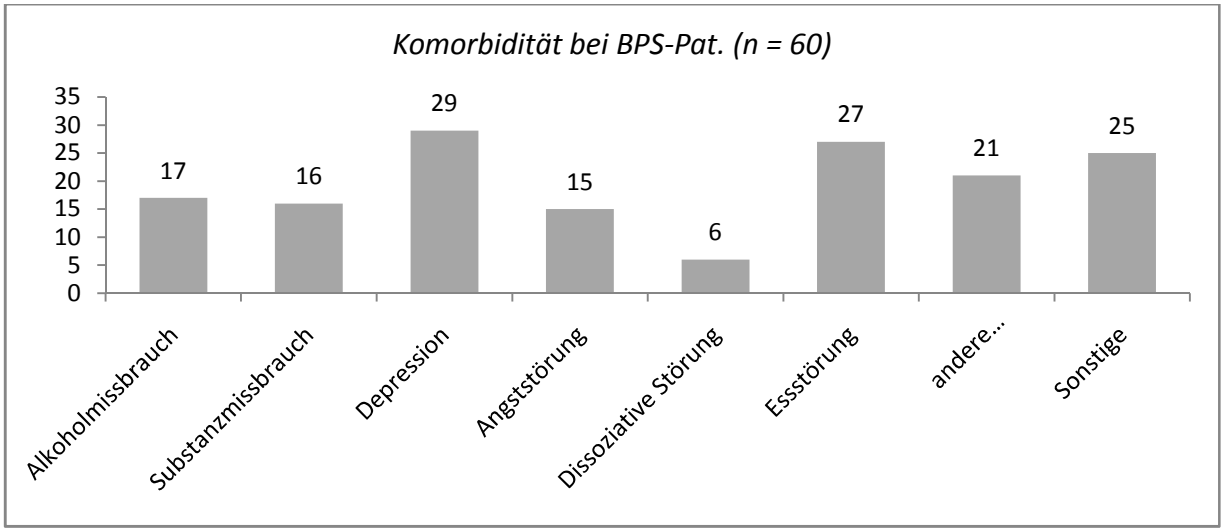


Abb. 1: Komorbidität bei BPS-Patienten; Mehrfachnennungen möglich.

4.3. Messinstrumente

Die Validität wird als das wichtigste Gütekriterium diskutiert (Fisseni, 2004). Um die konkurrente Validität untersuchen zu können, wurden neben dem BPDSI-IV zeitgleich verschiedene, international anerkannte Messinstrumente eingesetzt, die im Folgenden genauer vorgestellt werden. Eine Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument wird vorgenommen.

4.3.1. Fremdbeurteilungsinstrumente

Zunächst wurde die Diagnose der jeweiligen Persönlichkeitsstörung mit Hilfe des SKID-II (Fydrich et al., 1997) gestellt. Daran anschließend wurde der BPDSI-IV eingesetzt.

4.3.1.1. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Achse-II (SKID-II)

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV; Achse-II (SKID-II, Persönlichkeitsstörungen; Fydrich et al. 1997) ist ein diagnostisches Instrument, das das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung anhand der DSM-IV-Kriterien (APA, 1994; dt.: Saß et al., 1996) überprüft. Das SKID-II besteht aus einem Fragebogen, der im ersten Schritt als Screeninginstrument eingesetzt werden kann. Durch das semi-strukturierte Interview werden im zweiten Schritt die auffälligen Bereiche durch einen erfahrenen Kliniker beurteilt. Liegt die Selbsteinschätzung durch den Fragebogen nicht vor, so ist der Anwender dazu angehalten, alle für die jeweilige Persönlichkeitsstörung relevanten Fragen zu stellen. Für die Beurteilung psychischer Störungen, die auf Achse I kodiert sind, steht entsprechend das SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschitz & Zaudig, 1997) zur Verfügung. Um das Vorliegen einer BPS zu untersuchen, sind im SKID-II 14 Fragen formuliert, die Bezug nehmen auf die neun Kriterien im DSM-IV. Auf Kriterienebene kodiert der Diagnostiker seine Einschätzung wie folgt: 1 = Kriterium nicht erfüllt; 2 = Kriterium teilweise (oder unterschwellig) erfüllt; 3 = Kriterium erfüllt; ? = Information nicht ausreichend. Sind mindestens fünf der neun Kriterien erfüllt, so wird die Diagnose BPS gestellt. Auf Diagnoseebene würde der Interviewer in diesem Fall eine 3 = Kriterien für Persönlichkeitsstörung erfüllt – vermerken. Analog zur Kriterienebene bedeutet 1 = Kriterien für Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt und ? = Information nicht ausreichend. Die Kodierung 2 (teilweise erfüllt) ist auf Diagnoseebene nicht verfügbar. Zusätzlich zur BPS sind die folgenden Persönlichkeitsstörungen, die den Bereich Cluster-C bilden, für diese Arbeit relevant: für die Vergabe der Diagnose Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung bzw. *Negativistische Persönlichkeitsstörung* müssen mindestens vier der sieben Kriterien als erfüllt eingeschätzt werden. Der Cut-Off der

Dependenten Persönlichkeitsstörung liegt bei fünf von acht; vier der acht Kriterien müssen mindestens mit 3 kodiert sein, um die Diagnose Zwanghafte Persönlichkeitsstörung zu stellen.

Laut Autoren weist der SKID in verschiedenen amerikanischen und deutschen Untersuchungen befriedigende Ergebnisse hinsichtlich der psychometrischen Kennwerte auf (First et al., 1995). Die Test-Retest-Reliabilität wird mit κ = 0.51 für eine klinische Stichprobe sowie mit κ = 0.66 für eine nicht-klinische Stichprobe angegeben. Es wird darauf hingewiesen, dass das aktuelle SKID-II weniger ausführlich untersucht worden ist als die Vorgängerversion. Die Autoren empfehlen die Anwendung des SKID durch klinisch erfahrene bzw. trainierte Untersucher, die darüber hinaus mit der Klassifikation des DSM-IV vertraut sind.

4.3.2. Selbstbeurteilungsinstrumente

Die konvergente Validität wird anhand von Korrelationen zu anderen störungsspezifischen und -übergreifenden Messinstrumenten dargestellt und beurteilt. Aus diesem Grund füllten die Probanden zeitnah zu dem Interview zusätzlich einige Fragebogen aus, die unterschiedliche Symptome der BPS sowie unspezifische psychische und physische Symptome abbilden können.

4.3.2.1. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Der FDS (Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999) stellt ein umfassendes Instrument zur quantitativen Erfassung dissoziativer Phänomene dar. Dieser Fragebogen ist die deutsche Adaption der Dissociative Experience Scale (DES; Bernstein & Putman, 1986), die auf der Definition dissoziativer Störungen nach dem DSM-III (APA, 1980) basiert. Allerdings enthält der FDS zusätzlich zu den übersetzten 28 Items der DES weitere 16 Items, die gemäß der ICD-10 (Dilling et al., 2004) ebenfalls als dissoziative Phänomene eingeschätzt werden.

Obwohl die Zuordnung der Items zu den verschiedenen Skalen in der Originalversion nicht übereinstimmend an einer deutschen Stichprobe (N = 1.066) repliziert werden konnten, schlugen die Autoren aufgrund der besseren Vergleichbarkeit vor, die drei Faktoren *Amnesie* (acht Items), *Absorption* (neun Items) sowie *Derealisation* (sechs Items) beizubehalten. Darüber hinaus ergab die Faktorenanalyse der deutschen Version die Skala *Konversion,* die aus neun Items besteht. Der Proband hat die Möglichkeit, auf einer Skala von 0% (nie) bis 100% (immer) die für ihn zutreffende Häufigkeitseinschätzung der 44 Items vorzunehmen. Diese Einschätzung soll sich sowohl auf die Gegenwart als auch auf die

Vergangenheit beziehen. Bezüglich der Auswertung ist es möglich, einen Gesamtmittelwert, der als allgemeines Dissoziationsmaß angesehen werden kann, zu berechnen. Zusätzlich können Skalenmittelwerte sowie der DES-Score der Originalversion angegeben werden. Referenzwerte aus klinischen und nicht-klinischen Stichproben liegen vor, so dass eine Einordnung der individuell ermittelten Werte möglich ist. Spitzer et al. (2000) geben in ihrer Studie Mittelwerte und Standardabweichungen für die verschiedenen Skalen des FDS für BPS-Patienten sowie für BPS-Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung an. Die Reliabilität des FDS eingeschätzt nach Cronbach`s Alpha liegt bei .93 und für die Subskalen zwischen $\alpha = .77$ und $\alpha = .81$. Die Validität sowie Objektivität wird nach Angaben der Autoren als gegeben eingeschätzt.

4.3.2.2. Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Die amerikanische Originalversion des BDI (Beck & Steer, 1987) wurde ursprünglich als standardisiertes Interview zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik konzipiert, hat sich jedoch lediglich als Selbstbeurteilungsinstrument international durchsetzen können und findet mittlerweile eine weite Verbreitung. Die deutsche Version des BDI (Hautzinger et al., 1995) umfasst analog der Originalversion 21 Gruppen von Items. Der Proband hat die Möglichkeit, auf einer vierstufigen Skala von 0 bis 3 die für ihn zutreffende Aussage bzw. Aussagen bezogen auf die letzten sieben Tage auszuwählen. Nur die markierte Aussage mit dem höchsten Wert in einer Itemgruppe fließt anschließend in die Summenbildung ein.

Dieses ökonomische Instrument wurde anhand einer großen deutschen Stichprobe validiert, so dass eine Einschätzung durch das Vorliegen von Referenzwerten möglich ist. Die interne Konsistenz (Cronbach`s Alpha) liegt bei .88 und kann somit als zufriedenstellend eingeschätzt werden. Laut Autoren ist die Validität auch nach Einführung der aktuell vorliegenden Klassifikationssysteme gegeben.

4.3.2.3. Brief Symptom Inventory (BSI)

Das BSI (Derogatis, 1993; dt.: Franke, 2000) stellt die Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) (Derogatis, 1992; dt.: Franke, 1995) dar. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfasst mit Hilfe von 53 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala die physische und psychische Belastung auf neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus). Zusätzlich können drei Globale Kennwerte (GSI: Global Severity Index, PSDI: Positive Symptom Distress Index, PST: Positive Symptom Total)

ermittelt werden, die alle 53 Items miteinbeziehen. Der Proband sollte sich bei der Beantwortung der Items auf die letzten sieben Tage unter Einbeziehung des aktuellen Tages beziehen.

Die Möglichkeit der Einordnung des ermittelten Wertes ist durch die Validierung an einer großen deutschen Stichprobe (*N* = 1.252) gegeben (Geisheim, Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schröder & von Witzleben, 2002). Die Angabe des GSI, der die grundsätzliche psychische Belastung misst, hat sich international durchgesetzt. Dieser Kennwert weist eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbach`s α = .96), die neun Skalen liegen im befriedigenden bis guten Bereich (Cronbach`s α = .70 bis .87) und sind vergleichbar mit denen der SCL-90-R. Die konvergente Validität wurde durch die Korrelation mit konstruktnahen klinisch bewährten Selbstbeurteilungsverfahren überprüft und für gut befunden. Dieses ökonomische Instrument erweist sich nach Analysen der Autoren als reliabel und valide. Die Veränderungssensitivität wurde anhand von Intra-Gruppen-Effektstärken (z.B. Hahlweg, 2000) berechnet. Ein Vergleich mit den Effektstärken der Langform SCL-90-R ergab lediglich vernachlässigbare Unterschiede. Dieses Instrument wird aufgrund der guten Ergebnisse für Verlaufsmessungen und zur Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis empfohlen.

4.3.2.4. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)

Die BIS-11 (Patton, Stanford & Barratt, 1995; dt. Bearb.: Preuss et al., 2008) ist ein 30 Item umfassendes eigenschaftsbasiertes Instrument zur Erfassung von Impulsivität anhand drei verschiedener Skalen (*Motorische Impulsivität, Kognitive Impulsivität, Nicht-planende Impulsivität*). Der Proband markiert auf einer vierstufigen Skala die Häufigkeit bezogen auf die Aussage, die am ehesten auf ihn zutrifft.

Die interne Konsistenz geschätzt nach Cronbach`s Alpha für die amerikanische Version für eine allgemein psychiatrische Gruppe wird mit .83 angegeben; bei Substanzstörungen liegt Cronbach`s α = .79. Die Ermittlung der internen Konsistenz an einer deutschen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (*N* = 810) brachte ein nur zufriedenstellendes Ergebnis (Cronbach`s α = .69). Das Replizieren der Sechs-Faktoren-Struktur, die ursprünglich in der amerikanischen Version gefunden und auf drei Subskalen zusammengefasst werden konnte, gelang nur unzureichend. Die diskriminante Validität des BIS-11-Summenwertes konnte durch den Vergleich von verschiedenen psychiatrischen Gruppen (u.a. BPS) sowie einer gesunden Kontrollgruppe bestätigt werden; die Korrelationen zu konstruktnahen

Instrumenten fielen moderat aus. Die Autoren empfehlen den Einsatz der Summenskala zur Erfassung von Impulsivität.

4.3.2.5. Die Impulsivitätsskala (IS-27)

Ein weiteres borderline-spezifisches Instrument zur Erfassung der Impulskontrolldefizite ist die in Deutschland entwickelte IS-27 (Kröger et al., 2007). Bezüglich der Auftretenshäufigkeit werden bezogen auf den letzten Monat auf einer fünfstufigen Skala Symptome eingeschätzt, die mit dem Konzept der Impulsivität in Zusammenhang gebracht werden. Durch die Analyse der Faktorenstruktur gehen die Autoren von einem eindimensionalen Instrument aus.

Die interne Konsistenz geschätzt nach Cronbach`s Alpha beträgt in einer psychiatrischen Stichprobe .94; in einer homogenen BPS-Gruppe wird Cronbach`s α = .92 angegeben. Die Autoren geben sowohl hohe Korrelationen mit ausgewählten Instrumenten an, als auch die Möglichkeit der IS-27 zwischen verschiedenen Störungsgruppen zu unterscheiden. Diese Analysen sprechen für die Konstruktvalidität dieses Instrumentes. Des Weiteren ist dieses Instrument für Verlaufsmessungen geeignet. Der Einsatz als Screening-Instrument zur Identifizierung von BPS-Patienten wird aufgrund einer hohen Sensitivität von 90% bei guter Spezifität von 80% bei einem Summenwert ≥ 27 empfohlen (Kröger et al., im Druck).

4.3.2.6. Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)

Der TAQ (Herman, Perry & van der Kolk, 1989) ist ein 42 Item umfassendes Instrument zur primären Erfassung von verschiedenen traumatischen Ereignissen. Es erfragt darüber hinaus positive Erfahrungen in zwei Bereichen. Insgesamt liegen diesem Instrument elf Skalen zugrunde (*Kompetenz, Sicherheit, Vernachlässigung, Trennung von Bezugspersonen, Familiengeheimnisse, emotionaler Missbrauch, Zeuge traumatischer Ereignisse, Andere traumatische Ereignisse, Drogen- und Alkoholmissbrauch*). Es entstand ursprünglich aus einem halbstrukturiertes Interview mit 100 Items. Mit Ausnahme von zwei dichotomen Items, liegen bei den übrigen 40 Items eine Skalierung von 0 (niemals oder überhaupt nicht) bis 3 (oft oder sehr) sowie die zusätzlich gegebene Antwortmöglichkeit WN (weiß nicht) vor. Inhaltlich betrachtet wird demzufolge entweder nach Häufigkeit oder Intensität gefragt. Der Proband beantwortet die Items bezüglich der vier vorgegebenen Altersbereiche (0-6 Jahre, 7-12 Jahre, 13-18 Jahre, Erwachsenenalter.

Hinsichtlich der Auswertung werden nur diejenigen Items berücksichtigt, die mindestens mit der Ausprägung 2 bewertet werden. Möglich ist sowohl die Ermittlung eines

altersbezogenen Mittelwertes pro Skala als auch eines Summenwertes. Obwohl der TAQ bereits in einigen Studien Anwendung gefunden hat (z.B. Lange, Kracht, Herholz, Sachsse & Irle, 2005; Saleptsi et al., 2004), liegen bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Angaben zu den Gütekriterien in der Originalversion sowie in der deutschen Version vor.

4.4. Statistische Auswertung und der Umgang mit fehlenden Werten

Die Datenauswertung wurde mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 15.0 sowie 16.0 vorgenommen. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgte mit Hilfe des Handbuches *Statistik mit SPSS für Windows: Version 15* (Diehl, 2007) sowie dem Standardwerk *SPSS 14* (Brosius, 2006) und der Ausgabe von Bühl (2006) *SPSS 14: Einführung in die moderne Datenanalyse* sowie der 2. Auflage des Buches *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* von Bühner (2006).

Zur Beschreibung der Stichproben wurden deskriptive Statistiken ermittelt. Um auf Gleichverteilung der unterschiedlichen Items bezüglich der verschiedenen Gruppen zu testen, wurde der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Der Vergleich des mittleren Alters wurde unter der Bedingung der gegebenen Varianzhomogenität mit einer einfaktoriellen ANOVA durchgeführt. Die Ermittlung der psychometrischen Kennwerte des BPDSI-IV beinhaltet im ersten Schritt die Itemanalyse, die die Erfassung des Popularitätsindexes, der Trennschärfe und der Homogenität einschließt. Des Weiteren werden anhand unterschiedlicher Methoden die Reliabilität und die Validität bestimmt. Die Reliabilität wird zum einen durch die Berechnung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) und zum anderen durch die Testhalbierungsmethode (Split-half) geschätzt. Zusätzlich wird die Interrater-Reliabilität, also die Übereinstimmung verschiedener Beurteiler überprüft.

Im Rahmen der Kriteriumsvalidität wird die konkurrente Validität eingeschätzt. Diese wird durch den Vergleich zwischen dem BPDSI-IV und anderen störungsspezifischen bzw. -übergreifenden Instrumenten überprüft. In diesem Rahmen werden non-parametrische Korrelationen nach Spearman berechnet. Die Konstruktvalidität wird durch die Betrachtung der konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft. Zusätzlich werden Inter-Item- sowie Inter-Skalen-Korrelationen evaluiert. Die diskriminative Validität stellt einen weiteren Bestandteil der Konstruktvalidität dar und wird durch den Vergleich zwischen der BPS-Gruppe und der gemischt-psychiatrischen Gruppe sowie der gesunden Kontrollgruppe hinsichtlich der Mittelwerte aller eingesetzten Instrumente gezogen. Einzelne Unterskalen

des TAQ, die sich inhaltlich mit verschiedenen Arten des Missbrauchs befassen, werden in dieser Analyse berücksichtigt.

Das Vorliegen von Prä- und Postwerten ermöglicht das Abschätzen der Veränderungssensitivität. In diesem Zusammenhang werden die zu zwei Messzeitpunkten erhobenen Daten mittels inferenzstatistischer Methoden (*t*-Test für abhängige Stichproben) analysiert. Des Weiteren wird der Zusammenhang zwischen dem BPDSI-IV und weiteren validen und veränderungssensitiven Außenkriterien untersucht, indem die Differenzen der Prä-Post-Mittelwerte der einzelnen Instrumente korreliert werden. Darüber hinaus werden Intra-Gruppen-Effektstärken berichtet. Eine weitere Möglichkeit, Veränderungen nach einer Intervention aufzuzeigen, stellt die statistische Einzelfallanalyse dar. Hierbei werden die Veränderungen einzelner Personen auf statistische und klinische Bedeutsamkeit überprüft.

Die erzielten Werte im Gesamt-Score des BPDSI-IV innerhalb der drei Gruppen werden zur Identifikation von geeigneten Cut-Off-Werten mit Hilfe der Receiver-Operating-Characteristic (ROC)-Kurve (z.B. Lehr et al., 2008) anhand des maximalen Youden-Index (Youden, 1950) eingesetzt.

Obwohl das zu validierende Instrument ein Ordinalskalenniveau aufweist, wird in Anlehnung an Arntz (2003), der das Instrument in dieser Version entwickelt und in den Niederlanden validiert hat, Mittelwerte für die einzelnen Skalen sowie ein Summenwert der aufaddierten Mittelwerte als Gesamt-Score berechnet. Sofern die Voraussetzungen der Normalverteilungsannahme erfüllt sind, werden parametrische Verfahren eingesetzt. Bei Verletzung dieser Bedingungen werden nicht-parametrischen Verfahren zur Analyse herangezogen.

Der Umgang mit fehlenden Werten in den Selbstbeurteilungsinstrumenten orientierte sich an den Vorschlägen der Autoren: Freyberger und Kollegen (1999) empfehlen, den FDS mit maximal zwei fehlenden Items auszuwerten. Kröger und Kollegen (im Druck) geben an, dass maximal drei fehlende Werte in der IS-27 zulässig sind. Die Autoren der anderen eingesetzten Messinstrumente sprechen diesbezüglich keinen Hinweis aus, so dass von Seiten der Autorin der einheitliche Umgang mit drei fehlenden Werten im jeweiligen Instrument als maximale Grenze der Auswertbarkeit eingehalten wurde. Um Cronbachs Alpha zu berechnen, wurden fehlende Werte im BPDSI-IV, die aufgrund von fehlender Partnerschaft in der Skala *Zwischenmenschliche Beziehungen* auftreten, durch den

entsprechenden Skalenmittelwert ersetzt, so dass dieses Vorgehen keinen Einfluss auf den Kriteriumscore und Gesamtwert nach sich zog.

In den Fällen, in denen zur Überprüfung der verschiedenen Fragestellungen mehrere Einzelvergleichstests berechnet werden, muss das Signifikanzniveau von 5% nach Bonferroni korrigiert werden, um zu verhindern, dass die Wahrscheinlichkeit für die fälschliche Annahme der Alternativhypothese mehr als die zuvor festgelegten 5% beträgt. Die Bonferroni-Korrektur korrigiert das Alpha-Niveau, in dem das ursprüngliche Alpha durch die Anzahl der eingesetzten Einzeltests bezüglich einer Hypothesenüberprüfung dividiert wird. An einem Beispiel soll dieses Vorgehen verdeutlicht werden: Um die diskriminative Validität zu bestimmen, werden 19 Einzeltestungen vorgenommen; das korrigierte Alpha lautet demzufolge: $\alpha' = 0.05/19 = 0.003$. Erreicht ein Test diese Irrtumswahrscheinlichkeit, kann die Nullhypothese mit $\alpha = 0.05$ verworfen werden (Bortz, 1993).

5. Ergebnisse

Bevor die einzelnen Ergebnisse der Itemanalyse und weiterer Testgütekriterien dargestellt werden, wird zunächst der theoretische Hintergrund des methodischen Vorgehens beschrieben.

5.1 Itemanalyse

Die Itemanalyse dient der Gewinnung von Informationen über die Entsprechung der gewählten Items im Hinblick auf die Testintention. Man unterscheidet drei verschiedene Gütekriterien der Itemanalyse. Der Begriff *Schwierigkeitsindex* bezieht sich auf Leistungs- und Fähigkeitstests und meint das Verhältnis von Probanden, die das Item gelöst haben zu der Gesamtanzahl der Probanden. Der Index kann einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen. Dabei ist zu beachten, dass ein hoher Schwierigkeitsindex ein leicht zu lösendes Item darstellt, da es von vielen Probanden gelöst werden konnte. Bei nicht-leistungsbezogenen Tests wird der Ausdruck Schwierigkeitsindex häufig durch den Begriff *Popularitätsindex* ersetzt. Bei quantitativen Items, die mindestens ein Intervallskalenniveau aufweisen, wird der Popularitätsindex durch das arithmetische Mittel sowie der Standardabweichung bestimmt. Die Mittelwerte der jeweiligen Items einer Skala bzw. eines Tests sollten idealerweise ein heterogenes Bild zeigen, um zu gewährleisten, dass die Dimensionen des Merkmals erfasst werden können. Zusätzlich wird ein eher hoher Wert der Standardabweichung angestrebt, da somit eine bessere Differenzierung unterschiedlicher

Ausprägungen des zu untersuchenden Merkmals ermöglicht wird. Der Begriff *Schwierigkeitsindex bei mehrstufigen Antworten* wird in diesem Zusammenhang durch *Popularitätsindex bei mehrstufigen Antworten (p_m)* ersetzt. Dieser Kennwert setzt sich aus dem Verhältnis von erreichten Punkten zu erreichbaren Punkten zusammen. Hierbei ist zu beachten, dass die Aufteilung der aufsummierten Punkte nicht in die Berechnung einfließt.

In Tabelle 12 sind die Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), Mediane, Popularitätsindizes bei mehrstufigen Antworten (p_m) sowie die Spannbreite der Skala, die zur Einschätzung genutzt wurde (min-max) in Bezug auf die BPS-Gruppe aufgeführt. Diese Kennwerte, die für die gemischt-psychiatrische- und die gesunde Kontrollgruppe ermittelt wurden, sind im Anhang (A-3, A-4) zu finden. Mit Ausnahme der Skala *Identität*, in der der Beurteiler die Schwere in dem Bereich von 0 bis 4 einschätzt, sind die anderen Kriterien in ihrer Häufigkeit auf einer Skala von 0 bis 10 zu beurteilen. Da der BPDSI-IV ein borderlinespezifisches Instrument ist, wird die Itemanalyse der BPS-Gruppe im Vergleich am differenziertesten dargestellt.

Wie der Tabelle 12 zu entnehmen ist, zeigt die Analyse der erreichten Mittelwerte, Standardabweichungen und Mediane sowie Popularitätsindizes in der BPS-Gruppe ein heterogenes Bild. 43 der 62 Items (69%), die die Häufigkeiten von 8 Kriterien auf einer Skala von 0-10 widerspiegeln sollen, erreichen einen Mittelwert ≤ 5.00 (min.: 0.19); die restlichen 19 Items (31%) liegen entsprechend oberhalb dieses Mittelwertes (max.: 8.37), der inhaltlich einer Auftretenshäufigkeit von 1 mal in 2 Wochen entspricht. Der Median stützt dieses Ergebnis: bei 43 Items liegt das 50%-Perzentil ebenfalls bei maximal 5. Die Standardabweichungen weisen eine Spannbreite von 0.68 bis 3.99 auf. Der überwiegende Teil der Items (77%) zeigt eine Standardabweichung > 2. Die Schwere des Ktiteriums *Identität* wird auf einer Skala von 0 bis 4 eingeschätzt. Hier erreichen 5 der 8 Items (63%) einen Mittelwert ≤ 2, was der Einschätzung `trifft nicht zu` bis `wahrscheinliche Instabilität` des jeweils abgefragten Bereiches entspricht. Der Median ist bei 2 der 8 Items (25%) > 3. Die Standardabweichungen dieser acht Items variieren zwischen 1 und 2. Die Popularitätsindizes bei mehrstufigen Antworten p_m liegen zwischen 0.02 und 0.84. Der Mittelwert liegt bei 0.33 mit einer Standardabweichung von 0.23 (Median = 0.31); 50 der 70 Items (71%) zeigen einen $p_m \leq 0.50$. Die mittleren p_m mit entsprechender Standardabweichung der einzelnen Skalen zeigt die folgende tabellarische Auflistung (Tabelle 10).

Tabelle 10

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der mehrstufigen Popularitätsindizes p_m bezogen auf die BPS-Gruppe auf Skalenebene

BPDSI-IV-Skala	*M* (*SD*) der p_m
Verlassenwerden	0.29 (0.26)
Zwischenmenschliche Beziehungen	0.32 (0.22)
Identität	0.40 (0.13)
Impulsivität	0.18 (0.14)
Parasuizidale Verhaltensweisen	0.17 (0.14)
Affektive Instabilität	0.73 (0.08)
Gefühl der Leere	0.61 (0.13)
Wutausbrüche	0.37 (0.22)
Dissoziationen und paranoide Vorstellungen	0.39 (0.20)

Die Kennwerte der gemischt-psychiatrischen Gruppe (Anhang A-3) fallen erwartungsgemäß niedriger aus. Lediglich 2 Items (3%) haben einen Mittelwert (range: 0 bis 5.22) > 5.00; der Median liegt bei 3 Items über 5.00. Die Standardabweichungen bewegen sich zwischen 0 und 4.30; 25 Items (36%) weisen eine Standardabweichung > 2 auf. Auf der Skala *Identität* liegen alle Mittelwerte zwischen 0 und 1; der Median liegt durchgehend bei 0. Die Standardabweichungen liegen ausnahmslos unter 2. Hinsichtlich des Popularitätsindexes findet sich lediglich ein Item (1%) > 0.50.

In der gesunden Kontrollgruppe (Anhang A-4) bewegen sich die Mittelwerte zwischen 0 und 3.23, wobei 56 Items (80%) unter 1 liegen. 22 Items (31%) weisen eine höhere Standardabweichung als 1 auf (range: 0 bis 3.51). Der Median liegt bei 69 Items (99%) bei 0. Die Skala *Identität* bringt in dieser Gruppe keine hohen Mittelwerte sowie Standardabweichungen hervor; sie bewegen sich insgesamt zwischen 0 und 1. Alle Items zeigen einen geringeren Popularitätsindex als 0.50 (range: 0 bis 0.36).

Das wohl wichtigste Gütekriterium in der Itemanalyse ist die *Trennschärfe* (r_{it}), die durch die Item-Test-Korrelation bestimmt wird. Die Trennschärfe eines Items gibt Auskunft darüber, in wie fern dieses Item in der Lage ist, zwischen Probanden mit hohen Werten und Probanden mit niedrigen Werten bezogen auf das zu messende gemeinsame Merkmal aller Items, zu differenzieren. Ein Item gilt als ausreichend trennscharf ab einem Wert von $r_{it} \geq .30$;

es wird empfohlen, Items mit geringerer Trennschärfe während einer Testentwicklung zu eliminieren. Um einer möglichen Überschätzung der Korrelation zwischen $Item_j$ und dem Gesamtwert entgegenzuwirken, kann eine so genannte *Teil-Ganz-Korrektur* vorgenommen werden, die den Zusammenhang der restlichen Items - unter Herausnahme des betreffenden $Item_j$ - mit dem Gesamtwert betrachtet. Der entsprechende Kennwert wird als *korrigierte Trennschärfe* (r_{itc}) bezeichnet. In der Tabelle 12 sind die korrigierten Trennschärfen abzulesen; es ist jeweils der entsprechende Wert in Bezug auf die eigene Skala sowie hinsichtlich des gesamten Instrumentes angegeben (in Klammern). Eine Gegenüberstellung der Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson (korr. PMKP), die unter der Voraussetzung intervallskalierter Daten berechnet werden und die nicht-parametrischen Rangkorrelationen nach Spearman (NPKS), die den Zusammenhang zwischen ordinalskalierten oder nichtnormalverteilten Daten wiedergeben, ist der Tabelle 12 zu entnehmen.

Die Auflistung der korrigierten Trennschärfekoeffizienten nach Pearson bezüglich der jeweiligen Skala in der BPS-Gruppe zeigt, dass 18 der 70 Items (26%) eine Trennschärfe $r_{itc} <$ .30 aufweisen und somit nicht ausreichend differenzieren zwischen Probanden mit hohen und niedrigen Werten. Der Bereich, in dem sich die korrigierten Trennschärfekoeffizienten auf Skalenebene bewegen, liegt zwischen r_{itc} = .05 und r_{itc} = .66; 16 Items weisen eine als ‚gut' zu bezeichnende Trennschärfe von $r_{itc} \geq$ .50 auf (23%). Auffällig ist der hohe Anteil der nicht trennscharfen Items in der Skala *Impulsivität*: lediglich drei der 11 Items (27%) zeigen eine korrigierte Trennschärfe $r_{itc} \geq$ .30. Werden die korrigierten Trennschärfen der einzelnen Items in Bezug auf das gesamte Instrument betrachtet, so zeigt sich, dass 25 Items (36%) eine Trennschärfe unter $r_{itc} <$ .30 aufweisen (range: .04 bis .61). Lediglich zwei Items (3%) erreichen eine Trennschärfe $r_{itc} \geq$ .50.

Die Auswertung der korrigierten Trennschärfen nach Spearman zeigt im Vergleich zu Pearson ein leicht konservativeres Bild: auf Skalenebene finden sich 22 Items (31%) mit einer Trennschärfe $r_{itc} <$ .30 (range: .03 bis .64); 14 Items erreichen eine als gut zu bewertende Trennschärfe $r_{itc} \geq$ .50. Folglich zeigen 34 Items (49%) nach dieser Analysemethode eine ausreichende Fähigkeit, zwischen Probanden mit hohen und niedrigen Werten zu trennen. Die Trennschärfe hinsichtlich des gesamten Tests zeigt auch hier konservativere, aber vergleichbare Werte: 30 Items (43%) trennen nicht gut genug ($r_{itc} <$ .30); 28 Items (40%) sind

als ausreichend trennscharf zu bewerten und zwei Items (3%) sind als gut einzuschätzen (range r_{itc} = .03 bis .60).

Darüber hinaus wurde die parametrische korrigierte Trennschärfe der einzelnen Skalen auf der Grundlage der errechneten Mittelwerte berechnet. Der Tabelle 19 ist zu entnehmen, dass sich die ermittelten Korrelationen zwischen r_{itc} = .35 und r_{itc} = .59 bewegen.

In der gemischt-psychiatrischen Gruppe (Anhang A-3) zeigt die Auswertung der korrigierten Trennschärfe nach Pearson auf Skalenebene das folgende Bild: 35 Items (50%) weisen eine nicht ausreichende Trennschärfe r_{itc} < .30 auf. 13 Items (19%) liegen bei r_{itc} > .50 und 22 Items bewegen sich zwischen .30 ≤ r_{itc} ≤ .50 (range: -.11 bis .77). Auf die Gesamtskala bezogen zeigen 53 Items (76%) eine Trennschärfe r_{itc} < .30, 16 Items (23%) liegen im mittleren Bereich zwischen .30 ≤ r_{itc} ≤ .50. Lediglich ein Item liegt über r_{itc} > .50 (range r_{itc} = -.22 bis .58). Die Auswertung der nicht-parametrischen Korrelationen nach Spearman auf Skalenebene unterstützt diese Ergebnisse: 36 Items (51%) liegen demnach bei r_{itc} < .30, 26 Items (37%) bewegen sich im mittleren Bereich und acht (11%) zeigen eine gute Fähigkeit zur Trennschärfe (range r_{itc} = -.12 bis .63). Im Gesamt betrachtet erweisen sich 53 Items (76%) als nicht ausreichend trennscharf, 17 Items (24%) haben die Fähigkeit zu trennen, von denen ein Item als gut zu bewerten ist (range r_{itc} = -.21 bis .57).

Die Auswertung in der gesunden Kontrollgruppe (Anhang A-4) wird folgendermaßen zusammengefasst: nach Pearson zeigen auf Skalenebene 19 Items (27%) eine Trennschärfe r_{itc} > .30 (range: -.11 bis .87), auf die Gesamtskala bezogen weisen 14 Items (20%) eine korrigierte Trennschärfe r_{itc} > .30 (range: -.16 bis .53) auf. Die Analysen nach Spearman stützten dieses Ergebnis.

Die nachfolgende Tabelle 11 gibt einen Überblick über nicht ausreichend trennscharfe Items (nach Pearson). Es wird unterschieden, ob der jeweilige korrigierte Trennschärfekoeffizient des Items sich auf die Skala oder auf den Gesamttest bezieht. Im Anhang (A-2) sind die exakten Koeffizienten zu finden.

Tabelle 11

Auflistung der Items mit korrigierten Trennschärfekoeffizienten r_{itc} < .30, die sich auf die Skalenebene und/oder auf die Gesamttestebene in der BPS-Gruppe beziehen

Skala *Verlassenwerden*
1.6 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten den Wunsch verspürt, von jemanden gesagt zu bekommen, dass er/sie Sie liebt, sich um Sie kümmert, Sie nicht verlässt, Sie attraktiv findet etc.?*
1.7 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten jemanden nach einer Bestätigung oder Versicherung gefragt, mit dem Ziel, die Gewissheit zu erlangen, nicht verlassen zu werden?*
Skala *Zwischenmenschliche Beziehungen*
2.4 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten eine oder mehrere neue Beziehungen begonnen und/oder beendet?*
2.7 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten eine Beziehung zu einem Freund/ Kollegen/Familienmitglied oder einer anderen wichtigen Person beendet und sind dann wieder zusammen gekommen?*
2.8 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten eine oder mehrere neue Beziehung zu einem Freund/Kollegen/Familienmitglied oder anderen wichtigen Personen begonnen und/oder beendet?*
Skala *Identität*
3.3 Ist es in den letzten drei Monaten vorgekommen, dass Ihr Gefühl davon, ob Sie ein guter oder schlechter Mensch sind, sich stark geändert hat?
3.4 Welche langfristigen Pläne hatten Sie in den letzten drei Monaten? Zum Beispiel was für eine Ausbildung, berufliche Tätigkeit oder Karriere möchten Sie anstreben oder wünschen Sie sich? Haben diese Ziele sich in den letzten drei Monaten geändert?*
3.8 Haben Sie in den letzten drei Monaten mal daran gezweifelt, ob Sie sexuelle Beziehungen zu Männern oder Frauen haben wollen? Wie oft hat sich das in den letzten drei Monaten geändert?
Skala *Impulsivität*
4.2 Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten Sex mit Menschen, die Sie kaum oder gar nicht kannten?
4.3 Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten ungeschützten Sex?
4.4 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten zu viel Alkohol getrunken und/oder haben zur falschen Zeit getrunken?
4.5 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten „weiche“ Drogen verwendet und /oder haben zur falschen Zeit solche Drogen verwendet?
4.6 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen?
4.7 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten „harte“ Drogen verwendet?
4.8 Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten Episoden mit Essanfällen?

Fortsetzung

4.10 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten Diebstähle begangen?
Skala *Parasuizidales Verhalten*
5.4 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten an den Haaren gerissen/Haare ausgerissen?
5.5 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten geschnitten?*
5.6 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten Verbrennungen zugefügt?*
5.10 Wie häufig haben Sie Menschen in den letzten drei Monaten gesagt, dass Sie sich das Leben nehmen wollen?
5.12 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten konkrete Schritte unternommen, sich das Leben zu nehmen?*
5.13 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?
Skala *Gefühl der Leere*
7.2 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten aufgrund dieser Gefühle von Langeweile und Leere nichts unternommen, obwohl Sie eigentlich etwas unternehmen wollten?**
7.3 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten aufgrund dieser Gefühle von Langeweile und Leere etwas getan, obwohl Sie eigentlich, obwohl Sie eigentlich etwas ganz anderes tun wollten?*
7.4 Wie häufig ist es in den letzten drei Monaten vorgekommen, dass Sie sich keinen Moment ausruhen konnten?**
Skala *Wutausbrüche*
8.6 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten einen anderen Menschen angegriffen?
Skala *Dissoziation und paranoide Vorstellungen*
9.4 Wie häufig erging es Ihnen in den letzten drei Monaten so, dass Sie Ihnen vertraute Menschen oder Dinge nicht mehr erkannten?
9.8 Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten überzeugt davon, dass Sie von anderen Menschen unfair behandelt werden?**

Anmerkungen. * = bezieht sich auf den Gesamttest; ** = bezieht sich auf die jeweilige Skala; Items ohne Kennzeichnung beziehen sich sowohl auf den Gesamttest, als auch auf die Skalenebene.

Die folgende Tabelle 12 zeigt die einzelnen Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), Popularitätsindizes (p_m), min-max der eingeschätzten Häufigkeiten sowie die korrigierten Trennschärfen (r_{itc}) nach Pearson (PMKP) sowie nach Spearman (NPKS) bezogen auf die jeweilige Skala (bzw. Gesamtskala). Die Interrater-Reliabilität (ICC) ist ebenfalls dargestellt. Des Weiteren sind die korrigierten Trennschärfen nach Pearson der jeweiligen Skala aufgeführt. Die gesamten Werte beziehen sich die BPS-Gruppe.

Tabelle 12

Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Popularitätsindizes, min-max, korrigierte Trennschärfe nach Pearson und Spearman sowie ICC bezogen auf die BPS-Gruppe

			BPS-Gruppe (*n* = 163)				
Skala - Nr. des Item	*M (SD)*	*Median*	p_m	*min-max*	*korr. PMKP*	*korr. NPKS*	*ICC n* = 20*
1. *Verlassenwerden*					.35		
1.1	5.02 (3.84)	6	0.50	0-10	.51 (.37)	.53 (.32)	0.91
1.2	1.61 (3.02)	0	0.16	0-10	.55 (.37)	.55 (.34)	0.65
1.3	1.14 (2.44)	0	0.11	0-10	.45 (.31)	.47 (.27)	1.00
1.4	0.74 (1.88)	0	0.07	0-9	.42 (.42)	.38 (.34)	0.72
1.5	0.58 (1.72)	0	0.06	0-9	.42 (.31)	.43 (.23)	0.68
1.6	7.34 (3.58)	9	0.73	0-10	.35 (.14)	.37 (.16)	0.98
1.7	3.88 (3.99)	2	0.39	0-10	.50 (.25)	.52 (.21)	1.00
2. *Zwischenmenschliche Beziehungen*					.48		
2.1	5.33 (3.68)	7	0.53	0-10	.45 (.41)	.46 (.39)	0.89
2.2	5.77 (3.40)	7	0.58	0-10	.48 (.41)	.46 (.38)	0.89
2.3	1.55 (2.60)	0	0.15	0-10	.53 (.36)	.43 (.28)	0.88
2.4	0.38 (1.16)	0	0.04	0-8	.38 (.29)	.19 (.17)	0.88
2.5	4.68 (3.59)	5	0.47	0-10	.48 (.42)	.47 (.39)	0.82
2.6	4.97 (3.44)	5	0.50	0-10	.47 (.34)	.46 (.31)	0.83
3.1	2.12 (1.57)	3	0.53	0-4	.34 (.42)	.33 (.41)	0.74
3.2	2.07 (1.50)	2	0.52	0-4	.47 (.37)	.50 (.36)	0.85
3.3	2.20 (1.55)	3	0.55	0-4	.28 (.19)	.25 (.19)	0.86
3.4	1.48 (1.43)	1	0.37	0-4	.31 (.25)	.30 (.23)	0.37
3.5	1.26 (1.39)	1	0.31	0-4	.37 (.40)	.35 (.36)	0.68
3.6	1.85 (1.56)	2	0.46	0-4	.42 (.45)	.41 (.47)	0.90
3.7	1.28 (1.46)	0	0.32	0-4	.32 (.33)	.30 (.32)	0.42
3.8	0.66 (1.25)	0	0.17	0-4	.11 (.15)	.10 (.18)	0.64
4. *Impulsivität*					.57		
4.1	2.97 (3.44)	1	0.30	0-10	.33 (.47)	.32 (.40)	0.91
4.2	0.23 (0.93)	0	0.02	0-7	.14 (.10)	.10 (.07)	1.00
4.3	0.56 (1.74)	0	0.06	0-9	.05 (.04)	.03 (.03)	0.89
4.4	2.94 (3.41)	1	0.29	0-10	.21 (.15)	.23 (.15)	0.15
4.5	1.41 (2.89)	0	0.14	0-10	.18 (.14)	.22 (.16)	0.76
4.6	1.47 (2.85)	0	0.15	0-10	.24 (.27)	.24 (.23)	0.32
4.7	0.20 (0.94)	0	0.02	0-6	.14 (.12)	.08 (.07)	n.b.
4.8	3.93 (3.84)	4	0.39	0-10	.18 (.20)	.17 (.17)	0.77
4.9	2.54 (3.62)	0	0.25	0-10	.33 (.36)	.33 (.38)	0.90
4.10	0.21 (1.00)	0	0.02	0-10	.17 (.11)	.15 (.02)	n.b.
4.11	3.79 (3.33)	4	0.38	0-10	.45 (.61)	.44 (.60)	0.99
5. *Parasuizidales Verhalten*					.44		
5.1	2.86 (3.29)	1	0.29	0-10	.43 (.47)	.36 (40)	0.78
5.2	2.93 (3.83)	0	0.29	0-10	.40 (.32)	.32 (.26)	0.87
5.3	1.34 (2.85)	0	0.13	0-10	.36 (.38)	.28 (.35)	0.31
5.4	0.86 (2.26)	0	0.09	0-10	.25 (.26)	.15 (.23)	n.b.
5.5	2.83 (3.23)	1	0.28	0-10	.48 (.16)	.43 (.08)	0.54

Fortsetzung

Skala - Nr. des Item	*M (SD)*	*Median*	p_m	*min-max*	*korr. PMKP*	*korr. NPKS*	*ICC n* = 20*
5.6	0.69 (1.83)	0	0.07	0-9	.33 (.17)	.27 (.07)	1.00
5.7	0.53 (1.62)	0	0.05	0-10	.48 (.39)	.37 (.39)	0.31
5.8	0.70 (2.11)	0	0.07	0-10	.39 (.36)	.27 (.26)	0.88
5.9	5.04 (3.72)	5	0.50	0-10	.52 (.32)	.57 (.34)	0.82
5.10	1.42 (2.18)	0	0.14	0-9	.23 (.28)	.26 (.14)	0.93
5.11	2.64 (3.47)	1	0.26	0-10	.56 (.32)	.57 (.27)	0.99
5.12	0.53 (1.32)	0	0.05	0-10	.47 (.23)	.48 (.24)	n.b.
5.13	0.19 (0.68)	0	0.02	0-7	.28 (.09)	.24 (.-03)	0.00
6. *Affektive Instabilität*					.55		
6.1	8.37 (1.89)	9	0.84	0-10	.60 (.43)	.61 (.45)	0.87
6.2	8.01 (2.37)	9	0.80	0-10	.53 (.40)	.48 (.47)	0.92
6.3	6.52 (3.45)	8	0.65	0-10	.43 (.35)	.46 (.40)	0.99
6.4	6.86 (2.85)	8	0.69	0-10	.50 (.46)	.47 (.49)	0.89
6.5	6.80 (2.99)	8	0.68	0-10	.48 (.41)	.53 (.48)	0.77
7. *Gefühl der Leere*					.53		
7.1	7.82 (2.39)	8	0.78	0-10	.44 (.33)	.39 (.32)	0.80
7.2	5.78 (3.59)	7	0.58	0-10	.29 (.35)	.28 (.41)	0.86
7.3	4.80 (3.67)	6	0.48	0-10	.34 (.28)	.34 (.32)	0.85
7.4	5.81 (3.92)	8	0.58	0-10	.14 (.36)	.14 (.36)	0.98
8. *Wutausbrüche*					.49		
8.1	5.99 (3.27)	7	0.60	0-10	.60 (.36)	.58 (.40)	0.83
8.2	5.61 (3.96)	7	0.56	0-10	.41 (.37)	.44 (.43)	0.90
8.3	5.12 (3.66)	5	0.51	0-10	.63 (.36)	.63 (.36)	0.78
8.4	2.68 (2.91)	2	0.27	0-10	.66 (.44)	.64 (.48)	0.64
8.5	2.11 (2.78)	1	0.21	0-9	.53 (.48)	.49 (.43)	0.61
8.6	0.53 (1.52)	0	0.05	0-10	.29 (.24)	.32 (.24)	1.00
9. *Dissoziationen und paranoide Vorstellung*					.59		
9.1	5.29 (3.61)	7	0.53	0-10	.50 (.35)	.51 (.36)	0.98
9.2	3.26 (3.61)	2	0.33	0-10	.53 (.50)	.51 (.50)	0.73
9.3	2.12 (3.10)	0	0.21	0-10	.52 (.41)	.51 (.41)	0.86
9.4	0.75 (2.00)	0	0.07	0-10	.27 (.17)	.21 (.15)	n.b.
9.5	4.26 (3.80)	4	0.43	0-10	.42 (.33)	.40 (.33)	0.86
9.6	7.11 (3.60)	8	0.71	0-10	.31 (.34)	.32 (.30)	0.92
9.7	3.44 (3.93)	1	0.34	0-10	.34 (.41)	.32 (.35)	0.90
9.8	5.21 (3.54)	6.5	0.52	0-10	.28 (.39)	.27 (.37)	0.93

Anmerkungen. BPS-Gruppe = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung; *M (SD)* = Mittelwert (Standardabweichung); p_m = Popularitätsindex bei mehrstufigen Antworten; min-max: kleinster Wert – größter Wert; korr. PMKP: korrigierte Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson; korr. NPKS: korrigierte nicht-parametrische Korrelation nach Spearman; ICC: Intra-Class-Coeffizient; n.b. = wegen fehlender Voraussetzungen nicht berechnet.

* das n setzt sich folgendermaßen zusammen: 14 BPS-Patienten, 6 Patienten der gemischt-psychiatrischen Gruppe.

5.1.1. Homogenität

Das dritte Gütekriterium in der Itemanalyse stellt die *Homogenität* dar. Diese gibt den Grad an, in wie fern die Items eines Tests dasselbe Merkmal abbilden. Da dieser

Hintergrundfaktor jedoch unterschiedliche Ausprägungen aufweist, ist der Homogenität eine Grenze gesetzt. Die Homogenität zeigt die Schnittmengen auf, die sich durch die verschiedenen Items ergeben können. In dieser Arbeit werden zwei unterschiedliche Arten der Homogenitätsberechnung angewandt: Zum einen werden die Interkorrelationen der Items betrachtet und zum anderen wird anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft, ob die Skalen, die sich an den DSM-IV-Kriterien orientieren, bestätigt werden können.

5.1.2. Interkorrelation der Items

Die Betrachtung der Interkorrelationen der Items ermöglicht einen direkten Vergleich der Items miteinander sowie den Bezug zum Gesamttest. Aufgrund der Vielzahl der Items des BPDSI-IV wird auf die differenzierte tabellarische Darstellung verzichtet und die gemittelten Korrelationen der Items bezogen auf die jeweilige Skala sowie der gesamten Items angegeben. Da Korrelationskoeffizienten nicht normalverteilt sind, wurde vor der Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen eine Korrektur der Verteilung mit Hilfe der Fisher-Transformation vorgenommen (Lienert & Raatz, 1994). Wie in der Tabelle 13 ersichtlich ist, bewegen sich die mittleren Korrelationen der Items nach Pearson in Bezug auf die entsprechenden Skalen zwischen r = 0.14 (SD = 0.15) und r = 0.61 (SD = 0.20). Das Mittel über alle Item-Korrelationen liegt bei r = 0.18 (SD = 0.25). Die mittleren Korrelationen nach Spearman liegen zwischen r = 0.15 (SD = 0.18) und r = 0.80 (SD = 0.25); im gesamten Mittel liegt r = 0.17 (SD = 0.24). Die folgende Tabelle 13 gibt einen Überblick über die mittleren Interkorrelationen der Items in der BPS-Gruppe bezogen auf die entsprechende Skala und den gesamten Test.

Tabelle 13
Die z-tranformierten parametrischen (nach Pearson) und non-parametrischen (nach Spearman) mittleren (M) Inter-Item-Korrelationen mit Standardabweichungen (SD)

Skala	Inter-Item-Korrelation (*z*-transformiert)	
	Pearson *M* (*SD*)	Spearman *M* (*SD*)
Verlassenwerden	0.48 (0.18)	0.49 (0.17)
Zwischenmenschliche Beziehungen	0.32 (0.15)	0.40 (0.27)
Identität	0.29 (0.20)	0.28 (0.16)
Impulsivität	0.14 (0.15)	0.15 (0.18)
Parasuizidale Verhaltensweisen	0.30 (0.20)	0.31 (0.22)
Affektive Instabilität	0.61 (0.20)	0.80 (0.24)
Gefühl der Leere	0.35 (0.25)	0.38 (0.25)
Wutausbrüche	0.59 (0.20)	0.80 (0.25)
Dissoziationen und paranoide Vorstellungen	0.35 (0.22)	0.37 (0.25)
Gesamt	0.18 (0.25)	0.17 (0.24)

Die BPS-Gruppe stellt zum einen aufgrund ihrer Diagnose an sich und zum anderen durch das unterschiedliche Setting, aus dem die erhobenen Daten der BPS-Patienten stammen, eine heterogene Gruppe dar. Dieses Faktum kann ein möglicher Einflussfaktor auf die Inter-Item-Korrelationen darstellen. Eine Differenzierung in die jeweiligen Subgruppen *Ambulant* (*n* = 47) und *Stationär* (*n* = 116) verbunden mit der Überprüfung der Inter-Item-Korrelationen, zeigt einige Unterschiede im Hinblick auf die einzelnen Skalen. In der ambulanten BPS-Gruppe erhöht sich die mittlere z-transformierte Inter-Item-Korrelation nach Pearson in der Skala *Verlassenwerden* von ursprünglich *r* = 0.48 (*SD* = 0.18) auf *r* = 0.56 (*SD* = 0.30). Die Items der Skala *Parasuizidale Verhaltensweisen* korrelieren in dieser ambulanten Subgruppe zu *r* = 0.38 (*SD* = 0.19), in der gesamten BPS-Gruppe zu *r* = 0.30 (*SD* = 0.20). In der stationären BPS-Gruppe werden die stärksten Abweichungen in der Skala *Zwischenmenschliche Beziehungen* deutlich: hier korrelieren die Items zu *r* = 0.47 (0.15) miteinander. Die Items der gesamten BPS-Gruppe hängen zu *r* = 0.32 (*SD* = 0.15) zusammen. Des Weiteren zeigt sich in der Skala *Affektive Instabilität* eine Erhöhung der mittleren Inter-Item-Korrelation von ursprünglich *r* = 0.61 (*SD* = 0.20) auf *r* = 0.70 (*SD* = 0.15). Wird der gesamte Test betrachtet, so ergeben sich jedoch im Mittel keine bedeutsamen Unterschiede

bei Betrachtung der Untergruppen. Die Korrelationen nach Spearman zeigen ein vergleichbares Ergebnis.

5.1.3. Konfirmatorische Faktorenanalyse

Mithilfe der konfirmatorischen Faktorenanalyse werden theoretisch oder empirisch gut fundierte Modelle auf ihre Modellgüte getestet. Vom Anwender wird a priori aufgrund theoretischer Vorüberlegungen ein Modell spezifiziert mit einer bestimmten Anzahl an beobachteten Variablen, die mit der bzw. den vermuteten latenten Variablen hinsichtlich ihres „fits", also ihrer Passung, überprüft werden. Analysiert werden Kovarianz- bzw. Korrelationsmatrizen. In Bezug auf die vorliegenden Daten wurden im ersten Schritt die neun Skalen des BPDSI-IV, die sich an den entsprechenden neun DSM-IV-Kriterien orientieren, auf ihre Güte untersucht. Im zweiten Schritt wurden diejenigen Skalen, die thematisch zwei Themen beinhalten (*Zwischenmenschliche Beziehungen*, *Parasuizidales Verhalten*, *Dissoziationen und paranoide Vorstellungen*) entsprechend ihrer Inhalte in Unterskalen aufgeteilt und wiederum auf ihre Modellgüte überprüft. Im Einzelnen bedeutet das folgendes Vorgehen: die Skala 2 (*Zwischenmenschliche Beziehungen)* besteht insgesamt aus acht Items. Die ersten vier Items beziehen sich auf die aktuelle Partnerschaft; die letzten vier fragen nach Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich bezüglich aller anderen wichtigen Beziehungen außer der partnerschaftlichen. In Abhängigkeit des Bezugsrahmens wurden hier Unterskalen gebildet. Die ersten vier Items bilden nun die Skala 2a und die verbleibenden die Skala 2b. Die Skala 5 (*Parasuizidales Verhalten*) beinhaltet 13 Items, acht Items fragen nach der Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten und fünf beziehen sich auf suizidale Gedanken, Pläne und Versuche. Entsprechend der unterschiedlichen Thematik wurde diese Skala in 5a und 5b aufgeteilt. Analog dazu wurde die Aufteilung der Skala 9 (*Dissoziationen und paranoide Vorstellungen*) vorgenommen. Die ersten fünf Items dieser Skala behandeln thematisch verschiedene Arten der Dissoziation (Skala 9a), während die letzten drei Items sich auf paranoide Vorstellungen beziehen (Skala 9b). Aufgrund der zu geringen Itemanzahl, die sich mit paranoiden Vorstellungen befassen, war die Berechnung der konfirmatorischen Faktorenanalyse nicht möglich. Die ursprünglichen, unveränderten Skalen finden sich im Anhang (A-5) in Klammern gesetzt, die neu gebildeten Skalen sind jeweils in a und b unterteilt.

Bei der Berechnung einer konfirmatorischen Faktorenanalyse wird eine hohe Anzahl an so genannten *Goodness-of-Fit-Indizes* ausgegeben; diese stellen Kennwerte zur Beurteilung

der Modellgüte dar. In der Regel liegen diese zwischen Null und Eins. In der Auswahl der hier dargestellten Fit-Indizes mit entsprechenden Cut-Off-Werten wurden Empfehlungen von Experten als Orientierung genutzt (Beauducel & Wittmann, 2005; Fan, Thompson & Wang, 1999; Hu & Bentler, 1999; Jackson, Gillaspy & Purc-Stephenson, 2009).

Als *inkrementelle* oder *komparative Fit-Indizes* werden diejenigen bezeichnet, die die Abweichung von einem Independence-Modell (Null-Modell, also das schlechteste Modell) überprüfen. Es gibt drei Typen von komparativen Fit-Indizes. Je höher der Typus, desto mehr Parameter fließen in die Berechnung ein. Des Weiteren werden *absolute Fit-Indizes* berechnet, die das vorliegende Modell mit dem *saturated-Modell*, also dem bestmöglichen Modell, abgleichen.

Die Tabelle im Anhang (A-5) zeigt die wesentlichen Kennwerte der konfirmatorischen Faktorenanalye. Die einzelnen Werte erklären sich wie folgt: Der Chi-Quadrat-Test (χ^2) mit den entsprechenden Freiheitsgraden (*df*) überprüft die Nullhypothese, dass das Modell, folglich die jeweils relevante Skala, zur Datenstruktur passt, d.h. bei einem $p \leq 0.05$ wird die Hypothese auf Modellfit abgelehnt. In der konkreten Stichprobe werden die Skalen *Zwischenmenschliche Beziehungen: Partnerschaft (a), Andere Beziehungen (b); Identität; Gefühl der Leere; Wutausbrüche und Dissoziationen (a)* durch den Chi-Quadrat-Test nicht abgelehnt.

Liegt der *critical ratio*, der mit Hilfe des Mardia-Tests ausgegeben wird, unter 1.96 darf von einer multivariaten Normalverteilung ausgegangen werden. Wird als Schätzmethode der unbekannten Parameter in der Gesamtpopulation anhand der zugrundeliegenden Stichprobe die Maximum-Likelihood-Methode gewählt, besteht die Gefahr der Überschätzung der Chi-Quadrat-Statistik, sofern keine multivariate Normalverteilung angenommen werden kann. In diesem Fall wird die *Bollen-Stine-Bootstrap-Methode* angewandt, eine *Resampling-Methode*, mit Hilfe derer ein korrigiertes *p* unter verteilungsfreien Bedingungen ausgegeben wird. Unter Resampling wird folgendes Vorgehen verstanden: die vorliegende Stichprobe wird als beste Approximation der Gesamtpopulation betrachtet. Eine flexibel wählbare Anzahl an Stichproben mit dem Umfang *N* wird aus der konkret vorliegenden Stichprobe gezogen („Ziehen mit Zurücklegen“). Für die gezogenen Bootstrap-Stichproben wird der entsprechende Parameter geschätzt (Davison, 2003; Efron, 1979). In der zugrundeliegenden Stichprobe wird nach der Bollen-Stine-Bootstrap-Methode die Skala *Verlassenwerden* ebenfalls nicht abgelehnt.

Der Goodness-of-Fit-Index (*GFI*) und der Adjusted-Goodness-of-Fit-Index (*AGFI*), der die Anzahl der Variablen sowie die Freiheitsgrade berücksichtigt, zeigen an, wie viel Varianz der Gesamtvarianz durch ein Modell aufgeklärt werden kann. Diese entsprechen folglich einem R^2, das maximal Eins werden kann. Diese Indizes gehören der Gruppe der „absoluten Indizes“ an. In der Literatur ist verbreitet der Einsatz dieser Kennwerte zur Überprüfung der Modellgüte zu finden. Allerdings raten Hu und Bentler (1999) von der Verwendung von GFI und AGFI ab, da sie zwischen Stichproben mit stark unterschiedlichem Umfang nicht vergleichend einsetzbar seien. Darüber hinaus berichten Fan et al. (1999), dass diese Indizes bei großen Stichproben ($N > 250$) zu höheren Werten tendieren würden. Mit Blick auf die kritischen Aspekte werden in dieser Arbeit der GFI und der AGFI angegeben, da die hier zugrundeliegende Stichprobe laut Definition nicht zu den großen Stichproben zählt. Der GFI sollte nach Empfehlungen einen Wert ≥ 0.95 und der AGFI einen Wert ≥ 0.90 annehmen. Wie aus der Tabelle (Anhang A-5) ersichtlich wird, schneiden die folgenden Skalen gemessen an GFI und AGFI hinreichend gut ab: *Zwischenmenschliche Beziehungen: Partnerschaft (a), Andere Beziehungen (b); Identität; Gefühl der Leere; Wutausbrüche* und *Dissoziationen (a)*. Die Skala *Parasuizidales Verhalten* weist ebenfalls einen GFI über dem empfohlenen Cut-off-Wert auf, jedoch nicht der AGFI.

Der Comparative-Fit-Index (*CFI*), der zu der Gruppe der inkrementellen oder komparativen Indizes zählt, vergleicht das tatsächliche Modell mit einem Independence-Modell. Je größer der Unterschied zwischen diesen Modellen ist, desto höher fällt der CFI aus. Er kann maximal Eins erreichen; empfohlen wird ein Cut-off ≈ 0.95. Auch dieser Index weist die Skalen *Zwischenmenschliche Beziehungen: Partnerschaft (a), Andere Beziehungen (b); Identität; Gefühl der Leere; Wutausbrüche* und *Dissoziationen (a)* als passend aus.

Der Standardized-Root-Mean-Square-Residual (*SRMR*) sowie der Root-Mean-Square-Error-of-Approximation (RMSEA) gehören der Gruppe der absoluten Fit-Indizes an. Sie nehmen einen Vergleich zum bestmöglichen Modell vor. Der RMSEA betrachtet die Differenz der beobachteten zur implizierten Varianz-Kovarianz-Matrix. In dieser Berechnung wird im Vergleich zur Berechnung des SRMR die Anzahl der Freiheitsgrade berücksichtigt. Eine geringe Anzahl an Freiheitsgraden bedeutet eine höhere Komplexität des Modells; je komplexer das Modell, desto größer wird der RMSEA. Für Stichproben < 250 sollte der RMSEA ≤ .08 ausfallen. Bei den Skalen *Identität*, *Wutausbrüche*

und *Dissoziationen (a)* liegt der RMSEA unter der geforderten Grenze. Das entsprechende Konfidenzintervall sollte mit ausgewiesen werden und optimalerweise Null enthalten.

Der SRMR zeigt nur eine geringe Sensitivität gegenüber der Stichprobengröße; der SRMR sollte einen Wert ≤ .11 aufweisen, was auf die folgenden Skalen zutrifft: *Zwischenmenschliche Beziehungen: Partnerschaft (a), Andere Beziehungen (b); Identität; Gefühl der Leere; Wutausbrüche und Dissoziationen (a).*

Der *PCLOSE* prüft, ob der RMSEA größer als .05 ist. Liegt der *p*-Wert < .05 wird die Hypothese, dass der RMSEA < .05 ist, abgelehnt. Man spricht in diesem Fall von einem „näherungsweisen Modell-Fit“. Die Skalen *Zwischenmenschliche Beziehungen: Partnerschaft (a), Andere Beziehungen (b); Identität; Gefühl der Leere; Wutausbrüche und Dissoziationen (a)* weisen einen nicht signifikanten *p*-Wert aus und beinhalten in ihrem Konfidenzintervall die Null.

Zusammengefasst stellen sich die Ergebnisse zur Itemanalyse folgendermaßen dar: Die Popularitätsindizes in der BPS-Gruppe liegen zwischen 0.02 und 0.84 mit einem Mittelwert von 0.33 und einer Standardabweichung von 0.23. Erwartungsgemäß zeigen die Popularitätsindizes in der gemischt-psychiatrischen- und der gesunden Kontrollgruppe deutlich niedrigere Werte. 26% der korrigierten Trennschärfekoeffizienten in der BPS-Gruppe bezogen auf die entsprechende Skala und 36% bezogen auf das gesamte Instrument weisen zu geringe Werte auf (r_{itc} < .30), in den anderen Gruppen zeigen sich diesbezüglich eine höhere Anzahl an nicht-trennscharfen Items. In Bezug auf die Berechnungen zur Homogenität zeigen die z-transformierten parametrischen Inter-Item-Korrelationen eine Spannbreite von *M* = 0.14 (*SD* = 0.15) bis *M* = 0.61 (*SD* = 0.20). Im Gesamten zeigt sich ein Mittelwert von 0.18 (*SD* = 0.25). Die non-parametrischen Berechnungen zeigen ein vergleichbares Ergebnis. Durch die Berechnung der konfirmatorischen Faktorenanalyse wurden vier der neun Skalen in der Überprüfung auf Modellfit nicht abgelehnt. Nach inhaltlich begründeter Unterteilung in Subskalen wurden insgesamt sieben Skalen nicht abgelehnt. In der Gesamtbetrachtung unter Einbezug der verschiedenen Kennwerte zeigen sechs Skalen ein gutes Ergebnis.

5.2. Testgütekriterien

Im Folgenden werden zunächst die drei Hauptgütekriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität*, die in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen, inhaltlich beschrieben. Des Weiteren werden die entsprechenden Ergebnisse dargestellt.

5.2.1. Objektivität

Um ein Verfahren als objektiv bewerten zu können, muss die Unabhängigkeit der Ergebnisse sowie der daraus resultierenden Schlussfolgerungen von den jeweils variierenden Bedingungen der Testdurchführung und –auswertung gegeben sein (Krohne & Hock, 2007). Eine Vergleichbarkeit der Testergebnisse muss gewährleistet sein, damit das Einsetzen eines Instrumentes in einer diagnostischen Untersuchung effektiv und sinnvoll ist. Drei unterschiedliche Arten von Objektivität werden unterschieden: Die *Durchführungsobjektivität* kann durch ein vorgegebenes standardisiertes und strukturiertes Vorgehen erreicht werden. Im BPDSI-IV sind genaue Instruktionen für den Anwender bezüglich der Durchführung des Interviews gegeben. Jedoch ist es ein so genanntes semi-strukturiertes Interview, das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Interaktionseffekte vorliegen können. Die *Auswertungsobjektivität* im BPDSI-IV wird durch genaue Vorgaben der Berechnung von Skalenmittelwerten sowie des Gesamtwertes realisiert. In der vorliegenden Arbeit wurden 20 Interviews durch einen zweiten Beurteiler anhand von Videoaufnahmen eingeschätzt. 14 (70%) dieser 20 Teilnehmer waren BPS-Patienten, sechs (30%) Patienten wiesen eine Störung aus dem affektiven oder neurotischen Bereich auf. Diese Zusammensetzung entspricht ungefähr dem Verhältnis der BPS-Patienten (74%) zu den Patienten der gemischt-psychiatrischen Gruppe (26%).

Auf Itemebene (s. Tabelle 12), Skalenebene sowie hinsichtlich des Gesamtwertes wurden Intraklassenkorrelationen berechnet, die die so genannte *Auswerter-Objektivität* oder *Übereinstimmungsreliabilität* angeben. Mit Ausnahme der Likert-skalierten Unterskala *Identität* (r_k = .84), liegen diese Korrelationen im hohen Bereich (r_k > .90; laut Weise, 1975; s. Tabelle 14). Die *Interpretationsobjektivität* bezieht sich auf die Schlussfolgerungen, die aufgrund der Testergebnisse gezogen werden. Durch die Möglichkeit der Einordnung des individuellen Testergebnisses durch die Bildung von Wertebereichen und Cut-off-Werten anhand der Normierungsstichprobe kann von dieser dritten Art der Objektivität ausgegangen werden.

Tabelle 14

Darstellung der Interrater-Reliabilität bezogen auf die neun Skalen des BPDSI-IV

BPDSI-IV-Skalen	Intraclass-Coeffizient *ICC* (*n* = 20)	95%-Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
Verlassenwerden	.99	.96	.99
Zwischenmenschliche Beziehungen	.99	.97	1.00
Identität	.87	.67	.95
Impulsivität	.99	.97	1.00
Parasuizidale Verhaltensweisen	.98	.96	.99
Affektive Instabilität	.96	.89	.98
Gefühl der Leere	.97	.91	.99
Wutausbrüche	.99	.98	1.00
Dissoziationen und paranoide Vorstellungen	.99	.97	1.00
Gesamtwert	.97	.97	.98

5.2.2. Reliabilität

Unter dem Begriff *Reliabilität* wird die Messgenauigkeit eines Instrumentes verstanden. Der Inhalt ist in diesem Zusammenhang jedoch bedeutungslos, das heißt, ein Instrument kann sich durch eine hohe Reliabilität, aber eine geringe Validität auszeichnen. Als Reliabilität bezeichnet man den Quotienten der „wahren Varianz“ an der „beobachteten Varianz“, folglich den Anteil, den die wahre Varianz an der beobachteten Varianz einnimmt. Es gibt vier verschiedene Arten, die Reliabilität zu schätzen: Schätzung der internen Konsistenz nach Cronbachs Alpha sowie nach Testhalbierung und Schätzung der Reliabilität nach der Paralleltest- sowie der Retestmethode. Im Folgenden werden die beiden erstgenannten Schätzmodelle zur internen Konsistenz vorgestellt, da sie in dieser Arbeit Anwendung gefunden haben. Nähere Informationen zu den anderen Modellen finden sich z.B. bei Fisseni (2004).

Testhalbierungskoeffizienten stellen Konsistenzkoeffizienten auf der Grundlage von zwei oder mehreren Testteilen dar. Bei der Testhalbierungsmethode (Split-Half) wird der Test in zwei Teile geteilt und die entsprechende Korrelation ermittelt. Anschließend wird das Ergebnis der Korrelation mit Hilfe einer Korrekturformel aufgewertet, da der Test aufgeteilt und somit künstlich verkürzt wurde. Dieser Effekt soll durch die Korrektur ausgeglichen

werden. In der Praxis wird häufig die Spearman-Brown-Korrekturformel eingesetzt. Um Über- oder Unterschätzungen zu vermeiden, muss im Vorfeld geprüft werden, ob die Mittelwerte und Standardabweichungen der Testteile keine bedeutsamen Unterschiede aufweisen. Sollten Signifikanzen zu finden sein, wird die Formel von Guttman eingesetzt. In dem vorliegenden Datensatz wurden Unterschiede deutlich, so dass das Ergebnis nach Guttman korrigiert wurde. Bezogen auf die gesamte Stichprobe (*N* = 264) liegt der Split-Half-Koeffizient bei .86, in der BPS-Gruppe (*N* = 163) liegt die untere Grenze nach Guttman für die wahre Reliabilität bei .72.

Cronbachs Alpha ist ein verbreitetes Maß zur Schätzung der Reliabilität durch Zerlegung des Tests in die Anzahl der vorhandenen Items unter der Annahme unkorrelierter Fehler. Zu diesem Zweck wird eine konfirmatorische Faktorenanalyse empfohlen, um zu erkennen, ob ein Test bzw. eine Skala eindimensional ist und ob korrelierte Fehler vorliegen. Da die Berechnung der konfirmatorischen Faktorenanalyse in Bezug auf die Skalen des BPDSI-IV bereits gezeigt hat, dass nicht alle Skalen als eindimensional interpretiert werden können, muss Cronbachs Alpha vorsichtig betrachtet werden. Bei denjenigen Skalen, die inhaltlich aufgrund der Behandlung zweier Themen aufgeteilt wurden, wird Cronbachs Alpha zusätzlich dargestellt (kursiv). In der folgenden Tabelle 15 ist Cronbachs Alpha für die gesamte Gruppe und für die BPS-Gruppe aufgeführt. Die Werte, die die geforderte Mindesthöhe von .80 erfüllen, sind hervorgehoben.

Tabelle 15

Cronbachs Alpha der Skalen sowie des Gesamtwerts des BPDSI-IV in der BPS-Gruppe und der gesamten Gruppe

BPDSI-IV-Skalen/ Gesamtwert	Cronbach-α BPS-Gruppe *n* = 163	Cronbach-α Gesamte Gruppe *N* = 264
Verlassenwerden	.72	.75
Zwischenmenschliche Beziehungen	.74	**.80**
a) Partnerschaft	*.65*	*.72*
b) Andere Beziehungen	*.59*	*.66*
Identität	.63	**.82**
Impulsivität	.54	.69
Parasuizidale Verhaltensweisen	.76	**.82**
a) Parasuizidale Verhaltensweisen	*.69*	*.75*
b) Suizidalität	*.66*	*.70*
Affektive Instabilität	.73	**.89**
Gefühl der Leere	.49	**.80**
Wutausbrüche	.76	**.81**
Dissoziationen u. paranoide Vorstellungen	.70	**.81**
a) Dissoziationen	*.74*	*.79*
b) Paranoide Vorstellungen	*.57*	*.70*
Gesamtwert	**.90**	**.96**

5.2.3. Validität

Unter *Validität* wird das Ausmaß verstanden, in wie fern Testergebnisse Rückschlüsse auf das zu untersuchende Merkmal zulassen. Validität wird als das wichtigste Testgütekriterium bezeichnet. Drei unterschiedliche Arten werden unterschieden: *Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität.* Inhaltliche Validität wird einem Test dann zugesprochen, wenn der Inhalt der Items für das zu untersuchende Merkmal relevant und in ihrem Umfang repräsentativ ist. Die Beurteilung dessen übernehmen Experten aufgrund fachlicher Überlegungen.

Die Entwicklung des BPDSI-IV wurde von Wissenschaftlern vorgenommen, die sowohl im klinischen als auch im wissenschaftlichen Rahmen Erfahrungen im Bereich des

Störungsbildes aufzeigen können. Des Weiteren orientieren sich die Skalen an den DSM-IV Kriterien für die BPS, die auf empirischer Basis entstanden sind. Aufgrund dessen scheint die inhaltliche Validität hinreichend gesichert.

Die Kriteriumsvalidität bezieht sich auf den Vergleich von Testscore und Kriteriumsscores, die zeitgleich mit dem Testscore erhoben werden. Man unterscheidet *konkurrente*- und *Vorhersagevalidität.* In dieser Arbeit ist die konkurrente Validität, also die *Übereinstimmungsvalidität*, von Bedeutung. Diese wird anhand von Korrelationen des Testscores und der jeweiligen Kriterienscores dargestellt. Die Grundannahme ist, dass das, was der jeweilige Kriteriumsscore repräsentiert, bekannt ist, so dass die Höhe der Korrelation einen Indikator für das zu messende Merkmal im Kriterium darstellt.

Die Skalenmittelwerte und der Gesamtwert des BPDSI-IV wurden sowohl mit den DSM-IV-Kriterien, die mit Hilfe des SKID-II (BPS-Teil) erhoben worden sind, als auch mit den eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumenten, nach Spearman korreliert. Eine Differenzierung der Korrelationen zwischen der gesamten Stichprobe und der BPS-Gruppe wurde vorgenommen.

Die folgende Tabelle 16 bezieht sich auf die gesamte Stichprobe, von denen 220 vollständige Datensätze in die Analyse einbezogen worden sind. Es wird ersichtlich, dass mit Ausnahme der Skala *Zwischenmenschliche Beziehungen* die BPDSI-IV-Skalen jeweils am höchsten mit den entsprechenden SKID-II-Kriterien korrelieren (range: r = .55 bis .76). Der *D-Score* wird gebildet aus der Summe der jeweiligen Bewertungen und korreliert am stärksten mit dem Gesamtwert des BPDSI-IV (r = .82). Die gesamten Korrelationen sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

Tabelle 16

Korrelationen der BPDSI-IV Skalen/Gesamtwert mit den SKID-II-Kriterien/Summen-Score (D-Score)in der gesamten Stichprobe (N = 220)

SKID-II / *BPDSI-IV*	*Verl-werd*	*Zw. Bez.*	*Ident.*	*Imp.*	*Para. Verh.*	*Aff. Inst.*	*Leere*	*Wut.*	*Disso /para*	*D-Score*
Verl-werd.	**.64****	.50**	.44**	.48**	.44**	.45**	.45**	.48**	.35**	.56**
Zw. Bez.	.56**	**.55****	.46**	.51**	.52**	.52**	.53**	.57**	.42**	.61**
Ident.	.55**	.62**	**.69****	.56**	.64**	.58**	.64**	.49**	.58**	.67**
Imp.	.49**	.51**	.52**	**.73****	.60**	.46**	.55**	.59**	.54**	.63**
Para. Verh.	.50**	.50**	.60**	.55**	**.75****	.54**	.62**	.49**	.61**	.60**
Aff. Inst.	.48**	.57**	.62**	.54**	.66**	**.62****	.56**	.56**	.54**	.67**
Leere	.51**	.57**	.59**	.61**	.59**	.56**	**66****	.55**	.57**	.66**
Wut.	.47**	.55**	.47**	.57**	.55**	.50**	.51**	**.76****	.46**	.60**
Disso/para.	.52**	.57**	.57**	.59**	.62**	.56**	.59**	.55**	**.71****	.69**
Gesamtwert	.60**	.65**	.67**	.68**	.69**	.63**	.68**	.69**	.62**	**.82****

Anmerkungen. Verl-werd = Verlassenwerden; Zw. Bez. = Zwischenmenschliche Beziehungen; Ident. = Identität; Imp. = Impulsivität; Para. Verh. = Parasuizidale Verhaltensweisen; Aff. Inst. = Affektive Instabilität; Leere = Gefühl der Leere; Wut. = Wutausbrüche; Disso/para. = Dissoziationen und paranoide Vorstellungen; D-Score = Summe der Bewertungen.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (einseitig) signifikant.

Die Korrelationen der SKID-II-Kriterien und der Summenwert mit den BPDSI-IV-Skalen und dem Gesamtwert zeigt die folgende Tabelle 17, die sich auf die BPS-Gruppe bezieht. Der stärkste Zusammenhang zeigt sich auch hier jeweils zwischen der BPDSI-IV-Skala und dem entsprechendem SKID-II-Kriterium (range: r = .16 bis .50). Die Korrelationen sind bezüglich der Skalen *Zwischenmenschliche Beziehungen* sowie *Affektive Instabilität* signifikant von Null verschieden, die anderen Skalen weisen hochsignifikante Korrelationen mit den entsprechenden SKID-II-Kriterien auf. Der Gesamtwert korreliert auch in dieser Gruppe am stärksten mit dem D-Score (r = .52).

Tabelle 17
Korrelationen der BPDSI-IV Skalen/Gesamtwert mit den SKID-II-Kriterien/Summenwert (D-Score) in der BPS-Gruppe (n = 152)

SKID-II / BPDSI-IV	*Verl-werd*	*Zw. Bez.*	*Ident*	*Imp.*	*Para. Verh.*	*Aff. Inst.*	*Leere*	*Wut.*	*Disso /para*	*D-Score*
Verl-werd.	**.33****	.11	.04	.09	-.13	.02	.04	.19**	-.15*	.26**
Zw. Bez.	.20**	**.16***	.03	.10	-.08	.10	.14*	.24**	-.10	.34**
Ident.	.02	.15*	**.39****	.06	.01	.05	.18*	-.07	.04	.36**
Imp.	.04	.00	.09	**.45****	.04	-.03	.11	.16*	.05	.35**
Para. Verh.	-.05	-.14*	.13	.08	**.40****	-.02	.17*	-.10	.17*	.20**
Aff. Inst.	-.07	.10	.23**	.06	.16*	**.18***	.06	.11	.01	.33**
Leere	-.04	.03	.16*	.22**	-.09	-.03	**.25****	.12	.08	.30**
Wut.	.06	.12	.01	.10	-.07	.09	.04	**.50****	-.08	.33**
Disso/para.	.02	.05	.13	.12	-.01	.05	.10	.07	**.40****	.40**
Gesamt-score	.07	.13	.23**	22**	-.01	.09	.19**	.24**	.04	**.52****

Anmerkungen. Verl-werd = Verlassenwerden; Zw. Bez. = Zwischenmenschliche Beziehungen; Ident. = Identität; Imp. = Impulsivität; Para. Verh. = Parasuizidale Verhaltensweisen; Aff. Inst. = Affektive Instabilität; Leere = Gefühl der Leere; Wut. = Wutausbrüche; Disso/para. = Dissoziationen und paranoide Vorstellungen; D-Score = Summe der Bewertungen.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (einseitig) signifikant.
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (einseitig) signifikant.

Die folgende Tabelle 18 zeigt die Zusammenhänge in Form von Korrelationen bezüglich der gesamten Stichprobe (*N* = 231) sowie der BPS-Gruppe (*n* = 163) zwischen den BPDSI-IV-Skalen bzw. dem Gesamtwert und den eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumenten. Das Instrument BDI misst das Ausmaß der aktuell vorhandenen Depressivität; der Summenwert des BDI korreliert in der gesamten Stichprobe und in der BPS-Gruppe am deutlichsten mit der Skala *Parasuizidale Verhaltensweisen* (*r* = .81; *r* = .63). Der GSI des BSI misst die allgemeine psychische Belastung und hängt auf Skalenebene in beiden Gruppen am stärksten mit *Dissoziationen und paranoide Vorstellungen* zusammen (*r* = .78; *r* = .56). Der höchste Wert wird im Zusammenhang mit dem Gesamtwert erreicht (*r* = .83; *r* = .63). Dissoziationen in verschiedenen Ausprägungen werden mit dem FDS erhoben. Erwartungsgemäß korreliert dieses Instrument in beiden Gruppen mit der Skala *Dissoziationen und paranoide Vorstellungen* (*r* = .77; *r* = .54) am höchsten. In der gesamten Gruppe zeigt sich ein ebenso starker Zusammenhang zum Gesamtwert (*r* = .77). Die IS-27 misst aktuell vorliegende unterschiedliche Arten von Impulsivität; sie zeigt auf Skalenebene in beiden Gruppen den stärksten Zusammenhang mit

der Skala *Parasuizidale Verhaltensweisen* (*r* = .78; *r* = .51); die Korrelation mit dem Gesamtwert liegt bei *r* = .85 bzw. *r* = .63. Eigenschaftsbasierte Impulsivität wird mit der BIS-11 erhoben. Zu *r* = .61 bzw. *r* = .36 korreliert dieses Instrument mit der Skala *Impulsivität*. In der gesamten Stichprobe liegt die Korrelation mit dem Gesamtwert des BPDSI-IV ebenfalls bei *r* = .61.

Tabelle 18
Korrelation der BPDSI-IV-Skalen sowie des Gesamtwert mit den eingesetzten Messinstrumenten für die gesamte Gruppe (N = 231) sowie – in Klammern - für die BPS-Gruppe (n = 163)

Selbstbeurteilung / BPDSI-IV	*BDI* *N = 231* *(n = 163)*	*BSI (GSI)* *N = 231* *(n = 163)*	*FDS* *N = 231* *(n = 163)*	*IS-27* *N = 231* *(n = 163)*	*BIS-11* *N = 231* *(n = 163)*
Verlassen werden	.42**(.03)	.50**(.21**)	.54**(.26**)	.55**(.26**)	.38**(.11)
Zwischenmenschliche Beziehungen	.46**(.10)	.53**(.23**)	.51**(.17*)	.61**(.28**)	.45**(.17*)
Identität	.67**(.35**)	.70**(.39**)	.67**(.29**)	.72**(.41**)	.48**(.10)
Impulsivität	.60**(.33**)	.65**(.41**)	.61**(.28**)	.73**(.50**)	.61**(.36**)
Parasuizidale Verhaltensweisen	.81**(.63**)	.76**(.49**)	.69**(.32**)	.78**(.51**)	.46**(.07)
Affektive Instabilität	.73**(.43**)	.76**(.48**)	.66**(.31**)	.76**(.50**)	.51**(.19**)
Gefühl der Leere	.70**(.35**)	.76**(.48**)	.67**(.30**)	.71**(.37**)	.56**(.30**)
Wutausbrüche	.53**(.21**)	.60**(.35**)	.55**(.24**)	.66**(.39**)	.54**(.25**)
Dissoziationen u. para. Vorstellungen	.71**(.41**)	.78**(.56**)	.77**(.54**)	.75**(.47**)	.55**(.22**)
Gesamtwert	.76**(.48**)	.83**(.68**)	.77**(.47**)	.85**(.63**)	.61**(.31**)

Anmerkungen. BDI = Beck-Depressons-Inventar; BSI (GSI) = Brief Symptom Inventory (Global Severity Index); FDS = Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen; IS-27 = Impulsivitätsskala; BIS-11 = Barratt Impulsiveness Scale.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (einseitig) signifikant.
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (einseitig) signifikant.

Die Konstruktvalidität, die die beiden anderen Arten, die inhaltliche und die kriteriumsbezogene Validität, mit einschließt, lässt sich umschreiben als Übereinstimmung des Testscores mit Scores theoretisch verwandter oder entfernter Konstrukte. Jedoch liegen hier keine differenzierten Anweisungen zum Vorgehen vor; es gibt zahlreiche Möglichkeiten, Konstruktvalidität zu schätzen. Hier werden nur die Methoden vorgestellt, die in dieser

Arbeit Anwendung gefunden haben. Für eine differenziertere Beschreibung siehe z.B. Fisseni (2004) oder Amelang und Zielinski (2004).

Die Faktorenanalyse wird als klassisches Instrument der Konstruktvalidität bezeichnet. Das Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse dieser Daten fällt heterogen aus (s. Anhang A-5), anhand des korrigierten *p* des Bollen-Stine Bootstrap können vier (unveränderte) von neun Skalen als eindimensional interpretiert werden. Inter-Item-Korrelationen (Tabelle 13, S. 51) sowie Interkorrelationen der Subskalen können ebenfalls zur Bestimmung der Konstruktvalidität herangezogen werden. Die einzelnen Korrelationen unter den jeweiligen Skalen ermöglichen - analog zu den Inter-Item-Korrelationen - einen Vergleich der Skalen sowie stellen einen Bezug zum Gesamttest her. Tabelle 19 zeigt die in parametrische und non-parametrischen Korrelationen aufgeteilte Matrix bezogen auf die BPS-Gruppe. Die geringste Inter-Skalen-Korrelation nach Pearson beträgt $r = .09$ (nach Spearman $r = .08$) zwischen der Skala *Gefühl der Leere* und *Verlassen werden*; die höchsten Werte findet man zwischen der Skala *Gefühl der Leere* und *Affektive Instabilität*; hier beträgt die parametrische Korrelation $r = .48$ (non-parametrisch $r = .47$). Die Skala *Identität* korreliert zu $r = .71$ mit dem Gesamtwert des BPDSI-IV und fällt somit vergleichsweise am höchsten aus.

Tabelle 19

Die parametrischen (nach Pearson) und non-parametrischen (nach Spearman) Inter-Skalen-Korrelationen

BPDSI-IV-Skalen	Verlassenwerden		Zwischenmensch. Beziehungen		Identität		Impulsivität		Parasuizidale Verhaltens.		Affektive Instabilität		Gefühl der Leere		Wut-ausbrüche		Disso.	
	Pears.	Spear.	Pears.	Spear.	Pears.	Spear.	Pears.	Spear.	Pears.	Spear.	Pears.	Spear.	Pears.	Spear.	Pears.	Spear.	Pears.	Spear
Zwischenmensch. Beziehungen	.47**	.41**																
Identität	.26**	.23**	.42**	.36**														
Impulsivität	.30**	.24**	.39**	.36**	.38**	.34**												
Parasuizidale Verhaltensweisen	.20**	.13	.20**	.12	.34**	.31**	.39**	.33**										
Affektive Instabilität	.15*	.14*	.20**	.18**	.44**	.44**	.33**	.34**	.36**	.38**								
Gefühl der Leere	.09	.08	.19**	.23**	.45**	.46**	.40**	.44**	.26**	.20**	.48**	.46**						
Wutausbrüche	.21**	.20**	.30**	.30**	.29**	.31**	.32**	.30**	.16*	.13*	.40**	.42**	.39**	.42**				
Dissoziationen und paranoide Vorstellungen	.22**	.17*	.30**	.29**	.43**	.41**	.39**	.33**	.39**	.28**	.42**	.43**	.41**	.45**	.41**	.41**		
Gesamtwert	.50**	.42**	.60**	.53**	.71**	.71**	.64**	.59**	.54**	.44**	.68**	.69**	.67**	.70**	.64**	.66**	.70**	.67**

Pears. = Parametrische Korrelation nach Pearson; *Spear.* = Non-parametrische Korrelation nach Spearman; *Disso.* = Dissoziationen und paranoide Vorstellungen; *Zwischenmensch. Beziehungen* = Zwischenmenschliche Beziehungen.

* Die Korrelation ist auf dem 5%-Niveau signifikant (einseitig).

** Die Korrelation ist auf dem 1%-Niveau signifikant (einseitig).

Eine weitere Möglichkeit zur Abschätzung der Konstruktvalidität ist die Untersuchung der diskriminativen Validität. In diesem Zusammenhang wird die Ausprägung des jeweiligen Testscores in Bezug auf die verschiedenen Gruppen von Probanden verglichen. In der zugrundeliegenden Arbeit wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Skalen und des Gesamtwerts des BPDSI-IV, des Summenwerts des SKID-II (D-Score) sowie der Selbstbeurteilungsinstrumente in Abhängigkeit der drei Gruppen BPS-Gruppe (BPS), gemischt-psychiatrische Gruppe (GPG) sowie der gesunden Kontrollgruppe (GKG) gegenübergestellt. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität bezüglich aller Instrumente fällt hochsignifikant aus, dadurch sind die Voraussetzungen zur Anwendung der ANOVA verletzt. Der Gesamtwert des BPDSI-IV ist laut *Kolmogorov-Smirnow-Test* (K-S-Test) in allen drei Gruppen normalverteilt; in der BPS-Gruppe sind bis auf die Skalen *Parasuizidale Verhaltensweisen* und *Affektive Instabilität* alle Skalen des BPDSI-IV normalverteilt. Die Normalverteilungsannahme bezüglich der weiteren Instrumente ist bis auf die TAQ-Skalen *Körperlicher Missbrauch* und *Sexueller Missbrauch* sowie des D-Scores in der BPS-Gruppe gegeben. Erwartungsgemäß ist die Normalverteilungsannahme in der gemischt-psychiatrischen Gruppe bei weniger Skalen des BPDSI-IV gegeben: die Skalen *Identität, Impulsivität, Parasuizidale Verhaltensweisen* und *Affektive Instabilität* werden im K-S-Test signifikant. Es kann demzufolge nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Ebenso darf hinsichtlich der TAQ-Skalen *Körperlicher Missbrauch* und *Sexueller Missbrauch* nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden. In der gesunden Kontrollgruppe besteht bei keiner der Skalen des BPDSI-IV sowie des TAQ und des D-Scores des SKID-II die Annahme auf Normalverteilung. Da der F-Test als robustes Maß gegenüber Verletzungen der Normalverteilung und Varianzhomogenität gilt, werden die Ergebnisse der ANOVA dargestellt. Zur Absicherung dieser Ergebnisse wurde der non-parametrische Kruskal-Wallis-Test durchgeführt, der die Ergebnisse der ANOVA umfassend bestätigte.

Wie aus Tabelle 20 ersichtlich ist, liegen hochsignifikante Unterschiede in den Mittelwerten aller Instrumente zwischen den verschiedenen Gruppen vor. Der Post-Hoc-Test, der nach Bonferroni aufgrund der zahlreichen Einzeltestungen zur Überprüfung einer Hypothese korrigiert wurde, zeigt an, zwischen welchen Gruppen bedeutsame Unterschiede vorliegen. Die Mittelwerte der Skalen *Identität*, *Affektive Instabilität*, *Gefühl der Leere*, *Dissoziationen und paranoide Vorstellungen* sowie im

Gesamtwert des BPDSI-IV unterscheiden sich in allen Gruppen bedeutsam voneinander. Diese Unterschiede zeigen sich erwartungsgemäß ebenfalls in dem D-Score des SKID-II (BPS-Teil) sowie den Selbstbeurteilungsinstrumenten BDI, BSI (GSI) und IS-27. Die verbleibenden Skalen des BPDSI-IV und die übrigen Selbstbeurteilungsinstrumente zeigen Unterschiede zwischen der Gruppe mit BPS und der klinischen Gruppe GPG sowie zwischen der Gruppe mit BPS und den gesunden Teilnehmern. Hier besteht folglich kein statistischer Unterschied zwischen der Gruppe mit gemischt- psychiatrischen Diagnosen und den Gesunden.

Tabelle 20
Mittelwerte, Standardabweichungen und Gruppenunterschiede (F-Statistik, Post-Hoc Test) zwischen Personen der BPS-Gruppe (BPS), der gemischt-psychiatrischen Gruppe (GPG) sowie der gesunden Kontrollgruppe (GKG)

Instrumente	BPS *n* = 163	GPG *n* = 58	GKG *n* = 43	*F**	Post-Hoc-Test**
BPDSI-IV					
Verlassenwerden	2.90 (1.87)	1.37 (1.26)	0.54 (0.60)	46.37	BPS > GPG; BPS > GKG
Zwischenmensch-liche Beziehungen	3.14 (1.69)	1.08 (0.98)	0.65 (0.88)	75.31	BPS > GPG; BPS > GKG
Identität	4.07 (1.97)	0.82 (0.99)	0.14 (0.29)	149.52	BPS > GPG > GKG
Impulsivität	1.84 (1.16)	0.25 (0.40)	0.25 (0.39)	88.13	BPS > GPG; BPS > GKG
Parasuizidale Verhaltensweisen	1.74 (1.35)	0.20 (0.45)	0.01 (0.05)	69.74	BPS > GPG; BPS > GKG
Affektive Instabilität	7.30 (1.90)	4.11 (2.26)	0.89 (1.15)	216.29	BPS > GPG > GKG
Gefühl der Leere	6.06 (2.16)	2.08 (2.16)	0.16 (0.66)	191.48	BPS > GPG > GKG
Wutausbrüche	3.67 (2.10)	1.22 (1.38)	0.63 (0.76)	71.34	BPS > GPG; BPS > GKG
Dissoziationen u. para. Vorstellung.	3.94 (1.95)	1.30 (1.24)	0.32 (0.49)	110.27	BPS > GPG > GKG
Gesamtwert	34.65 (10.27)	12.43 (5.88)	3.59 (2.74)	296.84	BPS > GPG > GKG
Fremdbeurteilung					
D-Score (SKID-II, BPS)	23.66 (1.88)	11.20 (1.78)	9.79 (1.46)	1301.95	BPS > GPG > GKG

Fortsetzung

Instrumente	BPS *n* = 163	GPG *n* = 58	GKG *n* = 43	*F**	Post-Hoc-Test**
Selbstbeurteilung					
BDI	31.52 (10.45)	17.36 (13.48)	3.02 (2.94)	147.99	BPS > GPG > GKG
BSI (GSI)	1.99 (0.69)	0.99 (0.78)	0.18 (0.13)	148.13	BPS > GPG > GKG
FDS	30.24 (17.16)	8.47 (9.84)	3.63 (2.75)	64.93	BPS > GPG; BPS > GKG
IS-27	44.60 (15.15)	15.76 (10.58)	5.77 (5.34)	168.85	BPS > GPG > GKG
BIS-11	2.54 (0.39)	2.01 (0.28)	1.96 (0.24)	59.91	BPS > GPG; BPS > GKG
TAQ					
Emotion. Missb.	5.74 (3.28)	2.22 (2.32)	1.05 (1.56)	51.30	BPS>GPG; BPS>GKG
Körperl. Missbr.	3.69 (3.24)	0.52 (1.12)	0.12 (0.48)	37.00	BPS>GPG; BPS>GKG
Sex. Missbr.	1.97 (3.00)	0.40 (1.25)	0.15 (0.56)	10.70	BPS>GPG; BPS>GKG

Anmerkungen. D-Score: Summenwert der SKID-II-Kriterien; BDI: Beck-Depressions-Inventar; BSI (GSI): Global Severity Index des Brief Symptom Inventory; FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen; IS-27: Impulsivitätsskala; BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale; TAQ: Traumatic Antecedents Questionnaire; Emotion. Missb.: Emotionaler Missbrauch; Körperl. Missbr.: Körperlicher Missbrauch; Sex. Missbr.: Sexueller Missbrauch.
* P < .001; ** Bonferroni-korrigiert.

Die Überprüfung der Testgütekriterien lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die verschiedenen Arten der Objektivität werden als gegeben eingeschätzt. Die Intraklassenkorrelationskoeffizienten weisen einen range von .87 bis .99 auf. Die Reliabilität (interne Konsistenz) der einzelnen Skalen zeigt in der BPS-Gruppe eine Spannbreite von Cronbachs α = .49 bis .76. Der Gesamtwert liegt bei Cronbachs α = .90. In der gesamten Stichprobe zeigen sich höhere Werte (range: Cronbachs α = .66 bis .89). Die interne Konsistenz des Gesamtwertes liegt bei Cronbachs α = .96. Die Inhaltsvalidität wird als gegeben eingeschätzt. Die Überprüfung der konkurrenten Validität zeigt die höchsten Korrelationskoeffizienten zwischen den BPDSI-IV-Skalen und den entsprechenden SKID-II-Kriterien. Moderate bis hohe Korrelationskoeffizienten brachte die Analyse der BPDSI-IV-Skalen und den Selbstbeurteilungsinstrumenten hervor. Die Überprüfung der diskriminativen Validität zeigt bedeutsame Gruppenunterschiede, wobei die BPS-Gruppe die höchsten Werte aufweist. Zur Einschätzung der Konstruktvalidität wird das Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse herangezogen sowie die Inter-Skalen-Korrelationen, die eine Spannbreite von *r* = .09 bis .48 aufweisen.

5.3. Veränderungssensitivität

Ein Messinstrument erweist sich als veränderungssenitiv, wenn die Anwendung dessen tatsächlich eingetretene Veränderungen valide und reliabel abbilden kann. Im Rahmen der Evaluation von Behandlungen nehmen veränderungssensitive Instrumente eine besondere Bedeutung ein. Durch den Einsatz dieser Instrumente können sowohl Veränderungen im Therapieprozess im Einzelfall, als auch Veränderungen über Patientengruppen in Institutionen aufgezeigt werden. Diese Dokumentation stellt im Rahmen der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle dar.

Derzeit liegen keine einheitlich festgelegten Kennwerte als Standard zur Einschätzung der Veränderungssensitivität vor. Aufgrund dessen empfehlen Igl, Zwingmann und Faller (2005) die Berechnung und den Vergleich verschiedener Kennwerte: Neben dem Vergleich der Prä-Post-Werte mittels inferenzstatistischer Methoden (z.B. *t*-Test für abhängige Stichproben) kann der Zusammenhang der Veränderung mit einem änderungsvaliden Außenkriterium erhoben werden. Hierzu werden die Differenzen der Prä-Post-Werte gebildet und überprüft, ob diese bedeutsam miteinander korrelieren. Zusätzlich wird die Berechnung von Effektstärken empfohlen, da diese im Gegensatz zu der inferenzstatistischen Methode des Prä-Post-Mittelwertsvergleiches stichprobengrößenunabhängig sind. Stieglitz (2000, 2008) empfiehlt des Weiteren die Angabe von Cronbachs Alpha zu den jeweiligen Messzeitpunkten, um eventuelle Veränderungen der internen Konsistenz zu identifizieren.

Eine weitere Möglichkeit, therapiebedingte Veränderungen zu untersuchen, stellt die statistische Einzelfallanalyse dar. Hier werden nicht Gruppenmittelwerte untersucht, sondern die Werte einzelner Patienten, wodurch eine deutlich differenziertere Analyse ermöglicht wird. Im ersten Schritt wird die individuelle statistische Signifikanz ermittelt, indem die Differenz aus Prä- und Post-Werten unter Einbeziehung des Standardfehlers der Population, der der Patient entstammt, berechnet wird (Reliable Change Index: $RC = X_{prä} - X_{post}/SE_{Diff}$; $SE_{Diff =} (2[SE]^2)^{1/2}$; $SE = SD_{Dys} [1 – r_{tt}]^{1/2}$). Der Mittelwert des Patienten hat sich statistisch bedeutsam verändert, wenn der $RC > 1.96$ ist (α-Niveau: 5%). Jedoch ist zu diesem Zeitpunkt unklar, ob sich dieser Patient auch *klinisch bedeutsam* verändert hat, d.h. ob er noch zu der Patienten-Gruppe aufgrund seines erzielten Wertes zählt oder zu einer anderen, bestenfalls zu der gesunden Gruppe. Jacobson und Truax (1991) schlagen drei Möglichkeiten zur Berechnung eines Cut-Off-Wertes vor:

- a-Kriterium: das Ausmaß der Symptomatik sollte nach der Behandlung mindestens zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert der Population liegen, die diese Störung aufweist.
- b-Kriterium: die Symptomatik sollte nach der Therapie innerhalb von zwei Standardabweichungen einer nicht gestörten Population liegen.
- c-Kriterium: die Ausprägung der Symptomatik sollte nach der Therapie näher am Mittelwert der nicht-gestörten Gruppe liegen als an der Gruppe, die diese Störung aufweist.

In der Praxis findet am häufigsten das c-Kriterium Anwendung, das nach der Formel $c = M_{Dys}\, SD_{Ges} + M_{Ges}\, SD_{Dys}/(SD_{Dys} + SD_{Ges})$ berechnet wird.

Um die Veränderungssensitivität des BPDSI-IV zu überprüfen, wurden bei 40 Personen Daten zu Behandlungsbeginn (innerhalb der ersten Behandlungsstufe, Woche 1-3) sowie zu Behandlungsende (innerhalb der letzten Behandlungsstufe, Woche 9-12) der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) erhoben. Die Daten wurden ausschließlich im stationären Rahmen erhoben (s. Stichprobenbeschreibung, S.29ff.). Die DBT wurde von der amerikanischen Professorin Marsha Linehan (1993, 2006) in den achtziger Jahren für die ambulante Behandlung chronisch suizidaler Patientinnen konzipiert. Mittlerweile gilt diese Behandlungsform vergleichsweise als das am besten abgesicherte Verfahren und erhielt den Evidenzgrad Ib (Herpertz et al., 2009). Swenson, Sanderson, Dulit und Linehan (2001) entwickelten eine Adaption an das stationäre Setting (Bohus et al., 2006). Die Wirksamkeit für den ambulanten und stationären Bereich der DBT konnten Kröger et al. (2006), Kröger & Kosfelder (2007) und Bohus et al. (2004) aufzeigen.

Anhand der folgenden Tabelle 21 lässt sich feststellen, dass der *t*-Test, der unter der Voraussetzung der Normalverteilung angewendet wurde, in sechs der neun Skalen (*Verlassenwerden*, *Impulsivität*, *Parasuizidale Verhaltensweisen*, *Affektive Instabilität*, *Gefühl der Leere* sowie *Wutausbrüche*) signifikante Unterschiede zu den zwei Messzeitpunkten aufzeigen konnte. In Bezug auf Cronbachs Alpha als Maß der internen Konsistenz zeigt sich im Gesamtwert sowie innerhalb der Unterskalen eine Stabilität der Skalen. Lediglich in der Skala *Gefühl der Leere* zeigt sich eine deutliche Verschlechterung bezüglich Cronbachs Alpha. Die Intra-Gruppen-Effektstärke, die nach der Formel $M_{prä} - M_{post}/([SD_{prä} + SD_{post}]/2)$

berechnet wird, wurde aufgrund fehlender Kontrollgruppe gewählt (vgl. Hahlweg, 2000). Bezogen auf den Gesamtwert liegt diese im mittleren Bereich (ES = .52; 95%-KI = .26 - .79). Innerhalb der Skalen variieren die Effektstärken deutlich; die Skala *Zwischenmenschliche Beziehungen* weist die geringste ES auf (ES = .04; 95%-KI = -.23 - .31), die Skala *Impulsivität* erreicht die höchste ES (ES = .88; 95%-KI = .54 – 1.21). Die Auswertung hinsichtlich der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente zeigt erwartungsgemäß keine bedeutsame Verbesserung in den eigenschaftsbasierten Messinstrumenten FDS und BIS-11. Der BDI, GSI des BSI sowie die IS-27 weisen signifikante Verbesserungen auf, die Effektstärken fallen jedoch im Vergleich zum Gesamtwert des BPDSI-IV niedriger aus.

Die Korrelationen der Mittelwertsdifferenzen des BPDSI-IV mit den veränderungssensitiven Instrumenten BDI, BSI (GSI) und IS-27 zeigten keine bedeutsamen Zusammenhänge.

Tabelle 21
Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) der Prä-und Postwerte, Cronbachs Alpha (α), t-Statistik mit entsprechendem p sowie die Intra-Gruppen-Effektstärken (ES) mit dem jeweiligen 95%-Konfidenzintervall (95%-KI).

BPDSI-IV-Skalen	Prä *M* (*SD*)	α	Post *M* (*SD*)	α	*t*	*p*	ES	95%-KI
Verlassen.	3.12 (1.99)	.76	2.58 (1.88)	.81	2.403	≤ .05	.28	.04 - .51
Zwischenm. Bezieh.	2.89 (1.62)	.73	2.83 (1.36)	.62	0.280	= .78	.04	-.23 - .31
Identität	3.77 (2.06)	.70	3.48 (2.13)	.76	0.787	= .44	.14	-.21 - .48
Impulsivität	1.96 (1.09)	.46	1.13 (0.79)	.49	6.002	≤ .01	.88	.54 – 1.21
Parasuizidale Verhalt.	2.29 (1.30)	.72	1.45 (1.07)	.75	6.264	≤ .01	.71	.44 - .97
Affektive Instabil.	7.43 (1.60)	.68	6.89 (1.63)	.68	2.259	≤ .05	.33	.03 - .64
Gefühl der Leere	6.06 (2.40)	.72	5.13 (1.91)	.58	2.669	≤ .01	.43	.10 - .76
Wutausbr.	3.31 (1.98)	.76	2.49 (1.48)	.62	2.905	≤ .01	.47	.14 - .80
Disso. u. para. Vorst.	3.80 (2.05)	.76	3.57 (1.77)	.78	0.770	= .45	.12	.17 - .42
Gesamtwert	34.65 (10.11)	.92	29.55 (9.34)	.92	4.342	≤ .01	.52	.26 - .79
Selbstbeurteilungsinstrumente								
BDI	35.48 (11.29)	.89	31.23 (11.56)	.89	2.600	≤ .01	.37	.08 - .66
BSI (GSI)	2.23 (0.67)	.95	2.02 (0.79)	.97	2.172	≤ .05	.29	.03 - .54
FDS	27.63 (13.17)	.93	28.75 (17.35)	.97	-0.646	= .52	-.07	-.27 - .13
IS-27	47.43 (13.57)	.87	42.78 (15.42)	.92	2.150	≤ .05	.32	.00 - .64
BIS-11	2.60 (0.34)	.81	2.59 (0.39)	.85	0.297	= .77	.03	-.20 - .26

Anmerkungen. Verlassen.: Verlassenwerden; Zwischenm. Bezieh.: Zwischenmenschliche Beziehungen; Parasuizidale Verhalt.: Parasuizidale Verhaltensweisen; Affektive Instabil.: Affektive Instabilität; Wutausbr.: Wutausbrüche; Disso. u. para. Vorst.: Dissoziationen und paranoide Vorstellungen.; BDI: Beck-Depressions-Inventar; BSI (GSI): Global Severity Index des Brief Symptom Inventory; FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen; IS-27: Impulsivitätsskala; BIS-11: Barrat Impulsiveness Scale.

Des Weiteren ergab die statistische Einzelfallanalyse eine signifikante Verbesserung bei 29 (72,5%) der 40 Patienten. Um die klinisch bedeutsame Veränderung im Einzelfall überprüfen zu können, wurde ein Vergleich zwischen der BPS-Gruppe mit der Gruppe der Patienten mit gemischt-psychiatrischen Diagnosen durchgeführt, da es höchst unwahrscheinlich ist, dass BPS-Patienten nach einer dreimonatigen Behandlung symptomfrei

sind. Bezogen auf das C-Kriterium errechnet sich ein Cut-Off-Wert des BPDSI-IV-Gesamtwerts von 20.6; sieben der 40 Patienten (17.5%) fallen somit in die Gruppe derjenigen, die klinisch auffällig sind, jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht mehr das Ausmaß an Symptomatik zeigen, wie es vergleichsweise Betroffene einer BPS aufweisen.

5.4. Sensitivität und Spezifität

Die Receiver Operating Characteristic (ROC)-Kurve ist eine Methode zur Grenzwertoptimierung. Angewendet wurde sie erstmals innerhalb der Signalentdeckungstheorie (Green & Swets, 1966; Lusted, 1971), die sich inhaltlich mit der Detektion von schwer zu entdeckenden Signalen befasst. In einem Versuch wurden Probanden über Kopfhörer ein Rauschen und gelegentlich zusätzlich Signale dargeboten, die relativ schwer von dem Rauschen zu unterscheiden waren. Die Probanden sollten angeben, ob sie neben dem Rauschen ein Signal wahrgenommen haben oder nicht. In der so genannten ROC-Kurve wurde die relative Häufigkeit der Treffer gegen die relative Häufigkeit der Nicht-Treffer aufgetragen. Diese Kurve zeigte zu jeder Anzahl der durchlaufenden Versuche die entsprechende *Sensitivität* auf der Ordinate und den Kehrwert der *Spezifität* auf der Abzisse. Die Sensitivität beschreibt in diesem Zusammenhang den Anteil an richtig entdeckten Signalen, die Spezifität meint den Anteil an richtig entdeckten fehlenden Signalen.

Analog dazu wird unter der Sensitivität eines Messinstrumentes in der Medizin oder Psychologie die Fähigkeit verstanden, den Anteil an tatsächlich betroffenen Personen in der Gruppe der Betroffenen zu identifizieren. Die Spezifität hingegen bezeichnet den Anteil der vom Instrument als richtig erkannten Gesunden in der Gruppe der Gesunden. Die tatsächliche Zugehörigkeit einer Person zu der Gruppe der Betroffenen bzw. Gesunden wird über ein Verfahren reguliert, das in diesem Zusammenhang als das beste zum Nachweis oder Ausschluss einer körperlichen Erkrankung bzw. einer psychischen Störung definiert wird. Dieses bestmögliche Verfahren wird als *Goldstandard* bezeichnet.

Um die Sensitivität und Spezifität eines diagnostischen Instrumentes überprüfen zu können, muss eine Entscheidung hinsichtlich eines geeigneten Cut-Off-Wertes gefunden werden, der es ermöglicht, eine individuelle Person unter der Vorhersage des gewählten Cut-Off-Wertes der entsprechenden Gruppe zuordnen zu können. Um einen geeigneten Cut-Off-Wert zu ermitteln, werden diejenigen Koordinaten des Punktes gesucht, bei dem der Abstand zur Diagonalen der größtmögliche ist. Würde die Kurve der Winkelhalbierenden

entsprechen, würde die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe der Gesunden oder Erkrankten zu fallen, 50% betragen und würde somit eine wertlose Zufallsentscheidung darstellen. Die Abschätzung anhand dieser Graphik ist jedoch relativ ungenau. Eine genaue Methode zur Ermittlung des geeigneten Cut-off-Wertes bei simultaner Maximierung der Sensitivität und Spezifität stellt der *Youden-Index* (Youden, 1950) dar; dieser wird nach der Formel (Sensitivität + Spezifität) – 1 ermittelt und liegt im Optimalfall bei 1.

Es besteht die Möglichkeit, deskriptive Werte zu dem gewählten Cut-Off-Wert zu berechnen. Tabelle 22 zeigt eine Kontingenztafel, in die die richtig positiven (a), die falsch positiven (c), die richtig negativen (d) sowie die falsch negativen (b) Raten eingetragen werden. Mit Hilfe dieser Tafel besteht die Möglichkeit, weitere deskriptive Kennwerte des gewählten Cut-Off-Wertes zu berechnen.

Tabelle 22
Kontingenztafel zur Vorhersage der Klassifikation durch den Cut-Off-Wert und durch den Goldstandard

Cut-Off-Wert / Goldstandard	positiv	negativ	Summe
positiv	a	b	a+b
negativ	c	d	c+d
Summe	a+c	b+d	a+b+c+d

Der *Overall Correct Classification* (OCC) gibt die Gesamtrate korrekter Klassifikationen an. Entspricht der Anteil der Betroffenen in der zugrundeliegenden Stichprobe der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung lässt sich der *Positiv Prädiktive Wert* (PPW) sowie der *Negativ Prädiktive Wert* (NPW) ermitteln. Der PPW gibt die Wahrscheinlichkeit an, bei Einordnung in die Gruppe der Erkrankten auch tatsächlich erkrankt zu sein. Analog dazu gibt der NPW die Wahrscheinlichkeit an, bei Klassifikation in die Gruppe der Nicht-Betroffenen auch tatsächlich nicht betroffen zu sein. Das *Cross Product Ratio* (CPR) gibt das Ausmaß der Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine zutreffende Diagnose bei Überschreiten des gewählten Cut-Off-Wertes an. Die Formeln zur Berechnung dieser Kennwerte sind in Tabelle 23 aufgelistet, die Buchstaben *a* bis *d* beziehen sich auf die Felder in der Kontingenztafel Tabelle 22.

Tabelle 23

Formeln zur Berechnung der klassifikatorisch-diagnostischen Effizienz

Kennwerte Cut-Off-Wert	Formeln
Sensitivität	$\frac{a}{a+b}$
Spezifität	$\frac{d}{c+d}$
Positiv Prädiktiver Wert	$\frac{a}{a+c}$
Negativ Prädiktiver Wert	$\frac{d}{b+d}$
Overall Correct Classification	$\frac{a+d}{a+b+c+d}$
Cross Product Ratio	$\frac{SEN}{1-SEN} * \frac{SPE}{1-SPE}$

Unabhängig von einem spezifischen Cut-Off-Wert liefert die ROC-Kurve wichtige Angaben über die Güte eines Instrumentes. Die Fläche unter der Kurve (Area under Curve: AUC) stellt einen zentralen Kennwert zur Beurteilung der Güte dar; sie kann maximal den Wert 1 erreichen. Würde sie den Wert .05 annehmen, entspräche sie der Winkelhalbierenden.

Der BPDSI-IV dient der Schweregradbestimmung in einem zeitlich beschriebenen Rahmen, es wurde nicht zur Diagnosestellung konzipiert. Im Rahmen dieser Validierung wird die Fähigkeit des Instrumentes der diagnostisch-klassifikatorischen Effizienz untersucht, da dadurch zum einen eine Einordnung des individuell erzielten Wertes ermöglicht wird. Zum anderen ist im Rahmen von Forschung und Therapieevaluation die Ermittlung eines Cut-Off-Wertes von besonderer Bedeutung, da dieser Wert in Interventionsstudien ein Außenkriterium darstellen könnte. Bei Unterschreitung des Cut-Off-Wertes nach einer Intervention dürfte von einer Verbesserung der Symptomatik ausgegangen werden.

In der zugrundeliegenden Stichprobe, die sich aus drei unterschiedlichen Gruppen zusammensetzt, wurden entsprechend zwei Cut-Off-Werte mit den oben beschriebenen Kennwerten ermittelt. Auf die Berechnung der stichprobenabhängigen Kennwerte PPW und NPW wurde jedoch verzichtet, da die Zusammensetzung in der Stichprobe dieser Arbeit

nicht den Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Als Goldstandard wurde der SKID-II genutzt, mit dessen Hilfe die Diagnosen durch die Experten gestellt worden sind.

Ein Grenzwert wurde berechnet anhand des Gesamtwerts des BPDSI-IV in der BPS-Gruppe und der gemischt-psychiatrischen Gruppe; ein weiterer auf der Grundlage des Gesamtwerts in der gemischt-psychiatrischen und der gesunden Kontrollgruppe.

Zunächst werden die Ergebnisse bezüglich der beiden klinischen Gruppen dargestellt. Die ROC-Kurve bezogen auf die BPS-Gruppe und der gemischt-psychiatrischen Gruppe zeigt die folgende graphische Darstellung in Abbildung 2.

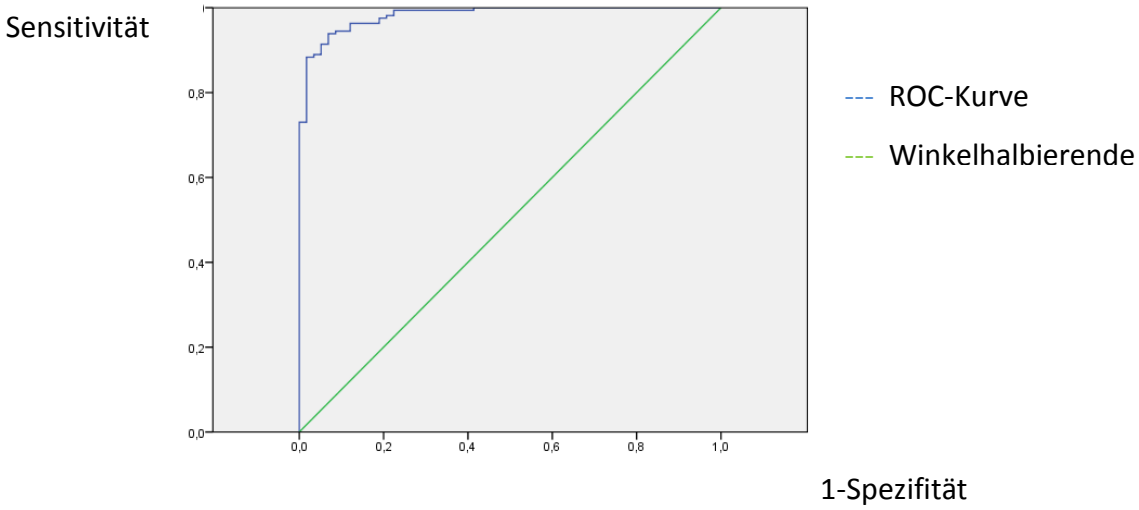


Abb.2. ROC-Kurve bezüglich der BPS-Gruppe und der gemischt-psychiatrischen Gruppe.

Mithilfe der Auflistung des jeweiligen Gesamtwertes des BPDSI-IV mit entsprechenden Maßen für die Sensitivität und Spezifität (Auszug s. Anhang A-6) wurde der maximale Youden-Index (J) ermittelt. Dieser erreicht einen Wert von 0.87 bei einem Gesamtwert im BPDSI-IV von 21.30. Das bedeutet, ein Patient wird der BPS-Gruppe zugeordnet, wenn der individuell erreichte Gesamtwert im BPDSI-IV ≥ 21.30 ausfällt. Wie aus der Tabelle 25 zu sehen ist, beträgt die Sensitivität bei diesem Cut-Off-Wert 94% und die Spezifität 93%. Der AUC = 0.98 (95%-KI = 0.97 – 1.00) weicht hochsignifikant von 0.5 ab ($p < .001$). Das bedeutet, die ROC-Kurve unterscheidet sich bedeutsam von der Winkelhalbierenden. Die Wahrscheinlichkeit, bei Überschreitung des Wertes von 21.30 im Gesamtwert des BPDSI-IV, eine zutreffende BPS-Diagnose zu erhalten, steigt um das 208.65-fache (CPR).

Die folgende Kreuztabelle (Tabelle 24) zeigt die Vorhersage durch den Cut-Off (Spalten) im Zusammenhang zu der Zuordnung durch die tatsächlich gestellten Diagnose (Zeilen). Wie ersichtlich ist, wurden 153 von 163 richtig zugeordnet. 54 der 58 Patienten mit gemischt-psychiatrischer Diagnose wurden ebenfalls anhand des Cut-Off-Wertes korrekt klassifiziert. Insgesamt wurden 207 von 221 Patienten korrekt zugeordnet.

Tabelle 24
Kreuztabelle der gestellten Diagnosen und der vorhergesagten Gruppenzugehörigkeit in Bezug auf die BPS- und gemischt-psychiatrische Gruppe durch den Cut-Off-Wert im Gesamtwert des BPDSI-IV ≥ 21.30

Vorhersage Cut-Off / Gestellte Diagnose	BPS	Non-BPS	Σ
BPS	153	10	163
Non-BPS	4	54	58
Σ	157	64	221

Anmerkungen. BPS = Klassifizierung in die Gruppe der BPS-Patienten; Non-BPS = Klassifizierung in die Gruppe der Nicht-BPS-Patienten.

Des Weiteren wurde ein Cut-Off-Wert ermittelt, der es ermöglicht, eine Einteilung in die Gruppe der klinisch auffälligen Personen, die in der gemischt-psychiatrischen Gruppen zu finden sind, sowie in die Gruppe der klinisch unauffälligen Personen, die die gesunde Kontrollgruppe bilden, vorzunehmen. Bei einem maximalen Youden-Index von 0.75 weist der entsprechende Gesamtwert des BPDSI-IV von 7.74 eine Sensitivität von 79% und eine Spezifität von 95% auf. Der AUC-Wert = 0.914 (95%-KI = 0.861 – 0.967) weicht hochsignifikant von 0.5 ab ($p < .001$). Die Gesamtrate der korrekten Klassifikationen liegt bei 86%. Die Wahrscheinlichkeit, bei Überschreitung des Wertes von 7.74 im Gesamtwert des BPDSI-IV, eine zutreffende gemischt-psychiatrische Diagnose zu erhalten, steigt um das 71.44-fache (CPR). Die Kreuztabelle 26 zeigt die Klassifikation anhand der Diskriminanzschwelle (Spalten) und anhand der gestellten Diagnosen (Zeilen). 46 von 58 Patienten mit gemischt-psychiatrischen Diagnosen werden korrekt zugeordnet. Die Spezifität liegt bei einer korrekten Zuordnung bei 41 von 43 Gesunden höher als die Sensitivität. In der folgenden Tabelle 25 sind für die gewählten Cut-Off-Werte in Abhängigkeit der Gruppen die Kennwerte gegenübergestellt.

Tabelle 25
Übersicht über die Kennwerte der ermittelten Cut-Off-Werte

Cut-Off	SEN	SPE	AUC	95%-KI	*p*	OCC	CPR
21.30	0.94	0.93	0.98	0.97-1.00	.000	0.94	208.65
7.74	0.79	0.95	0.91	0.86-0.97	.000	0.86	71.44

Anmerkungen. SEN = Sensitivität; SPE = Spezifität; AUC = Fläche unter der Kurve; 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall; *p* = P-Wert; OCC = Overall Correct Classification; CPR = Cross Product Ratio.

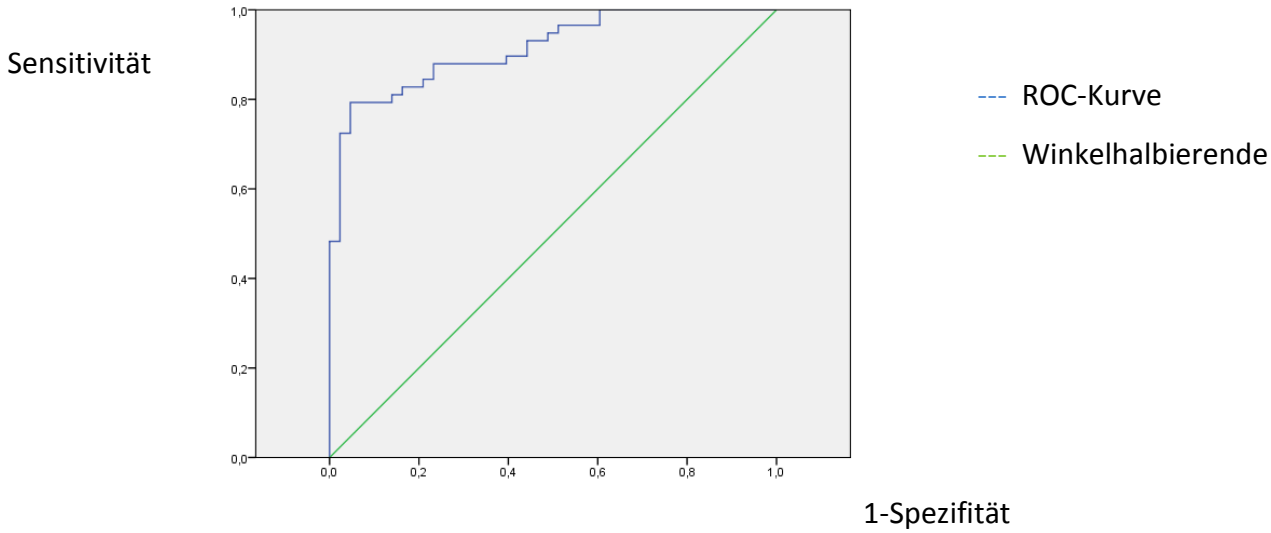


Abb.3. ROC-Kurve bezüglich der gemischt-psychiatrische Gruppe und der gesunden Kontrollgruppe.

Tabelle 26
Kreuztabelle der gestellten Diagnosen und der vorhergesagten Gruppenzugehörigkeit in Bezug auf die gemischt-psychiatrische- und der gesunden Kontrollgruppe durch den Cut-Off-Wert im Gesamtwert des BPDSI-IV ≥ 7.74

Vorhersage Cut-Off / Gestellte Diagnose	GPG	Non-GPG	Σ
GPG	46	12	58
Non-GPG	2	41	43
Σ	48	53	101

Anmerkungen. GPG = Klassifizierung in die Gruppe der Patienten mit gemischt-psychiatrischer Diagnose; Non-GPG = Klassifizierung in die Gruppe der Personen ohne gemischt-psychiatrische Diagnose.

6. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die inhaltliche Interpretation und Diskussion der im vorangegangenen Kapitel dargestellten Ergebnisse folgt in diesem Abschnitt. Zunächst werden die Ergebnisse der

Itemanalyse beurteilt; daran anschließend folgt die Interpretation der Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität sowie der verschiedenen Arten der dargestellten Ergebnisse zur Validität. Des Weiteren wird die Fähigkeit des Instrumentes zur Veränderungsmessung bewertet. Abschließend werden die Ergebnisse der diagnostisch-klassifikatorischen Effizienz kritisch betrachtet.

6.1. Itemanalyse

Die Analyse der Items bezieht sich auf die Merkmale Popularitätsindex, Homogenität und Trennschärfe. Im Folgenden werden – in Abhängigkeit der jeweiligen Gruppe – diese Gütekriterien diskutiert.

In der BPS-Gruppe fallen die Popularitätsindizes recht unterschiedlich aus. Im Mittel betrachtet ergibt sich ein p_m = 0.33 (*SD* = 0.23; range: 0.02 bis 0.84; Median 0.31). Insgesamt scheinen einige Items zu „schwierig“ zu sein, das bedeutet, sie werden seltener in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens im höheren Bereich der Skala gewählt. Hierbei ist zu beachten, dass die Intervalle zwischen den zu wählenden Häufigkeiten bei der Skalierung von 0 bis 10 nicht identisch sind. Die Abstände werden bei zunehmenden Werten kleiner. Die vergleichsweise hohe Standardabweichung zeigt, dass die Häufigkeit und Schwere innerhalb dieser Gruppe variiert und somit eine Differenzierung in der Ausprägung der symptombezogenen Aussagen als möglich anzusehen ist.

Jedoch sinkt durch eine hohe Streuung die Homogenität der Items, was in der zugrundeliegenden Stichprobe mit einer relativ niedrigen mittleren Interkorrelation der Items untermauert wird. Die Unterteilung der ambulanten bzw. stationär behandelten BPS-Patienten zeigte auf Skalenebene hinsichtlich der Inter-Item-Korrelation gelegentlich Unterschiede, in Bezug auf den Gesamttest jedoch nicht (s. Kapitel Interkorrelation der Items, S. 50). Allerdings weisen die Subgruppen eine ungleiche Gruppengröße auf. Denkbar wäre eine Erhöhung der Homogenität anhand von Inter-Item-Korrelationen bei großen Stichproben, die jeweils aus einem Setting stammen.

Die Homogenität der einzelnen Skalen des BPDSI-IV wird darüber hinaus mit Hilfe der konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft. Die Skalen *Zwischenmenschliche Beziehungen: Partnerschaft (a), Andere Beziehungen (b); Identität; Gefühl der Leere; Wutausbrüche und Dissoziationen (a)* zeigen eine überwiegend gute bis sehr gute Modellanpassung und widersprechen somit nicht der einfaktoriellen Struktur. Die Skala *Verlassenwerden* zeigt eine deutliche Verbesserung der Modellanpassung bei

ausschließlicher Analyse der Teilnehmer, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer festen Partnerschaft befanden (χ^2 (14, *N = 110)* = 17.684, *p* = 0.22); korrigiert aufgrund der Verletzung der multivariaten Normalverteilung nach Bollen-Stine Bootstrap: *p* = 0.36; CFI = 0.968; RMSEA = 0.059; SRMR = 0.061). Das Kriterium 5 der BPS im DSM-IV beinhaltet parasuizidale und suizidale Verhaltensweisen. Entsprechend wurden zwei Subskalen neu gebildet. Die schlechte Modellanpassung der neu gebildeten Subskala *Parasuizidales Verhalten* ist möglicherweise auf vier der acht Items (Nr. 5.4, 5.6, 5.7, 5.8) zurückzuführen, die eine sehr hohe Schwierigkeit aufweisen und somit zu einem Bodeneffekt führen. Bei schwierigen Items können sich mangels Varianz keine mittleren oder hohen Korrelationen ergeben. Ein ähnliches Problem scheint bei der neu gebildeten Subskala *Suizidalität* zu bestehen. Die Items 5.12 und 5.13 verfügen ebenfalls über eine sehr hohe Schwierigkeit. Es ist anzunehmen, dass durch die Entfernung dieser Items eine sehr viel bessere Modellanpassung gegeben wäre. Aufgrund der klinischen Bedeutsamkeit sollte auf beschriebene Items jedoch nicht verzichtet werden.

Im BPDSI-IV wird mehrfach auf die Schwierigkeit der Beurteilung hingewiesen, wenn komorbide Achse I-Störungen vorliegen. Die schlechte Modellanpassung der Skalen *Impulsivität* und *Affektive Instabilität* lassen sich möglicherweise dadurch erklären. Beispielsweise zeigt die Skala *Impulsivität* nach der Entfernung von Items, die die Einnahme von Alkohol und Medikamenten erheben (Nr. 4.4, 4.6), eine sehr gute Anpassung (χ^2 (14, *N* = 163) = 28.097, *p* < 0.05); korrigiert aufgrund der Verletzung der multivariaten Normalverteilung nach Bollen-Stine Bootstrap: *p* = 0.19; CFI = 0.808; RMSEA = 0.079; SRMR = 0.0694). Das Kriterium 9 der BPS im DSM-IV beinhaltet ebenfalls inhaltlich verschiedene und unabhängige Verhaltensweisen, die sich in der guten Modellanpassung der neu gebildeten Subskala *Dissoziation* zeigt. Eine Aussage über die Homogenität der Subskala *Paranoide Vorstellung* konnte aufgrund der zu geringen Itemzahl nicht gegeben werden. In einer folgenden Version sollten neue Items für diese Subskala aufgenommen werden. Verhaltensweisen, die mit dem Begriff *Stalking* in Zusammenhang gebracht werden, sollten zusätzlich erhoben werden. Dieses Verhalten wurde zunehmend in den letzten Jahren diskutiert und Täter werden mittlerweile aufgrund dessen strafrechtlich verfolgt. Des Weiteren ist die Erhebung von sich selbst schützenden Verhaltensweisen aufgrund starken Misstrauens zu empfehlen.

Kritisch anzumerken ist der Umfang der BPS-Gruppe (n = 163) bei der Anwendung der konfirmatorischen Faktorenanalyse, da in diesem Fall eine Stichprobengröße von $N \geq 200$ empfohlen wird (Bühner, 2006).

Die ermittelten korrigierten Trennschärfen der Skalen bezogen auf den Gesamttest zeigen mit einem M = 0.51 (SD = 0.08) und einem Median = 0.53 (range: .35 bis .59) ein gutes Ergebnis. Laut Weise (1975) sind korrigierte Trennschärfekoeffizienten zwischen r_{itc} = .30 und .50 als moderat und r_{itc} = > .50 als hoch zu beurteilen. Die einzelnen Skalen scheinen die Fähigkeit zu haben, zwischen Probanden mit hohen und niedrigen Werten hinsichtlich des zu messenden gemeinsamen Merkmals zu differenzieren. Jedoch ist diese Fähigkeit auf Itemebene häufig nicht gegeben. Sowohl in Bezug auf die entsprechende Skala, als auch bezüglich des Gesamttests, zeigt sich insgesamt eine zu hohe Anzahl an nicht trennscharfen Items. Als besonders auffällig stellt sich die Skala *Impulsivität* dar. Krohne (2007) empfiehlt Items mit einem niedrigeren Trennschärfekoeffizienten als r_{it} < .30 innerhalb einer Testentwicklung zu eliminieren. In diesem Sinne würden lediglich drei Items dieser Skala beibehalten werden.

Impulsivität stellt ein sehr heterogenes Konstrukt dar. Zahlreiche unterschiedliche Verhaltensweisen können als impulsiv bewertet werden. Da keine einheitliche Definition vorherrscht, ist die Interpretation des Begriffs schwierig (Kröger et al, im Druck). Das Vorliegen von komorbiden Störungen kann zudem die Trennschärfe-Fähigkeit der Items und demzufolge die Homogenität dieser Skala ungünstig beeinflussen. Beispielsweise wird nach Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch sowie nach Essanfällen gefragt. Im klinischen Sinne ist es wichtig, die verschiedensten Ausprägungen der Impulsivität abzufragen. Das Item *Wie häufig hatten Sie in den letzten drei Monaten ungeschützten Sex?* (Nr. 4.3) ist das Item mit der geringsten Trennschärfe in der Skala Impulsivität und sogar im gesamten Test. Nach methodischen Gesichtspunkten müsste dieses Item eliminiert werden. Dem Therapeuten würden jedoch entscheidende Informationen über ein Risikoverhalten des Patienten verlorengehen, das extreme Konsequenzen nach sich ziehen kann. Sinnvoll ist folglich der Einbezug beider Seiten: die methodischen Aspekte und die klinische Bedeutsamkeit bei der Entscheidung über den Verbleib von Items.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Gütekriterien in einem sich gegenseitig beeinflussenden Verhältnis stehen und nicht unabhängig voneinander interpretiert werden sollten. Je höher die Varianz der Popularitätsindizes ausfällt, desto niedriger korrelieren die Items miteinander. Das wiederum hat einen negativen Einfluss auf die Homogenität des Instrumentes. Laut Fisseni (2004) sollte die Homogenität zugunsten der Differenzierungsvielfalt, die anhand von unterschiedlichen Popularitätsindizes abgebildet wird, aus praktischem Interesse aufgelockert werden. Das bedeutet, die Differenzierungsfähigkeit eines Instrumentes erhält die höhere Priorität. Die Differenzierungsfähigkeit des BPDSI-IV scheint durch die relativ hohe Standardabweichung gegeben. Nach Betrachtung der Inter-Item-Korrelationen und den Ergebnissen der konfirmatorischen Faktorenanalyse zur Einschätzung der Homogenität lässt sich sagen, dass der BPDSI-IV nicht in vollem Umfang ein homogenes Instrument darstellt. Einzelne Skalen lassen sich jedoch als homogen bezeichnen.

Da hohe Trennschärfen hohe Interkorrelationen der Items voraussetzen, überrascht es nicht, dass die hier ermittelten Trennschärfekoeffizienten der Items in vielen Fällen niedrig ausfallen. Arntz et al. (2003) geben einen vergleichbaren range ihrer ermittelten Koeffizienten an. Empfohlen wird aufgrund der klinischen Relevanz das Verbleiben der nicht-trennscharfen Items. Werden die korrigierten Trennschärfen der einzelnen Skalen betrachtet, zeigt sich ein gutes Ergebnis, was auf eine ausreichend hohe Inter-Skalen-Korrelation schließen lässt und in der Analyse bestätigt werden konnte.

Aus der klinischen Erfahrung heraus scheinen einige Formulierungen der Items nicht unmittelbar verständlich zu sein bzw. verschiedene Verhaltensweisen oder „Zustände“ abzufragen. Beispielsweise wird in den Items Nr. 7.1 bis 7.3 nach der Auftretenshäufigkeit von Langeweile oder innerer Leere gefragt. In den Augen der Autorin ist eine differenzierte Abfrage oder das Herausnehmen des Begriffs „Langeweile“ zu empfehlen (Klonsky, 2008). Zusätzlich sollte innerhalb der Skala *Gefühl der Leere* nach den Auswirkungen dieses Symptoms gefragt werden, um zu erfahren, ob und wie häufig dieses Gefühl zu innerer Anspannung und daraufhin zu Dissoziationen führt. Eine Umformulierung der Items mit den Nr. 3.7, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 8.1, 9.7 in einer zukünftigen Version ist wünschenswert.

Erwartungsgemäß fallen die Popularitätsindizes in der gemischt-psychiatrischen Gruppe im Vergleich zur BPS-Gruppe, für die das Instrument konzipiert ist, wesentlich geringer aus.

Im Mittel liegt der p_m = 0.11 (*SD* = 0.13). Die Skala *Affektive Instabilität* zeigt in der Patientengruppe, die Diagnosen aus dem affektiven-, neurotischen- und Cluster-C-Bereich erhalten haben, hohe Werte im Vergleich zu den anderen Skalen.

Das Item Nr. 1.6 „Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten den Wunsch verspürt, von jemanden gesagt zu bekommen, dass er/sie Sie liebt, Sie nicht verlässt, Sie attraktiv findet etc.?“ der Skala *Verlassenwerden* weist den höchsten Mittelwert (*M* = 5.22; *SD* = 4.30) und den höchsten Popularitätsindex (p_m = 0.52) auf. Der Inhalt dieses Items scheint nicht störungsspezifisch zu sein, allerdings fungiert dieses Item nach Ansicht der Autorin als ein Item, das die Interaktion positiv beeinflusst („Eisbrecher“) und sollte aus diesem Grund verbleiben.

Der gemittelte z-transformierte Inter-Item-Korrelationskoeffizient fällt mit einem Wert von r_{it} = 0.06 (*SD* = 0.25) bedeutend geringer aus als in der BPS-Gruppe und entspricht damit den Erwartungen.

Die Betrachtung des gemittelten Trennschärfekoeffizienten von r_{it} = 0.17 (*SD* 0.15) zeigt erwartungsgemäß in dieser Gruppe noch ausgeprägtere Schwächen. Auffällig ist allerdings der höchste Trennschärfekoeffizient von r_{it} = 0.77 des Items „Wie oft haben Sie sich in den letzten drei Monaten geschnitten?“ In dieser Gruppe scheint dieses Item besonders gut zwischen Probanden mit niedrigen Werten und denjenigen, die höhere Werte erzielen, trennen zu können.

Die Itemanalyse der gesunden Kontrollgruppe zeigt keine Auffälligkeiten. 69 Items weisen einen Median von 0 auf. Das bereits beschriebene „Eisbrecher-Item“ (Nr. 1.6) zeigt einen Median = 2; einen Mittelwert von *M* = 3.23 (*SD* 3.51) und einen Popularitätsindex von p_m = 0.32. Insgesamt zeigt die Analyse ein im Vergleich zu den beiden klinischen Gruppen erwartungskonformes Ergebnis.

6.2. Testgütekriterien

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität sowie Validität kritisch interpretiert.

6.2.1. Objektivität

Die Durchführungsobjektivität stellt neben der Auswertungs- und Interpretationsobjektivität einen wichtigen Aspekt im Rahmen der Objektivität dar. Da Interaktionseffekte bei Fremdbeurteilungsinstrumenten nie auszuschließen sind, ist der Durchführungsobjektivität eine Grenze gesetzt. Durch die schriftlich formulierten Vorgaben

für den Interviewer und dem ausdrücklichen Hinweis, dass nur erfahrene Kliniker dieses Interview durchführen sollten, kann die Durchführungsobjektivität allerdings in diesem Rahmen als ausreichend angesehen werden. Die sehr hohen Intraklassenkorrelationen auf Skalenebene und auf Gesamtwert-Ebene weisen auf eine gute Auswertungsobjektivität hin und stimmen mit den Ergebnissen in der Studie von Arntz et al. (2003) überein. Hinsichtlich der Interpretationsobjektivität tritt folgende Schwierigkeit auf: verschiedene Probanden können einen identischen Mittelwert in einer bestimmten Skala erzielen, jedoch ein unterschiedliches Antwortmuster aufzeigen. Identische Werte im Gesamtwert und innerhalb einer Skala bedeuten kein identisches Symptombild der Probanden. Um einen differenzierten Überblick über einen Patienten zu erhalten, ist es erforderlich, die Ausprägungen bezogen auf die einzelnen Items zu betrachten. Durch das Vorliegen von Werten der Normierungsstichprobe lässt sich ein individuell erzielter Gesamtwert einordnen und im Vergleich zu den Ergebnissen der BPS-Stichprobe, der Stichprobe mit gemischt-psychiatrischen Diagnosen und der gesunden Kontrollgruppe interpretieren.

6.2.2. Reliabilität

Die Reliabilität im Gesamtwert des BPDSI-IV ist mit einer internen Konsistenz von Cronbachs α = 0.96 in der gesamten Gruppe und einem Cronbachs α = 0.90 in der BPS-Gruppe als sehr gut einzuschätzen und steht im Einklang mit der Studie von Arntz et al. (2003). Der Split-Half-Koeffizient zeigt in der gesamten Gruppe mit .86 ein gutes, in der BPS-Gruppe mit .72 ein zufriedenstellendes Ergebnis. In der BPS-Gruppe zeigen sich auf Skalenebene Schwächen in der internen Konsistenz. Die Skala *Impulsivität* zeigt bezüglich der internen Konsistenz einen zu geringen Kennwert. Allerdings ist dieses Ergebnis im Zusammenhang betrachtet nachvollziehbar. Diese Skala zeichnet sich durch einen geringen mittleren Popularitätsindex, überwiegend nicht-trennscharfen Items, einer geringen Inter-Item-Korrelation sowie einem schlechten Modellfit in der konfirmatorischen Faktorenanalyse aus. Allerdings sollte Cronbachs Alpha als Maß der internen Konsistenz nur unter Annahme der Eindimensionalität der Skalen bzw. des Tests angewandt werden. Wie das Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse gezeigt hat, sind neben der Skala *Impulsivität* vier weitere Skalen als nicht homogen zu interpretieren. Die Skala *Gefühl der Leere* zeigt in der BPS-Gruppe ebenfalls eine zu geringe interne Konsistenz. Da Cronbachs Alpha durch die Anzahl der Items beeinflusst wird (Bühner, 2006), ist die geringe Itemanzahl dieser Skala möglicherweise eine Erklärung für den niedrigen Kennwert. Die Inter-

Item-Korrelationen fallen in der BPS-Gruppe in Bezug auf diese Skala gering aus, was ebenfalls einen ungünstigen Einfluss auf die Höhe von Cronbachs Alpha hat. Es zeigt sich zudem im Vergleich der internen Konsistenz der Skalen in der BPS-Gruppe und der gesamten Gruppe der Einfluss der Erhöhung der Varianz, die durch das Einbeziehen der gemischt-psychiatrischen- und der gesunden Kontrollgruppe realisiert wird. In der gesamten Gruppe fällt Cronbachs Alpha in allen Skalen und im Gesamtwert höher aus. Aus den beschriebenen Gründen sollte die Bewertung von Cronbachs Alpha als Maß der internen Konsistenz vorsichtig ausfallen.

6.2.3. Validität

Die kriteriumsbezogene Validität wird überprüft, indem Zusammenhänge zu störungsspezifischen- und störungsübergreifenden Instrumenten herangezogen werden. Hierbei wurden die einzelnen Skalen und der Gesamtwert des BPDSI-IV sowohl mit den SKID-II-Kriterien und dem Summenwert dieser Kriterien als auch mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten nach Spearman korreliert. Die Berechnungen der eingesetzten Fremdbeurteilungsinstrumente BPDSI-IV und SKID-II (BPS-Modul) zeigen grundsätzlich ein erwartungskonformes Ergebnis. Bis auf die Skala *Zwischenmenschliche Beziehungen* in der gesamten Gruppe korrelieren alle Skalen und der Gesamtwert am höchsten mit den entsprechenden SKID-II-Kriterien und dem D-Score. In der BPS-Gruppe ist der höchste Zusammenhang ausnahmslos zwischen den BPDSI-IV-Skalen und den entsprechenden SKID-II-Kriterien zu finden, was die kriteriumsbezogene Validität des BPDSI−IV bestätigt. Allerdings fallen die Korrelationskoeffizienten innerhalb der BPS-Gruppe geringer aus im Vergleich zu der gesamten Gruppe. Die höhere Varianz in der gesamten Gruppe könnte eine mögliche Erklärung darstellen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Betrachtung der Korrelationskoeffizienten zwischen dem BPDSI-IV und den Selbstbeurteilungsinstrumenten. In diesem Zusammenhang fallen die Korrelationskoeffizienten in der BPS-Gruppe ebenfalls geringer aus im Vergleich zu der gesamten Gruppe. Der Gesamtwert des BPDSI-IV zeigt die höchsten Zusammenhänge zu dem störungsspezifischen Instrument IS-27, das borderline-bezogene Impulsivität erfasst und zu dem störungsübergreifenden GSI des BSI, der die allgemeine psychische Belastung einschätzt. Der zusätzliche Einsatz eines weiteren borderline-spezifischen Selbst- (z.B. BSL-95, Bohus et al., 2001; BSL-23, Bohus et al., 2009) und idealerweise Fremdbeurteilungsinstrumentes, die die breite Symptomatik der BPS erfassen, würde die

Aussagekraft der Validität des BPDSI-IV erhöhen. Grundsätzlich lässt sich die kriteriumsbezogene Validität, die in dieser Arbeit durch die konkurrente Validität bestimmt wurde, als zufriedenstellend einschätzen. Die geringen bis moderaten Korrelationen in der BPS-Gruppe und die moderaten bis hohen Korrelationen in der gesamten Gruppe bezüglich des BPDSI-IV und der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente decken sich mit den Ergebnissen von Arntz et al. (2003) und anderen Untersuchungen zur Relation von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren im Querschnitt (Baumann & Stieglitz, 2008).

Die Konstruktvalidität, die die inhaltliche und kriteriumsbezogene Validität umfasst, wurde in dieser Arbeit einerseits durch die Einschätzung der konfirmatorischen Faktorenanalyse und andererseits durch die Analysen zur diskriminativen Validität überprüft. Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse zeigten ein heterogenes Bild, da vier von neun Skalen als homogen interpretiert werden konnten (Anhang A-5). Die Betrachtung der geringen bis moderaten Koeffizienten der Inter-Skalen-Korrelationen zeigt ein gutes Ergebnis. Die Skalen sollten einen statistischen Zusammenhang aufzeigen, da sie vorgeben, ein gemeinsames latentes Merkmal zu messen. Die Koeffizienten sollten idealerweise jedoch nicht zu hoch ausfallen, da in diesem Falle davon ausgegangen werden müsste, dass diejenigen Skalen keine unterschiedlichen Symptombereiche erfassen.

Die diskriminative Validität wurde durch Mittelwertsvergleiche zwischen den drei Gruppen hinsichtlich aller eingesetzten Messinstrumente vorgenommen. Die Ergebnisse entsprechen der Hypothese, dass die BPS-Gruppe jeweils die höchsten Werte erzielt, gefolgt von der gemischt-psychiatrischen- und der gesunden Kontrollgruppe. Einige Skalen- bzw. Gesamtwerte der Messinstrumente zeigen keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der gemischt-psychiatrischen- und der gesunden Kontrollgruppe. Das widerspricht jedoch nicht der Hypothese der vermuteten größten Ausprägung in der BPS-Gruppe in Anlehnung an Arntz et al. (2003), der die hohe diskriminatorische Fähigkeit des BPDSI-IV ebenfalls aufzeigen konnte.

In die Analyse zur diskriminativen Validität wurde erstmalig das Instrument TAQ einbezogen, um zu überprüfen, ob Gruppenunterschiede in Bezug auf traumatische Erfahrungen zu finden sind. Ätiologisch betrachtet werden traumatische Erfahrungen unterschiedlichster Art als möglicher Faktor in der Entstehung einer BPS gesehen (Bandelow et al, 2005; Fossati, Madeddu & Maffei, 1999; Sansone, Songer & Miller, 2005; Zanarini, Ruser, Frankenburg, Hennen & Gunderson, 2000). Erwartungskonform zeigte sich ein

hochsignifikanter Unterschied hinsichtlich der Skalenmittelwerte *Emotionaler Missbrauch*, *Körperlicher Missbrauch* sowie *Sexueller Missbrauch.* Auf ein weiteres Einsetzen dieses Instrumentes wurde aufgrund der fehlenden Möglichkeit zur Ermittlung eines aussagekräftigen Gesamtwertes verzichtet. Der TAQ eignet sich nach Ansicht der Autorin eher auf der deskriptiven Ebene.

6.3. Veränderungssensitivität

Zu Behandlungsbeginn (Prä) und -ende (Post) der stationär durchgeführten dialektisch behavioralen Therapie (DBT) wurden Daten von 40 Patienten erhoben. Der inferenzstatistische Vergleich der Prä- und Postwerte zeigte in sechs der neun Skalen des BPDSI-IV einen signifikanten bzw. hochsignifikanten Unterschied. Der Unterschied im Gesamtwert fällt ebenfalls hochsignifikant aus. Die veränderungssensitiven Selbstbeurteilungsinstrumente zeigten signifikante und hochsignifikante Verbesserungen nach der Intervention. Die Skalen *Zwischenmenschliche Beziehungen*, *Identität* und *Dissoziationen und paranoide Vorstellungen* blieben statistisch betrachtet unverändert. Die scheinbare „Stabilität“ der Skala *Identität* lässt sich in gewissem Umfang durch Prozesse erklären, die durch die therapeutische Intervention entstanden sein können. Beispielsweise reagierten zahlreiche BPS-Patienten zur Postmessung auf die Frage *Ist es in den letzten drei Monaten vorgekommen, dass Ihr Gefühl davon, ob Sie ein guter oder schlechter Mensch sind, sich stark geändert hat?* mit deutlicher Zustimmung, da es nun aufgrund der Therapie im Gegensatz zu vorher auch mal Momente gäbe, in denen sie denken würden, sie seien ein guter Mensch. Therapieerfolg hat hier einen hohen Wert zur Folge. Oftmals reagierten BPS-Patienten bei einer Einmal-Messung ohne vorangegangene therapeutische Intervention mit einer Verneinung auf das oben beschriebene Item mit der Begründung, sie schätzen sich überdauernd als schlechten Menschen ein. Diese Aussage bedingt die Vergabe eines niedrigen Wertes. Dieses Vorgehen impliziert folglich keine Ausprägung im Bereich der Identität, wenn die BPS-Patienten sich dauerhaft ablehnen. Ein extrem negatives Selbstbild müsste demzufolge keine hohe Ausprägung in der Skala *Identität* nach sich ziehen. Da diese Interpretation in den Augen der Autorin irreführend und nicht zutreffend ist, wird eine Umformulierung oder eine andere Möglichkeit der Skalierung der Items Nr. 3.2, 3.3 sowie 3.6 der Skala *Identität* empfohlen.

Ein möglicher Grund für die fehlende statistisch bedeutsame Veränderung in der Skala *Dissoziation und paranoide Vorstellungen* könnte die Schwierigkeit des Begriffs *Dissoziation*

sein, wenn die BPS-Patienten erstmalig damit konfrontiert werden. Die klinische Erfahrung zeigte, dass einige Patienten zur Prämessung angaben, Dissoziationen nicht zu kennen. Nach dreimonatiger Intervention, in der sie unter anderem lernen, Spannungen und Dissoziationen besser einzuschätzen, wurde im Interview das Vorhandensein von dissoziativen Symptomen deutlich. Diese Überlegung wird durch das Betrachten der Differenzen der Prä- und Postwerte in dieser Skala gestützt. Die Werte von sechs (15%) Patienten haben sich über die Zeit des stationären Aufenthaltes hinsichtlich der Skala *Dissoziationen und paranoiden Vorstellungen* reliabel verschlechtert. Ein weiterer therapeutischer Effekt könnte im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen eine Rolle spielen. Möglicherweise erlangen diejenigen Patienten mit Hilfe der Behandlung die Fähigkeit, sich besser abzugrenzen, die vorher Schwierigkeiten in diesem Bereich hatten. Dadurch können Höhen und Tiefen in der Partnerschaft und anderen wichtigen Beziehungen auftreten, was eine Erhöhung der Werte zur Folge hat. Die Betrachtung der einzelnen Werte zeigt bei drei Patienten (8%) eine reliable Verschlechterung im Mittelwert dieser Skala. Insgesamt betrachtet lassen sich die scheinbaren fehlenden Verbesserungen in den drei beschriebenen Skalen nach der Therapie aufgrund der Veränderungen, die sich durch die Behandlung ergeben haben, in gewissem Maße erklären. Des Weiteren ist der zeitliche Bezugsrahmen des BPDSI-IV von drei Monaten im Rahmen der Einschätzung der Veränderungssensitivität kritisch zu betrachten. Das stationäre DBT-Konzept umfasst ebenfalls drei Monate. Es ist bei diesem Symptombild innerhalb der ersten Phase keine sofortige Verbesserung zu erwarten. Realistisch betrachtet zeigen sich Therapieeffekte vermutlich erst im letzten Drittel der Behandlung, so dass eher von einer Unterschätzung der Veränderungssensitivität des BPDSI-IV ausgegangen werden sollte. Um Verlaufsmessungen vornehmen zu können, ist die Entwicklung einer Kurzversion mit einem zeitlichen Bezugsrahmen der letzten 4 Wochen zu empfehlen.

Aufgrund der fehlenden Warte-Kontrollgruppe wurde die Intra-Gruppen-Effektstärke (vgl. Hahlweg, 2000) berechnet. Diese deckt sich in Bezug auf den Gesamtwert des BPDSI-IV mit den mittleren Effektstärken, die Kröger und Kosfelder (2007) in ihrer Meta-Analyse zur Wirksamkeit der DBT berichten.

Überraschenderweise zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge der Prä-Post-Mittelwertsdifferenzen zwischen dem BPDSI-IV und den veränderungssensitiven Intrumenten BDI, BSI (GSI) und IS-27. Hierbei ist das Fehlen eines Instrumentes zu

berücksichtigen, das eine breite Symptomatik der BPS abbilden kann (z.B. BSL-95, Bohus et al., 2001). Die IS-27 stellt ein borderline-spezifisches Instrument dar, dieses Instrument erhebt jedoch ausschließlich Symptome, die mit Impulsivität in Zusammenhang gebracht werden. Um die Korrelationen der Prä-Post-Mittelwertsdifferenzen genauer überprüfen zu können, wäre der Einsatz eines weiteren Selbstbeurteilungs- und möglicherweise eines Fremdbeurteilungsinstrumentes zur Erfassung der gesamten Symptomatik der BPS sinnvoll.

Die statistische Einzelfallanalyse zeigt statistisch und klinisch signifikante Veränderungen nach einer Intervention. Die Ergebnisse unterstreichen die Schwere der BPS: die dreimonatige DBT reicht bei einem Großteil der Patienten nicht aus, um die Symptomatik so deutlich zu verbessern, dass diese nach Ermittlung des C-Kriteriums (Jacobson & Truax, 1991) nicht mehr in die Gruppe der BPS-Patienten fallen.

Zusammenfassend lässt sich die Einschätzung des BPDSI-IV als veränderungssensitives Instrument festhalten. Arntz und Kollegen (2003) konnten nach sechsmonatiger Behandlung Veränderungen mit dem BPDSI-IV abbilden. Weitere Untersuchungen, die einen zusätzlichen Einsatz von borderlinespezifischen Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten sowie die Bildung einer Warte-Kontrollgruppe vorsehen, sind empfehlenswert. Die Entwicklung einer ökonomischen Kurzversion des BPDSI-IV, die sich auf die letzten vier Wochen bezieht, ist im Zusammenhang mit Verlaufsmessungen wünschenswert.

6.4. Sensitivität und Spezifität

Anhand der ROC-Kurve und des Youden-Indexes wurden zwei Cut-Off-Werte ermittelt, die sich auf die drei Gruppen beziehen. Die Kennwerte Sensitivität, Spezifität, Fläche unter der Kurve, Overall Correct Classification sowie Cross Product Ratio, die die Güte eines Cut-Off-Wertes beschreiben, sind insgesamt bezüglich des Cut-Off-Wertes von 21.30 zwischen der BPS- und der gemischt-psychiatrischen Gruppe als sehr gut zu bewerten. Der zweite Cut-Off-Wert von 7.74, der sich auf die Unterscheidung der gemischt-psychiatrischen- und der gesunden Kontrollgruppe bezieht, zeigt ebenfalls gute bis sehr gute Kennwerte mit Ausnahme der Sensitivität, die als zufriedenstellend anzusehen ist. Da der BPDSI-IV ein störungsspezifisches Instrument darstellt, ist es in der Praxis sehr wahrscheinlich, dass dieses Instrument nach Abklärung der BPS-Diagnose eingesetzt wird. Aus diesem Grund ist der Cut-Off-Wert der beiden klinischen Gruppen der entscheidende Wert. Um Behandlungserfolg überprüfen zu können, ist die Verwendung des BPDSI-IV zu empfehlen. Der Cut-Off-Wert kann in diesem Zusammenhang als Außenkriterium genutzt werden.

Patienten, die diesen Wert nach der Behandlung unterschreiten, fallen nun in die Gruppe der Patienten mit gemischt-psychiatrischen Diagnosen, da die Ausprägung ihrer Symptomatik nicht mehr so deutlich ausfällt im Vergleich zu der Gruppe der BPS-Patienten. Vorstellbar ist darüber hinaus die Anwendung des Cut-Off-Wertes innerhalb des therapeutischen Prozesses. Häufig haben BPS-Patienten den Wunsch, ihre traumatischen Erfahrungen zu thematisieren und therapeutisch zu bearbeiten. Da es erfahrungsgemäß zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommt, wenn sich Patienten mit diesen schwerwiegenden Themen beschäftigen, sollte eine gewisse Stabilität die Voraussetzung sein, um in diese Therapiephase einzutreten. Die Unterschreitung des Schwellenwertes kann in diesem Zusammenhang eine Bedingung darstellen, um diesem Therapiewunsch nach Aufarbeitung der traumatischen Erfahrungen zu entsprechen. Ein vergleichbares Vorgehen empfiehlt Bohus auf seiner Homepage des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim. Patienten werden mit der vorläufigen Version des Interviews zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle *Severe Behaviour Dyscontrol Interview (SBD-I)* befragt. Unterschreiten sie den Cut-Off-Wert, dürfen sie in die Stufe II der DBT eintreten, in der u.a. traumatische Erfahrungen behandelt werden (http://www.zi-mannheim.de/sbdi.html).

Der Cut-Off-Wert von 20.60, der über das C-Kriterium ermittelt wurde, ist konservativer im Hinblick auf die Verwendung innerhalb von Therapieevaluation. Allerdings zeigt dieser Wert im Vergleich zu dem Cut-Off-Wert von 21.30 eine leicht geringere Spezifität (90%) bei gleichbleibender Sensitivität. Aus diesem Grund wird die Verwendung des Cut-Off-Wertes von 21.30 empfohlen.

Zu beachten ist bei der Ermittlung eines geeigneten Cut-Off-Wertes die Stichprobenabhängigkeit. Die Sensitivität wird von Merkmalen der BPS-Gruppe, die Spezifität von Merkmalen der gemischt-psychiatrischen Gruppe beeinflusst (Lehr et al., 2008). Andere Stichprobenmerkmale (u.a. Geschlechterverteilung, Alter, Setting) können zu anderen Cut-Off-Werten führen. In der Studie von Arntz et al. (2003), an die sich diese Arbeit anlehnt, wurde ein Cut-Off-Wert von 15 ermittelt (a-Kriterium, Jacobson & Truax, 1991). Personen, die einen höheren Wert als 15 im Gesamtwert des BPDSI-IV erzielen, liegen unterhalb von zwei Standardabweichungen im Vergleich zu den erzielten Werten im Gesamtwert des BPDSI-IV in der BPS-Gruppe (N = 64). Wird das a-Kriterium auf die zugrundeliegende Stichprobe angewandt, ergibt sich ein ähnlicher Wert: 14.11 mit einer

Sensitivität von 99%, aber einer unzureichenden Spezifität von 59%. Hier zeigen sich sowohl die Stichprobenabhängigkeit, als auch die Auswirkungen der Methodenwahl. Eine Überprüfung an weiteren deutschen Stichproben ist deshalb wünschenswert.

6.5. Gesamtbeurteilung und Ausblick

Derzeit ist der BPDSI-IV das einzige Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Häufigkeit und Schwere der BPS-Symptomatik anhand neun Skalen, die sich an den DSM-IV-Kriterien orientieren. Die Fremdbeurteilungsinstrumente ZAN-BPD (Zanarini et al., 2003) und DIB-R (Gunderson & Zanarini, 1998), die ebenfalls den Schweregrad der BPS schätzen, liegen in deutscher Übersetzung vor, jedoch wurden bis zum jetzigen Zeitpunkt keine psychometrischen Kennwerte dieser Instrumente publiziert. Besonders im Bereich der Therapieevaluation und Qualitätssicherung ist es wichtig, Prozess- und Ergebnisqualität mit Hilfe von Instrumenten mit guten psychometrischen Kennwerten aufzeigen zu können. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist die Anwendung des BPDSI-IV zu empfehlen, da BPS-Patienten erfahrungsgemäß nicht von sich aus von neuen oder wieder aufgetretenen dysfunktionalen Verhaltensweisen berichten, die für sie schambesetzt sind. Zudem ist es zu Therapiebeginn sehr wichtig, den Patienten in seiner individuellen Symptomausprägung kennenzulernen, um grundsätzlich entscheiden zu können, ob zurzeit eine ambulante oder stationäre Behandlung indiziert ist und um im nächsten Schritt einen guten Behandlungsplan erstellen zu können. Da sich Symptome bei BPS-Patienten häufig verlagern, ist es im Prozess notwendig, diese Veränderungen durch strukturiertes Vorgehen identifizieren zu können. Die zeitliche Durchführung des BPDSI-IV variiert zwischen 30 und 45 Minuten. Durch den hohen gewonnenen Informationsgehalt auf Mikroebene steht der zeitliche Aufwand in einer akzeptablen Relation. Um dem multimodalen Ansatz in der Diagnostik zu entsprechen (Baumann & Stieglitz, 2008), sollten nach der Diagnosestellung durch strukturierte klinische Interviews (z.B. SKID-II) neben dem BPDSI-IV zu Beginn und im Verlauf weitere spezifische Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt werden. Neben der praktischen Anwendbarkeit des BPDSI-IV ist auch der Einsatz zu Forschungszwecken möglich und sinnvoll. Neue bzw. weiterentwickelte Behandlungsmethoden können mit Hilfe dieses und weiterer Instrumente evaluiert werden. In diesem Zusammenhang gibt der ermittelte Cut-Off-Wert, der sich auf den Gesamtwert bezieht, die Möglichkeit individuell erreichte Werte einzuordnen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit konnten zeigen, dass der BPDSI-IV grundsätzlich ein reliables und valides Instrument darstellt. Allerdings sind auch Schwächen deutlich geworden. In einer zukünftigen Version sollten einige Items umformuliert und neue Items entwickelt werden, die sich auf paranoide Vorstellungen beziehen. Eine weitere Überlegung für zukünftige Arbeiten bezieht sich auf die Skala *Dissoziationen und paranoide Vorstellungen.* Bisher beinhaltet diese Skala kein Item, das nach aversiver Spannung fragt. Bohus und Schmahl (2007) bezeichnen das Phänomen „Spannung" als Leitsymptom der BPS. Stiglmayr (2003, 2005) sagt, dass ab einem gewissen Maß an Spannung dissoziative Symptome auftreten. Aus diesem Grund sollten Informationen darüber durch die Aufnahme neuer Items gewonnen werden.

Des Weiteren ist zukünftig zu empfehlen, die zeitgleich eingesetzten Instrumente zur Validierung zu erweitern. Da zurzeit im deutschsprachigen Raum kein validiertes Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung der breiten BPS-Symptomatik zur Verfügung steht, sollte zumindest ein validiertes Selbstbeurteilungsinstrument ausgegeben werden, das den aktuellen Schweregrad der BPS einschätzt.

Zukünftig sollte im Rahmen eines kontrollierten Designs die Veränderungssensitivität überprüft werden. In diesem Zusammenhang sollte zusätzlich die Test-Retest-Reliabilität erhoben werden. Die Konzeption einer ökonomischen Kurzversion für die Prozessdiagnostik ist wünschenswert. Dabei ist die Verkürzung des zeitlichen Bezugsrahmens von drei auf einen Monat einzuplanen, um vor allem Veränderungen im stationären DBT-Konzept, das exakt drei Monate vorsieht und in drei Behandlungsstufen gegliedert ist, präziser erheben zu können. Hierbei sollten vorrangig Items mit hoher Trennschärfe aufgenommen werden. Obwohl durch eine Verkürzung des BPDSI-IV wichtige Informationen auf Mikroebene verlorengehen können, steht der zeitliche und damit auch finanzielle Vorteil demgegenüber. Dieser Punkt ist im klinischen Alltag von enormer Wichtigkeit. Zukünftig sollte unter Berücksichtigung der vorangegangenen Aspekte die Zusammenhänge der Prä-Post-Mittelwertsdifferenzen nochmals überprüft werden.

Die ermittelten Werte zur Sensitivität und Spezifität in der zugrundeliegenden Arbeit sollten an weiteren Projekten evaluiert werden. Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang der Vergleich der stichprobenabhängigen Cut-Off-Werte. Möglicherweise wäre die Ermittlung verschiedener Schwellenwerte sinnvoll, die sich auf ambulant- sowie stationär behandelte BPS-Patienten beziehen.

7. Zusammenfassung

Die psychometrischen Kennwerte des BPDSI-IV (Arnzt et al., 2003; dt.: Kröger & Freese, 2003) wurden in dieser Arbeit anhand einer deutschen Stichprobe (*N* = 264) evaluiert. Der BPDSI-IV stellt ein semi-strukturiertes Fremdbeurteilungsinstrument dar, das die Häufigkeit und Schwere der BPS-Symptomatik innerhalb der letzten drei Monate anhand neun Skalen, die sich an die DSM-IV-Kriterien orientieren, erfasst. BPS-Patienten (*n* = 163), Patienten mit gemischt-psychiatrischen Diagnosen (*n* = 58) und Personen, die die gesunde Kontrollgruppe bildeten (*n* = 43), wurden mit entsprechenden Modulen des SKID-II durch klinisch erfahrene Diagnostiker untersucht und des Weiteren mit dem BPDSI-IV interviewt. Zusätzlich wurden den Teilnehmenden verschiedene störungsspezifische- und störungsübergreifende Fragebögen ausgegeben. 20 BPDSI-IV-Interviews wurden von einem weiteren Experten anhand von DVD-Aufnahmen zusätzlich bewertet, um die Übereinstimmungsreliabilität schätzen zu können. Bei 40 BPS-Patienten wurden zu Behandlungsbeginn und Ende einer 12-wöchigen stationären dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) Daten erhoben, um die Veränderungssensitivität des BPDSI-IV zu untersuchen. Die Sensitivität und Spezifität der ermittelten Cut-Off-Werte, die eine Einordnung des individuell erreichten Gesamtwerts ermöglichen, wurden ebenfalls dargestellt.

Der Gesamtwert des BPDSI-IV weist innerhalb der gesamten Gruppe (Cronbachs α = .96) und innerhalb der BPS-Gruppe (Cronbachs α = .90) eine sehr hohe interne Konsistenz auf. Auf Skalenebene zeigen sich Schwächen in der internen Konsistenz. In der BPS-Gruppe liegt Cronbachs α = .49 bis .76. Höhere Werte ergeben sich bezogen auf die gesamte Stichprobe (Cronbachs α = .69 - .89). Die Übereinstimmungsreliabilität bezogen auf die Skalen fiel mit Intraklassenkoeffizienten von ICC = .87 - .99 (Median = .98.5) sehr hoch aus. Die Übereinstimmungsreliabilität bezogen auf den Gesamtwert zeigte mit einem ICC = .97 ebenfalls ein sehr gutes Ergebnis. Mit Hilfe der konfirmatorischen Faktorenanalyse konnten vier Skalen bestätigt werden. Nach einer Unterteilung derjenigen Skalen, die inhaltlich verschiedene Symptome erfassen, konnten sechs Skalen als eindimensional identifiziert werden. Die Zusammenhänge zu anderen Messinstrumenten fielen erwartungskonform aus und bestätigten somit die Validität des BPDS-IV. Des Weiteren konnte die hohe diskriminatorische Fähigkeit des BPDSI-IV durch den Vergleich der drei Gruppen gezeigt werden. Das Instrument konnte therapiebedingte Veränderungen nach einer dreimonatigen Intervention aufzeigen. Der ermittelte Cut-Off-Wert von 21.30 mit einer Sensitivität von 94%

und einer Spezifität von 93% bezogen auf den Gesamtwert des BPDSI-IV ermöglicht zum einen die Einordnung eines individuell erzielten Wertes, zum anderen kann dieser Schwellenwert innerhalb der Forschung als ein Außenkriterium dienen. Patienten, die diesen Wert unterschreiten, fallen vergleichsweise in ihrer Symptomausprägung nicht mehr in die Gruppe der BPS-Betroffenen.

Eine Weiterentwicklung des BPDSI-IV ist zu empfehlen. Dabei sollte mindestens ein weiteres borderline-spezifisches Instrument eingesetzt werden. Darüber hinaus ist die Planung eines kontrollierten Designs sinnvoll. Die zusätzliche Erfassung komorbider Störungen wird ebenfalls empfohlen.

Einige nicht trennscharfe und schwer verständliche Items sollten in einer Folgeversion umformuliert werden. Zusätzlich sollten neue Items aufgenommen werden, die sich inhaltlich mit aversiver Spannung und paranoiden Vorstellungen befassen. Die Entwicklung einer ökonomischen Kurzversion, in die vorrangig trennscharfe Items aufgenommen werden sollten, die sich auf den letzten Monat beziehen, ist wünschenswert. Dabei ist die Orientierung an den DSM-IV-TR-Kriterien beizubehalten.

Literaturverzeichnis

Amelang, M. & Borkenau, P. (1982). Über die faktorielle Struktur und externe Validität einiger Fragebogenskalen zur Erfassung der Dimensionen der Extraversion und emotionalen Labilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 3,* 119-146.

Amelang, M. & Zielinski, W. (2004). *Psychologische Diagnostik und Intervention.* (3. Aufl.). Berlin: Springer.

American Psychiatric Association (APA, 1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III).* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (APA, 1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R).* (3rd revised ed.). Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (APA, 1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).* Washington: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (APA, 2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).* Washington: American Psychiatric Press.

Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W.M. & de Bie, A.J. (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders, 17,* 45-59.

Bagge, C.L. (2003). DAPP-BQ: Factor structure and relations to personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Personality Disorders, 17,* 19-32.

Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with Borderline Personality Disorder and healthy controls. *Psychiatry Research, 134,* 169-179.

Bank, P.A. & Silk, K.R. (2001). Axis I and Axis II interactions. *Current Opinion in Psychiatry, 14,* 137-142.

Barnow, S. (Hrsg.) (2008). *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung.* Bern: Huber.

Barnow, S., Herpertz, S., Spitzer, C., Dudeck, M., Grabe, H.J. & Freyberger, H.J. (2006a). Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen: sind dimensionale Modelle die Zukunft? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 74,* 706-713.

Barnow, S., Herpertz, S., Spitzer, C., Grabe, H.J., Kessler, C. & Freyberger, H.J. (2006b). Individual characteristics, familial experiences, and psychopathology of children of mothers with Borderline Personality Disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45,* 965-972.

Barnow, S., Ruge, J., Spitzer, C. & Freyberger, H.-J. (2005). Temperament and character in persons with Borderline Personality Disorder. *Nervenarzt, 76,* 839-848.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder. A practical guide.* Oxford: Oxford University Press.

Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (2008). Multimodale Diagnostik – 30 Jahre später. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56,* 191-202.

Beauducel, A. & Wittmann, W.W. (2005). Simulation study on fit indices in confirmatory factor analysis based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling, 12,* 41-75.

Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory – Manual.* San Antonio: The Psychological Corporation.

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

Bellino, S., Paradiso, E. & Bogetto, F. (2005). Oxcarbazepine in the treatment of Borderline Personality Disorder: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry, 66,* 1111-1115.

Bellino, S., Paradiso, E. & Bogetto, F. (2006). Efficacy and tolerability of Quetiapine in the treatment of Borderline Personality Disorder: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry, 67,* 1042-1046.

Bernstein, D.P., Iscan, C., Maser, J. & Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders and the International Society for the Study of Personality Disorders (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, *21,* 536-551.

Bernstein, E.M. & Putman, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, *174,* 727-735.

Bohus, M. & Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*, *9*, 1069- 1081.

Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. (Fortschritte der Psychotherapie-Band 14). Göttingen: Hogrefe.

Bohus, M., Haaf, B. Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient Dialectical Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy, 42,* 487-499.

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philipsen, A. & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology, 42,* 32-39.

Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R.-D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psycholologie*, *51,* 201-211.

Bohus, M., Swenson, C., Sender, I., Kern, I. & Berger, M. (1996). Die Anwendung der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Störungen im stationären Bereich. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 1*, 32-43.

Bortz, Jürgen (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler.* (4. vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.

Bronisch, B., Hiller, W., Mombour, W. & Zaudig, M. (1995). *IDCL-P Internationale Diagnosecheckliste für Persönlichkeitsstörungen.* Göttingen: Hogrefe.

Brosius, F. (2006). *SPSS 14.* Heidelberg: mitp-Verlag.

Bühl, A. (2006). *Einführung in die moderne Datenanalyse*. (10. überarbeitete und erweiterte Aufl.). München: Pearson Studium.

Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion.* (2. Aufl.) München: Pearson.

Cattell, R.B. (1965). *The scientific analysis of personality.* London: Penguin.

Cierpka, M. (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2).* Bern: Huber.

Clarkin, J.F. & Dammann, G. (2001). Psychometrische Verfahren zur Diagnostik und Therapie der Borderline-Störungen. In O. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störung* (S. 125-148). Stuttgart: Schattauer.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Pryzbeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, 50,* 975-990.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorders in Great Britain. *British Journal of Psychiatry, 188,* 423-431.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory. Manual Form S and Form R.* Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources.

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1989). *NEO PI/FFI manual supplement.* Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources.

Costa, P.T. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory. Professional Manual*. Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T. & Widiger, T.A. (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2. Aufl.). Washington, DC: American Psychological Association.

Davison, A.C., Hinkley, D.V. & Young, G.A. (2003). Recent developments in Bootstrap methodology. *Statistical Science, 18,* 141-157.

Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptom Inventory: administration, scoring, and procedures. Manual* (3 rd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.

Diehl, J.M. (2007). *Statistik mit SPSS für Windows: Version 15.* Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.

Digman, J. & Takemoto-Chock, N.K. (1981). Factors in the natural language of personality: Reanalysis and comparison of six major studies. *Multivariate Behavioral Research, 18,* 149-170.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis.* (3. korrigierte Aufl.). Bern: Huber.

Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Rumpold, G., Smrekar U., Janecke, N., Schatz, D.S., Schotte, C., DeDoncker, D. & Schüßler, G. (2007). Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatik, Medizin und Psychotherapie, 53,* 111-128.

Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A. et al. (2000). Magnetic resonance imaging volumes of the Hippocampus and the Amygdala in women with Borderline Personality Disorder and early traumatization. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 1115- 1122.

Efron, B. (1979). Bootstrap methods: Another look at the Jackknife. *The Annals of Statistics, 7,* 1-26.

Eysenck, H.J. (1952). *The sientific study of personality.* London: Routledge & Kegan Paul.

Eysenck, H.J. (1970). *The structure of human personality* (3rd ed.). London: Methuen.

Eysenck, H.J. (1980). Psychopathie. In U. Baumann, H. Berbalck & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie - Trends in Forschung und Praxis,* Band 3 (S. 323-360). Bern: Huber.

Fan, X., Thompson, B. & Wang, L. (1999). Effects of sample size, estimation methods, and model specification on structural equation modeling fit indexes. *Structural Equation Modeling, 6,* 56-83.

Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6. überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope H.G. & Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders, 9,* 92-104.

Fiske, D.W. (1949). Consistency of factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 44*, 329-344.

Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention* (3. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Fossati, A., Madeddu, F. & Maffei, C. (1999). Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders, 13,* 268-280.

Foulds, G.A. (1976). *The hierarchical nature of personal illness.* London: Academic Press.

Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsche Version.* Göttingen: Beltz-Test.

Freyberger, H.J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual.* Bern: Huber.

Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-II (SKID-II).* Göttingen: Hogrefe.

Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M, Schröder, B. & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica, 48,* 28-36.

Giessen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry, 63,* 649-658.

Green, D.M., Swets J.A. (1966). *Signal Detection Theory and Psychophysics*. New York: Wiley.

Grilo, C.M., McGlashan, T.H. & Skodol, A.E. (2000). Stability and course of personality disorders: The need to consider comorbidities and continuities between Axis I psychiatric disorders and Axis II personality disorders. *Psychiatric Quarterly, 71,* 291-307.

Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Gunderson, J.G., Pagano, M.E., Yen, S., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E., Stout, R.L., Morey, L.C. & McGlashan, T.H. (2004). Two-year stability and change of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 767-775.

Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Stout, R.L., Bender, D.S., Yen, S., Shea, M.T., Morey, L.C., Zanarini, M.C. & McGlashan, T.H. (2007). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for Borderline Personality Disorder: A 2-Year prospective study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52,* 357-362.

Grinker, R.R., Werble, B. & Drye, R.C. (1968). *The Borderline Syndrome. A behavioral study of ego-functions.* New York, London: Basic Books.

Guilford, J.P. (1975). Factors of personality. *Psychological Bulletin, 82,* 802-814.

Gunderson, J.G. & Singer, M.T. (1975). Defining Borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry, 132,* 1-10.

Gunderson, J.G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry, 166,* 530-539.

Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E., Yen, S., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Dyck, I.R., Morey, L.C. & Stout, R.L. (2006). Predictors of two-year outcome for patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 163,* 822-826.

Hahlweg, K. (2000). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. In H.J. Freyberger, G. Heuft & D.J. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 43-71). Stuttgart: Schattauer.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worral, H. & Keller, F. (1995). *Das Beck Depressions-Inventar (BDI).* Bern: Huber.

Herman, J.L., Perry, J.C. & van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 490-495.

Herpertz, S.C., Bohus, M., Buchheim, P., Doering, S., Kampfhammer, H.-P., Linden, M., Müller-Isberner, R., Renneberg, B., Resch, F., Saß, H., Schmitz, B., Schweiger, U. & Tress, W. (2009). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen.* Berlin: Steinkopff.

Hirschfeld, R.M. (1999). Personality disorders and depression: Comorbidity. *Depression and Anxiety, 10,* 142-146.

Hopwood, C.J., Morey, L.C., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., Markowitz, J.C., Orlando Edelen, M., Shea, M.T., Daversa, M.T., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. & Skodol, A.E. (2008). A comparison of interview and self-report methods for the assessment of Borderline Personality Disorder criteria. *Psychological Assessment, 20,* 81-85.

Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (1988). *Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme (IIP).* Göttingen. Beltz.

Hu, L. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analyses: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6,* 1-55.

Igl, W., Zwingmann, C. & Faller, H. (2005). Änderungssensitivität. *Rehabilitation, 44,* 100-106.

Jackson, D.L., Gillaspy, J.A. & Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in confirmatory factor analysis: An overview and some recommendations. *Psychological Methods, 14,* 6-23.

Jacob, G. & Lieb, K. (2007). Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 1,* 61-73.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 12-19.

Joyce, P.R., McHugh, P.C., McKenzie, J.M., Sullivan, P.F., Mulder, R.T., Luty, S.E., Carter, J.D., Frampton, C.M., Cloninger, C.R., Miller, A.M. & Kennedy, M.A. (2006). A dopamine transporter polymorphism is a risk factor for Borderline Personality Disorder in depressed patients. *Psychological Medicine, 36,* 807-813.

Jung, C.G. (1921). *Psychologische Typen.* Zürich: Rascher. [Wiederabdruck (1960). *Gesammelte Werk*e. Band 6. Olten: Walter].

Kant, I. (1798). Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. In K. Vorländer (1980). (Hrsg.) *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (7., im Text unveränd. Aufl.). Hamburg: Meiner.

Kernberg, O.F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15,* 641-685.

Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Königsberg, H.W., Carr, A.C. & Appelbaum, A.H. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.

Klonsky, D.E. (2008). What is Emptiness? Clarifying the 7th Criterion for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 22,* 418-426.

Kraepelin, E. (1903-1904). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (7. Aufl.) Leipzig: Barth.

Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer.

Krueger, R.F. (2005). Continuity of Axis I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders, 19,* 233-261.

Kröger, C. & Freese, S. (2003). *Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Christoph-Dornier-Stiftung Braunschweig.

Kröger, C. & Kosfelder, J. (2007). Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der dialektisch behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36*, 11-17.

Kröger, C., Holdstein, D., Lombe, A., Schweiger, U. & Kosfelder, J. (2007). Konstruktion eines störungsspezifischen Instruments zur Erfassung der Impulsivität der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36,* 290-297.

Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., Kahl, K.G., Schunert, T., Rudolf, S. & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder in an inpatient setting. *Behavior Research Therapy, 44,* 1211-1217.

Krohne, H.W. & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfelder.* Stuttgart: Kohlhammer.

Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil-und Störungsinventar (PSSI).* Bern: Huber.

Lange, C., Kracht, L., Herholz, K., Sachsse, U. & Irle, E. (2005). Reduced glucose metabolism in temporo-parietal cortices of women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 139,* 115-126.

Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E. & Sosnowski, N. (2008). Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressionsskala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (SDTS-D) – Eine vergeichende Evaluation von Cut-off-Werten. *Diagnostica, 54,* 61-79.

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Disorders*, *73,* 45-63.

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 62,* 553-564.

Lieb, K., Linehan, M.M., Schmahl, Ch., Zanarini, M. & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *Lancet, 364,* 453-461.

Lienert, G.A. & Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testanalyse (5., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Weinheim: Beltz.

Linehan, M.M. (1993). *Skill training manual for treatment Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (2006). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* (Korrigierte Auflage). München: CIP-Medien.

Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L. & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment, 18,* 303-312.

Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J.M., Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of Borderline Personality Disorder: A review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 32,* 162- 173.

Livesley, W., Jang, K.L. & Vernon, P.A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry, 55,* 941-948.

Loranger, A.W. (1996). *International Personality Disorder Examination.* Deutschsprachige Ausgabe von Mombour, M., Zaudig, P., Berger, K., Gutierrez, W., Berner, K., Berger, M., v. Cranach, O., Giglhuber, M. & v. Bose. Bern: Huber.

Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D.A. (1994). The International Personality Disorder Examination. *Archives of General Psychiatry, 51*, 215-224.

Lusted, L.B. (1971). Signal detectability and medical decision-making. *Science, 171,* 1217-1219.

Lynam, D.R. & Widiger, T.A. (2001). Using the Five-Factor Model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110,* 401-412.

Mestel, R. & Leichsenring, F. (2002). *Entwicklung einer änderungssensitiven Kurzskala zur Erfassung der Borderline-Symptomatik: CUT-20-R.* In E. van den Meer, H. Hagendorf, R. Beyer, F. Krüger, A. Nuthmann & S. Schulz (Hrsg.): 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (S. 365). Lengerich: Papst Science Publishers.

Miller, J.D., Reynolds, S.K. & Pilkonis, P.A. (2004). The validity oft he Five-Factor Model prototypes for personality disorders in two clinical samples. *Psychological Assessment, 16,* 310-322.

Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., von Cranach, M., Giglhuber, O. & von Bose, M. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE).* ICD-10- Modul – Deutschsprachige Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.

New, A.S., Triebwasser, J. & Charney, D.S. (2008). The case for shifting Borderline Personality Disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, *64,* 653-659.

Nock, M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I. & Michel, B.D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, *19,* 309-317.

Norman, W.T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes. Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 4,* 681-691.

Paris, J. (2007). The nature of Borderline Personality Disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders, 21,* 457-473.

Patton, J.H., Stanford, M.S. & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51,* 768-774.

Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascula, J.C., Campins, M.J., Puigdemont, D. & Álvarez, E. (2007). The clinical global impression scale for Borderline Personality Disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Espaniolas Psiquiatria*, *35*, 229-235.

Poreh, A.M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J.L., Faulkner, C. & Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of Borderline Personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders, 20,* 247-260.

Preuss, U.W., Rujescu, D., Giegling, I., Watzke, S., Koller, G., Zetzsche, T., Meisenzahl, E.M., Soyka, M. & Möller, H.J. (2008). Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Version der Barratt-Impulsiveness-Skala. *Nervenarzt, 3,* 305-319.

Pukrop, R., Gentil, I., Steinbring, I. & Steinmeyer, E. (2001). Factorial structure of the German version of the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire in clinical and non-clinical samples. *Journal of Personality Disorders, 15,* 450-456.

Renneberg, B., Schmidt-Rathjens, C., Hippin, R., Backenstrass, M. & Fydrich, T. (2005). Cognitive characteristics of patients with BPD: Development and validation of a self-report inventory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36,* 173-182.

Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L. & van Dyck, R. (2002). SSRI treatment of Borderline Personality Disorder: A randomized, placebo controlled trial for female patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 159,* 2048-2054.

Rottman, B.M., Ahn, W.K., Sanislow, C.A. & Kim, N.S. (2009). Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *American Journal of Psychiatry, 166,* 388-391.

Ruocco, A.C. (2005). Reevaluating the distinction between Axis I and Axis II disorders: The case of Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 1509-1523.

Saleptsi, E., Bichescu, D., Rockstroh, B., Neuner, F., Schauer, M., Studer, K., Hoffmann, K. & Elbert, T. (2004). Negative and positive childhood experiences across developmental periods in psychiatric patients with different diagnosis – an explorative study. *BMC Psychiatry, 4,* 1-14.

Samual, D.B. & Widiger, T.A. (2006). Clinicians` judgements of clinical utility: A comparison of the DSM-IV and five-factor models. *Journal of Abnormal Psychology, 115,* 298-308.

Sansone, R., Songer, D.A. & Miller, K.A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a Borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry, 46,* 117-120.

Saß, H. (1986). Zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt, 57,* 193-203.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R.D., Di Salle, F., Greffrath, W., Ludaescher, P., Jochims, A., Lieb, K., Scheffler, K., Hennig, J. & Seifritz, E. (2006). Neural correlates of antinociception in Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry, 63,* 659-667.

Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.). (1996). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schneider, K. (1923). *Die psychopathischen Persönlichkeiten.* Leipzig: Franz Deutike. [2. wesentlich veränderte Auflage (1928); bis: 9. Auflage (1950). Wien: Deuticke].

Schulz, S.C., Zanarini, M.C., Bateman, A., Bohus, M., Detke, H.C., Trzaskoma Q., Tanaka, Y., Lin, D., Deberdt, W. & Corya, S. (2008). Olanzapine for the treatment of Borderline Personality Pisorder: Variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *British Journal of Psychiatry, 193,* 485-492.

Shea, M.T. & Yen, S. (2003). Stability as a distinction between Axis I and Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 17,* 373-386.

Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2009). The future of personality disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry, 166,* 388-391.

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. & Siever, L.J. (2002). The Borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry, 51,* 936-950.

Skodol, A.E., Oldham, J.M., Bender, D.S., Dyck, I.R., Stout, R.L., Morey, L.C., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. & Gunderson, J.G. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: Relationship of functional impairment. *American Journal of Psychiatry, 162,* 1919-1925.

Skodol, A.E., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Pagano, M.E. & Stout, R.I. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders, 19,* 487-504.

Soloff, P.H., Meltzer, C.C., Greer, P.J., Constantine, D. & Kelly, T.M. (2000). A flenfluramine-activated FDG-PET study of Borderline Personality Disorder. *Biological Psychiatry, 47,* 540-547.

Spitzer, R.L., Endicott, J. & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry, 36,* 17-24.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the Borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Questions, 7,* 467-489.

Stieglitz, R.-D. (2000). *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Stieglitz, R.-D. (2008). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie.* Stuttgart: Kohlhammer.

Stiglmayr C., Braakmann D., Haaf B., Stieglitz R. & Bohus M. (2003) Entwicklung und psychometrische Charakterisierung der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut). *Psychotherapie, Psychiatrie und Medizinische Psychologie, 53,* 287-94.

Stiglmayr C., Grathwohl T., Linehan M., Fahrenberg J. & Bohus M. (2005) Aversive tension in patients with Borderline Personality Disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica 111,* 372-9.

Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A. & Linehan, M.M. (2001). The application of Dialectic Behavior Therapy for patients with Borderline Personality Disorder on inpatients units. *Psychiatric Quarterly, 72,* 307-324.

Tebartz van Elst, L., Ludaescher, P., Thiel, T., Büchert, M., Hesslinger, B., Bohus, M. et al. (2007). Evidence of disturbed Amygdala energy metabolism in patients with Borderline Personality Disorder. *Neuroscience Letters*, *417*, 36- 41.

Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41,* 416-425.

Trull, T.J., Widiger, T.A., Lynam, D.R., & Costa, P.T. (2003). Borderline Personality Disorder from the perspective of general personality functioning. *Journal of Abnormal Psychology, 112,* 193-202.

Tupes, E.C. & Christal, R.E. (1961). *Recurrent personality factors based on trait ratings.* USAF Technical Report ASD-TR-61-97.

Tyrer, P., Gunderson, J.G., Lyons, M., & Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 11,* 260-269.

Van Asselt, A.D.I., Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H. & Severens, J.L. (2009). The EQ-5D: A useful quality of life measure in Borderline Personality Disorder? *European Psychiatry, 24,* 79-85.

Van Kampen, S. (2002). The DAPP-BQ in the Netherlands: Factor structure and relationship with basic personality dimensions. *Journal of Personality Disorders, 16,* 235-254.

Verheul, R., van den Bosch, L.M., Koeter, M.W., de Ridder, M.A., Stijnen, T., van den Brink, W. (2003). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: 12-month, randomized clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182,* 135-140.

Warner, M.B., Morey, L.C., Finch, J.F., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Shea, M.T., McGlashan, T.H. & Grilo, C.M. (2004). The longitudinal relationship of personality traits and disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 113,* 217-227.

Weaver, T.L. & Clum, G.A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 1068-1075.

Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests.* Göttingen: Hogrefe.

Westen, D., Shedler, J. & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry, 163,* 846-856.

Widiger, T.A. & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology, 114,* 494-504.

Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.

World Health Organisation. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th rev. ed.). (ICD-10). Geneva: Author.

Wundt, W. (1873). *Grundzüge der physiologischen Psychologie* (Band 3). Leipzig: Engelmann. [zugrundegelegt: 5. Auflage (1903)].

Youden, W.J. (1950). Index for rating diagnostic tests. *Cancer, 3,* 32-35.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practioner`s guide.* New York: Guilford Press.

Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Sickel A.E., Yong L. (1996). *The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*. Belmont, MA: McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development.

Zanarini, M.C. & Frankenburg, F.R. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 22,* 284-290.

Zanarini, M.C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV Borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17,* 233-242.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R. & Vujanovic, A.A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderline. *Journal of Personality Disorders, 16,* 270-276.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 155,* 1733-1739.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998b). Axis II Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 39,* 296-302.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B. & Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-Year course of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 163,* 827-832.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1990). Discriminating Borderline Personality Disorder from other Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry, 147,* 161-167.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderline: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3,* 10-18.

Zanarini, M.C., Ruser, T.F., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Gunderson, J.G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of Borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188,* 26-30.

Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R. & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders, 17,* 568-573.

Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E. & Reich, R.B. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 154,* 1101-1106.

Zimmerman, M. & Mattia, J.J. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 40,* 245-252.

Anhang A

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 *Auflistung der borderline-spezifischen Instrumente, die bisher nicht anhand einer deutschen Stichprobe validiert sind*

Tabelle 2 *Übersicht über Items des BPDSI-IV mit einer korrigierten Trennschärfe r_{itc} < 0.30*

Tabelle 3 *Übersicht über Mittelwerte (M), Standarabweichungen (SD), Mediane, Popularitätsindizes (p_m), range, parametrische und non-parametrische korrigierte Trennschärfe-Koeffizienten der gemischt-psychiatrischen Gruppe*

Tabelle 4 *Übersicht über Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Mediane, Popularitätsindizes (p_m), range, parametrische und non-parametrische korrigierte Trennschärfe-Koeffizienten der gesunden Kontrollgruppe*

Tabelle 5 *Kennwerte der konfirmatorischen Faktorenanalyse*

Tabelle 6 *Koordinaten der ROC-Kurven*

Tabelle 1

Auflistung der borderline-spezifischen Instrumente, die bisher nicht anhand einer deutschen Stichprobe validiert sind

Bezeichnung Instrument	*Autor(en) (dt.)*	*Art des Instrumentes*	*Zielsetzung*	*Bemessungs-zeitraum*	*Anzahl der Skalen/Items*	*Skalierung*	*Reliabilität**	*Dauer der Durchführung*	*Cut -Off*
DIDP-IV	Zanarini et al. (1996)	Semi-strukturiertes Interview	Diagnose-stellung	letzten 2 Jahre	11/108	3-stufig, gefolgt von offener Frage	ICC = .52-1.0 r_{tt} = .46-.85	1-1.5 Std.	5
ZAN-BPD	Zanarini (2003)	Semi-strukturiertes Interview	Schweregrad-einschätzung, Verlauf	letzten 7 Tage	9/34	5-stufig	Cronbachs α = .85 r_{tt} = .93; ICC = .96	Keine Angabe	
MSI-BPD	Zanarini (2003)	Selbstbeur-teilung	Screening	Keine Angabe	10 Items	2-stufig	Cronbachs α = .74	5-10 Min.	7
SASII	Linehan et al. (2006)	Semi-strukturiertes Interview	Einfluss auf (para)suizidales Verhalten	letztes Ereignis	6/31	2- bis 11-stufig, offene Fragen	Cronbachs α = .63-.93 ICC = .87-.98	Keine Angabe	
EQ-5D	Van Asselt et al. (2009)	Selbstbeur-teilung	Einschätzung der Lebensqualität	letzten 7 Tage	5/5	3-stufig + 1 visual analogue scale	Keine Angabe	Keine Angabe	
BPQ	Poreh et al. (2006)	Selbstbeur-teilung	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	2-stufig	KR-20 = .92-.94	Keine Angabe	
CGI-BPD	Pérez et al. (2007)		Schweregrad, Verlauf	letzten 7 Tage	9/10	7-stufig	Cronbachs α = .85-.89 ICC = .78-.86	unter 1 Minute	>4
SITBI	Nock et al. (2007)	Semi-strukturiertes Interview	Erfassung der Art/Häufigkeit von parasuizidalen Kognitionen u. Verhalten	gesamtes Leben, letztes Jahr, letzter Monat	5/169	2-, 5-stufig, offene Fragen	ICC = .99 r_{tt} = .44, k = .70	3-15 Min.	

Anmerkungen. DIDP-IV = The Diagnostic Interview for Personality Disorders; ICC = Intraclass-Coeffizient; r_{tt} = Test-Retest-Reliabilitätskoeffizient; ZAN-BPD = Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder; MSI-BPD = The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder; SASII = Scale to Assess Suicide Attempts and Intentional Self-Injury; EQ-5D = a measure of health status from the EuroQol Group; BPQ = Scale for Assessment of Borderline Personality based on DSM-IV; KR-20 = Kuder-Richardson-Formel zur Ermittlung der Reliabilität; CGI-BPD = The Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder Patients; SITBI = Self-Injuruous Thoughts and Behaviors Interview; k = Kappa-Koeffizient.

* = Die Objektivität und Validität wird von den Autoren als gegeben eingeschätzt.

Tabelle 2
Übersicht über Items des BPDSI-IV mit einer korrigierten Trennschärfe $r_{itc} < 0.30$

Item-Nr.	r_{itc} Skalenebene	r_{itc} Gesamttest
1.6	__	.14
1.7	__	.25
2.4	__	.29
2.7	__	.26
2.8	__	.14
3.3	.28	.19
3.4	__	.25
3.8	.11	.15
4.2	.14	.10
4.3	.05	.04
4.4	.21	.15
4.5	.18	.14
4.6	.24	.27
4.7	.14	.12
4.8	.18	.20
4.10	.17	.11
5.4	.25	.26
5.5	__	.16
5.6	__	.17
5.10	.23	.28
5.12	__	.23
5.13	.28	.09
7.2	.29	__
7.3	__	.28
7.4	.14	
8.6	.29	.24
9.4	.27	.17
9.8	.28	

Tabelle 3

Übersicht über Mittelwerte (M), Standarabweichungen (SD), Mediane, Popularitätsindizes (p_m), range, parametrische und non-parametrische korrigierte Trennschärfe-Koeffizienten der gemischt-psychiatrischen Gruppe

	Gemischt-psychiatrische Gruppe (*n* = 58)					
Skala - Item	*M (SD)*	*Median*	p_m	*min-max*	*korr. PMKP*	*korr. NPKS*
1. *Verlassenwerden*						
1.1	1.81 (3.21)	0	0.18	0-10	.54 (.40)	.50 (.34)
1.2	0	0	0	0	.02 (.20)	.00 (.00)
1.3	0.64 (2.17)	0	0.06	0-9	.48 (.37)	.39 (.35)
1.4	0.14 (1.05)	0	0.01	0-8	-.01 (.17)	.03 (.19)
1.5	0.16 (0.95)	0	0.02	0-7	-.11 (.12)	-.03 (.21)
1.6	5.22 (4.30)	6	0.52	0-10	.23 (.14)	.30 (.17)
1.7	1.59 (276)	0	0.16	0-10	.50 (.31)	.47 (.32)
2. *Zwischenmenschliche Beziehungen*						
2.1	2.10 (3.14)	0	0.21	0-8	.54 (.31)	.63 (.20)
2.2	3.40 (3.48)	2	0.34	0-10	.30 (.17)	.42 (.18)
2.3	0.13 (0.65)	0	0.03	0-4	.31 (.00)	.23 (-.06)
2.4	0.05 (0.32)	0	0.01	0-2	.49 (-.02)	.31 (-.10)
2.5	0.74 (1.92)	0	0.07	0-9	.34 (.05)	.29 (.07)
2.6	1.79 (2.45)	1	0.18	0-9	.20 (.19)	.28 (.08)
2.7	0.24 (0.73)	0	0.02	0-4	.16 (.12)	.18 (.15)
2.8	0.66 (1.36)	0	0.07	0-6	.20 (.06)	.19 (.09)
3. *Identität**						
3.1	0.33 (0.79)	0	0.08	0-3	.34 (.21)	.32 (.14)
3.2	0.56 (0.91)	0	0.14	0-3	.65 (.25)	.61 (.11)
3.3	0.39 (0.77)	0	0.10	0-3	.23 (.07)	.36 (.04)
3.4	0.28 (0.82)	0	0.07	0-3	.27 (.10)	.29 (.05)
3.5	0.11 (0.31)	0	0.03	0-1	.26 (-.02)	.33 (-.03)
3.6	0.56 (0.93)	0	0.14	0-3	.48 (.11)	.51 (.09)
3.7	0.25 (0.71)	0	0.06	0-3	.28 (.11)	.20 (-.02)
3.8	0.16 (0.53)	0	0.04	0-2	.20 (-.06)	.20 (-.05)
4. *Impulsivität*						
4.1	0.33 (1.10)	0	0.03	0-7	.50 (.11)	.25 (.06)
4.2	0.02 (0.13)	0	0	0-1	.16 (.02)	.19 (.04)
4.3	0.12 (0.93)	0	0.01	0-7	-.08 (.05)	-.03 (.09)
4.4	0.53 (1.55)	0	0.05	0-7	.06 (.07)	.16 (.10)
4.5	0.29 (1.43)	0	0.03	0-9	.41 (-.02)	.30 (.04)
4.6	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
4.7	0.02 (0.13)	0	0	0-1	.13 (-.22)	.16 (-.21)
4.8	0.91 (2.47)	0	0.09	0-10	.11 (.41)	.02 (.37)
4.9	0.03 (0.26)	0	0	0-2	-.08 (-.03)	-.12 (-05)
4.10	0.03 (0.26)	0	0	0-2	-.02 (-.11)	.09 (-.12
4.11	0.40 (1.28)	0	0.04	0-7	-.04 (.11)	.12 (.17)

Fortsetzung

Skala - Item	*M (SD)*	*Median*	p_m	*min-max*	*korr. PMKP*	*korr. NPKS*
5. *Parasuizidales Verhalten*						
5.1	0.29 (1.40)	0	0.03	0-8	.05 (.11)	.21 (.20)
5.2	0.43 (1.68)	0	0.04	0-8	.49 (.25)	.32 (.30)
5.3	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.4	0.28 (1.47)	0	0.03	0-8	.41 (.10)	.13 (.12)
5.5	0.24 (1.11)	0	0.02	0-8	.77 (.15)	.45 (.19)
5.6	0.05 (0.29)	0	0.01	0-2	.29 (.33)	.35 (.21)
5.7	0.14 (1.05)	0	0.01	0-8	.63 (.09)	.27 (.12)
5.8	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.9	0.74 (1.89)	0	0.07	0-10	.20 (.37)	.39 (.27)
5.10	0.26 (1.13)	0	0.03	0-8	-.07 (.26)	.10 (.33)
5.11	0.12 (0.59)	0	0.01	0-4	.57 (.16)	.40 (.15)
5.12	0.05 (0.29)	0	0.01	0-2	.28 (.12)	.29 (.08)
5.13	0.03 (0.26)	0	0	0-2	.31 (.13)	.26 (.14)
6. *Affektive Instabilität*						
6.1	5.21 (3.29)	6	0.52	0-10	.51 (.39)	.54 (.42)
6.2	4.52 (3.62)	4,5	0.45	0-10	.48 (.37)	.48 (.42)
6.3	4.77 (3.61)	5	0.48	0-10	.34 (.33)	.36 (.37)
6.4	3.31 (3.52)	1,5	0.33	0-10	.54 (.58)	.52 (.57)
6.5	2.79 (3.07)	1	0.28	0-8	.29 (.21)	.26 (.18)
7. *Gefühl der Leere*						
7.1	2.95 (3.58)	1	0.29	0-10	.52 (.50)	.48 (.45)
7.2	2.17 (3.26)	0	0.22	0-10	.50 (.40)	.44 (.36)
7.3	1.07 (2.37)	0	0.11	0-8	.47 (.34)	.46 (.37)
7.4	2.12 (3.70)	0	0.21	0-10	.06 (.06)	-.02 (.03)
8. *Wutausbrüche*						
8.1	1.62 (2.56)	0	0.16	0-8	.64 (.20)	.52 (.21)
8.2	2.97 (3.46)	1,5	0.30	0-10	.36 (.11)	.29 (.15)
8.3	1.98 (3.01)	0	0.20	0-10	.62 (.10)	.51 (.15)
8.4	0.47 (1.31)	0	0.05	0-6	.28 (.19)	.32 (.27)
8.5	0.24 (1.17)	0	0.02	0-8	.48 (.12)	.35 (.19)
8.6	0.05 (0.22)	0	0.01	0-1	.36 (.08)	.27 (.09)
9. *Dissoziationen und paranoide Vorstellung*						
9.1	1.88 (3.13)	0	0.19	0-9	.27 (.36)	.28 (.33)
9.2	0.57 (2.04)	0	0.06	0-10	.42 (.28)	.39 (.30)
9.3	0.12 (0.46)	0	0.01	0-2	.17 (.19)	.12 (.17)
9.4	0.16 (1.06)	0	0.02	0-8	.19 (-.04)	.11 (-.06)
9.5	1.54 (2.69)	0	0.15	0-9	.39 (.31)	.36 (.24)
9.6	2.72 (3.67)	0	0.27	0-10	.31 (.32)	.36 (.31)
9.7	0.21 (0.86)	0	0.02	0-5	.24 (.24)	.33 (.29)
9.8	3.19 (3.49)	2	0.32	0-10	.39 (.45)	.43 (.45)

Anmerkungen. Gemischt-psychiatrische Gruppe = Gruppe der Patienten mit diagnostizierter affektiver oder neurotischer Störung bzw. Persönlichkeitsstörung aus dem Bereich Cluster-C; *M (SD)* = Mittelwert (Standardabweichung); p_m = Popularitätsindex bei mehrstufigen Antworten; min-max = kleinster Wert – größter Wert; korr. PMKP = korrigierte Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson; korr. NPKS = korrigierte nicht-parametrische Korrelation nach Spearman.

Tabelle 4

Übersicht über Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Mediane, Popularitätsindizes (p_m), range, parametrische und non-parametrische korrigierte Trennschärfe-Koeffizienten der gesunden Kontrollgruppe

	Gesunde Kontrollgruppe (*n* = 43)					
Skala - Item	*M (SD)*	*Median*	p_m	*min-max*	*korr. PMKP*	*korr. NPK S*
1. *Verlassenwerden*						
1.1	0.40 (1.56)	0	0.04	0-8	.17 (.11)	.13 (.23)
1.2	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
1.3	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
1.4	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
1.5	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
1.6	3.23 (3.51)	2	0.32	0-10	.24 (.35)	.27 (.36)
1.7	0.16 (0.43)	0	0.02	0-2	.23 (.10)	.29 (.24)
2. *Zwischenmenschliche Beziehungen*						
2.1	0.53 (1.72)	0	0.05	0-9	.67 (.52)	.34 (.40)
2.2	1.75 (2.90)	0	0.18	0-9	.27 (.52)	.27 (.57)
2.3	0.39 (1.57)	0	0.04	0-9	.74 (.53)	.53 (.35)
2.4	0.28 (1.50)	0	0.03	0-9	.72 (.51)	.44 (.29)
2.5	0.49 (1.53)	0	0.05	0-8	.09 (.04)	.23 (.05)
2.6	1.21 (2.07)	0	0.12	0-8	.08 (.22)	.18 (.19)
2.7	0.47 (0.21)	0	0	0-1	.19 (.10)	.27 (.16)
2.8	0.58 (1.10)	0	0.06	0-4	.35 (.15)	.34 (.22)
3. *Identität**						
3.1	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
3.2	0.23 (0.15)	0	0.01	0-1	.10 (-.06)	.22 (-.02)
3.3	0.23 (0.15)	0	0.01	0-1	-.07 (-.02)	-.09 (.03)
3.4	0.14 (0.47)	0	0.03	0-2	.42 (.20)	.23 (.26)
3.5	0.09 (0.37)	0	0.02	0-2	.42 (.16)	.12 (.18)
3.6	0.16 (0.43)	0	0.04	0-2	.15 (.01)	.03 (.14)
3.7	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
3.8	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
4. *Impulsivität*						
4.1	0.26 (0.62)	0	0.03	0-3	-.02 (-.16)	.02 (-.11)
4.2	0.02 (0.15)	0	0	0-1	.12 (.06)	.21 (.09)
4.3	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
4.4	1.23 (2.10)	0	0.12	0-10	.39 (.16)	.17 (.17)
4.5	0.44 (1.08)	0	0.04	0-4	.26 (.31)	.08 (.07)
4.6	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
4.7	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
4.8	0.07 (0.26)	0	0.01	0-3	.00 (.31)	.14 (.17)
4.9	0.63 (2.18)	0	0.06	0-10	.42 (.32)	.08 (.31)
4.10	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
4.11	0.07 (0.26)	0	0.01	0-3	.53 (.52)	.41 (.35)

Fortsetzung

Skala - Item	*M (SD)*	*Median*	p_m	*min-max*	*korr. PMKP*	*korr. NPKS*
5. *Parasuizidales Verhalten*						
5.1	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.2	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.3	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.4	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.5	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.6	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.7	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.8	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.9	0.12 (0.63)	0	0.01	0-4	.00 (.12)	.00 (.23)
5.10	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.11	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.12	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
5.13	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
6. *Affektive Instabilität*						
6.1	1.07 (1.86)	0	0.11	0-8	.49 (.20)	.40 (.31)
6.2	1.07 (1.83)	0	0.11	0-8	.22 (.34)	.41 (.18)
6.3	0.70 (1.61)	0	0.07	0-8	.54 (.11)	.55 (.24)
6.4	0.51 (1.61)	0	0.05	0-7	.67 (.27)	.50 (.17)
6.5	1.12 (1.69)	0	0.11	0-7	.36 (.21)	.44 (.21)
7. *Gefühl der Leere*						
7.1	0.26 (0.86)	0	0.36	0-4	.59 (.35)	.69 (.32)
7.2	0.16 (0.75)	0	0.02	0-4	.87 (.38)	.71 (.26)
7.3	0.09 (0.61)	0	0.01	0-4	.85 (.07)	.52 (.11)
7.4	0.11 (0.76)	0	0.01	0-5	.83 (.06)	.52 (.09)
8. *Wutausbrüche*						
8.1	0.56 (1.55)	0	0.06	0-7	-.04 (.08)	.14 (.26)
8.2	1.86 (2.94)	0	0.19	0-10	.24 (.27)	.36 (.29)
8.3	1.35 (2.39)	0	0.13	0-9	.31 (.43)	.45 (.41)
8.4	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (00)
8.5	0.02 (0.15)	0	0	0-1	.11 (.02)	.14 (.07)
8.6	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
9. *Dissoziationen und paranoide Vorstellung*						
9.1	0.09 (0.61)	0	0.01	0-4	.15 (.13)	.20 (.17)
9.2	0.19 (0.88)	0	0.02	0-5	.11 (.17)	.23 (.26)
9.3	0.05 (0.31)	0	0	0-2	.65 (.28)	.27 (.24)
9.4	0	0	0	0	.00 (.00)	.00 (.00)
9.5	0.19 (0.50)	0	0.02	0-2	-.11 (-.13).	-.11-.11
9.6	0.79 (2.07)	0	0.08	0-10	.35 (.35)	.39 (.37)
9.7	0.02 (0.15)	0	0	0-1	.06 (-.06)	.15 (-.02)
9.8	1,23 (2.22)	0	0.12	0-9	.27 (.23)	.26 (.23)

Anmerkungen. Gesunde Kontrollgruppe = Klinisch unauffällige Gruppe mit einem T-Wert im Global Severity Index < 0.63; *M (SD)* = Mittelwert (Standardabweichung); p_m = Popularitätsindex bei mehrstufigen Antworten; min-max = kleinster Wert – größter Wert; korr. PMKP = korrigierte Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson; korr. NPKS = korrigierte nicht-parametrische Korrelation nach Spearman.

Tabelle 5 *Kennwerte der konfirmatorischen Faktorenanalyse*

BPDSI-IV-Skalen	χ^2	*df*	*p*	Critical ratio	Bollen-Stine(*p*)	GFI	AGFI	CFI	SRMR	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Verlassenwerden	35.643	14	0.001	18.865	0.053	0.936	0.871	0.896	0.0676	0.098	0.058	0.138	0.026
(Zwischenmenschl. Bez.)	124.561	20	0.000	8.266	0.001	0.842	0.716	0.637	0.1045	0.180	0.150	0.211	0.000
Zw. Bez.: Partnerschaft (a)	4.687	2	0.096	12.732	0.80	0.980	0.898	0.958	0.0487	0.112	0.000	0.247	0.158
Andere Beziehungen (b)	4.293	2	0.117	4.093	0.203	0.987	0.934	0.964	0.0437	0.084	0.000	0.196	0.219
Identität	24.557	20	0.219	-1.723	0.321	0.965	0.937	0.956	0.0511	0.038	0.000	0.081	0.632
Impulsivität	99.438	44	0.000	43.263	0.037	0.903	0.854	0.561	0.0883	0.088	0.065	0.111	0.005
(Parasuizidales Verhalten und Suizidalität)	175.923	65	0.000	53.222	0.004	0.847	0.786	0.720	0.0862	0.103	0.085	0.121	0.000
Parasuizidales Verhalten(a)	50.722	20	0.000	30.687	0.013	0.927	0.868	0.835	0.0725	0.097	0.064	0.131	0.012
Suizidalität (b)	19.327	5	0.002	66.540	0.022	0.953	0.859	0.912	0.0637	0.133	0.074	0.198	0.014
Affektive Instabilität	41.206	5	0.000	12.19	0.001	0.895	0.686	0.814	0.0863	0.211	0.155	0.273	0.000
Gefühl der Leere	4.520	2	0.104	-0.454	0.121	0.986	0.932	0.958	0.0470	0.088	0.000	0.199	0.201
Wutausbrüche	11.330	9	0.254	12.434	0.317	0.977	0.947	0.990	0.0361	0.040	0.000	0.102	0.537
(Dissoziationen und paranoide Vorstellungen)	44.843	20	0.001	2.751	0.008	0.929	0.872	0.882	0.0823	0.088	0.053	0.122	0.038
Dissoziationen (a) und	4.675	5	0.457	4.692	0.540	0.988	0.965	1.000	0.0279	0.000	0.000	0.106	0.663
para. Vorstellungen (b)	n.b.	nb	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.

Anmerkungen. χ^2 = Chi-Quadrat-Statistik; df = Freiheitsgrade; *p* = p-Wert; GFI = Goodness of Fit-Index; AGFI = Adjusted Goodness of Fit-Index; CFI = Comparative Fit Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; LO 90 = untere Grenze des 90%-Konfidenzintervalls; HI 90 = obere Grenze des 90%-Konfidenzintervalls; PCLOSE = p-Wert; para. = paranoide.

Tabelle 6
Koordinaten der ROC-Kurve

Variablen für Testergebnis: BPDSI-IV Gesamtwert

BPS-Gruppe/Gemischt-psychiarische Gruppe			Gemischt-psychiatrische/Gesunde Gruppe		
Positiv, wenn größer oder gleich	Sensitivität	1-Spezifität	Positiv, wenn größer oder gleich	Sensitivität	1-Spezifität
16.96	.982	.224	4.01	.897	.442
17.05	.982	.207	4.05	.897	.419
17.09	.975	.207	4.08	.897	.395
17.22	.975	.190	4.11	.879	.395
17.55	.969	.190	4.21	.879	.372
17.88	.963	.190	4.30	.879	.349
18.15	.963	.172	4.33	.879	.326
18.45	.963	.155	4.65	.879	.302
18.80	.963	.138	4.96	.879	.279
19.26	.963	.121	5.06	.879	.256
19.69	.957	.121	5.18	.879	.233
19.89	.951	.121	5.36	.862	.233
20.33	.945	.121	5.63	.845	.233
20.78	.945	.103	5.77	.845	.209
20.91	.945	.086	5.81	.828	.209
21.13	.939	.086	6.11	.828	.186
21.30	**.939**	**.069**	6.39	.828	.163
21.40	.933	.069	6.48	.810	.163
21.50	.926	.069	6.56	.810	.140
21.65	.920	.069	6.57	.793	.140
21.75	.914	.069	6.71	.793	.116
21.76	.914	.052	7.18	.793	.093
21.78	.908	.052	7.59	.793	.070
21.89	.902	.052	**7.74**	**.793**	**.047**
22.06	.896	.052	7.97	.776	.047
22.29	.890	.052	8.14	.759	.047
22.50	.890	.034	8.20	.741	.047
22.59	.883	.034	8.35	.724	.047
22.64	.883	.017	8.65	.724	.023
22.75	.877	.017	8.90	.707	.023
22.94	.871	.017	9.16	.690	.023

Anhang B

Materialien zur diagnostischen Untersuchung

Patientenaufklärung zur diagnostischen Untersuchung	Seite XII
Teilnehmerbogen	Seite XIII
Behandlerbogen	Seite XIV
BDI	Seite XV
BSI	Seite XVII
FDS	Seite XXI
IS-27	Seite XXVII
BIS-11	Seite XXX
TAQ	Seite XXXII
SKID-II (BPS-Modul)	Seite XXXVII
BPDSI-IV	Seite XL

Patientenaufklärung zur diagnostischen Untersuchung

Im Rahmen eines Forschungsprojektes der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig wollen wir die Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) verbessern.

Alltägliche Schwierigkeiten, die im Rahmen dieser psychischen Störung auftreten können, sollen in ihrer Schwere und Häufigkeit erfragt werden, um einen guten Behandlungsplan ableiten zu können.

In diesem Zusammenhang werden Patientinnen mit der Diagnose bzw. dem Verdacht auf eine BPS befragt.

Im Rahmen der ca. 2-stündigen Untersuchung kommen unterschiedliche Interview- und Fragebogenverfahren zum Einsatz:

- Fragebogen zur depressiven Symptomatik
- Fragebogen zu kritischen Lebensereignissen
- Fragebogen zur allgemeinen psychischen Belastung
- Skala zur Erfassung von Impulskontrollstörungen
- Fragebogen zur dissoziativen Symptomatik
- Klinisches Interview zur Erfassung des Schweregrades und der Häufigkeit von Beschwerden der BPS

Unsere Diagnostiker sind für die zum Einsatz kommenden Verfahren qualifiziert und ausgebildet worden.

Ihre Daten werden anonymisiert gespeichert, so dass Ergebnisse nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden Ihnen und auf Wunsch auch Ihrem Therapeuten in schriftlicher und verständlicher Form zugesandt. So können die Ergebnisse dem weiteren Verlauf Ihrer persönlichen Behandlung zugute kommen.

Einverständniserklärung zur diagnostischen Untersuchung

Ich bin über den Inhalt und die Durchführung des Forschungsvorhabens aufgeklärt worden.
Ich bin mit der anonymisierten Speicherung meiner Daten einverstanden.
Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit meine Einwilligung ohne Nachteil für meine Person zurückziehen kann.

Ort, Datum Unterschrift

Liebe/-r Teilnehmer/-in,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Untersuchung. Im Folgenden möchten wir einige Daten zu Ihrer derzeitigen Lebenssituation erfragen. Diese Daten werden später getrennt von den Fragebögen aufbewahrt, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird.

Patientencodierung: ☐☐☐☐☐☐☐ ←

Bitte tragen Sie hier den Anfangsbuchstaben Ihres Nachnamens und Ihr Geburtsdatum ein, z.B. Paul Müller, geboren am

Geschlecht ☐ weiblich
☐ männlich

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt (verheiratet)
☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ unbekannt/unklar
☐ Kinder, Anzahl u. Alter _____

Schul- und Studienabschluss ☐ kein Abschluss ☐ Sonderschule ☐ Hauptschule
☐ Realschule ☐ Abitur ☐ Fachhochschule
☐ Studium abgeschlossen ☐ Studium nicht abgeschlossen

Berufsausbildung ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche: _____

Berufstätigkeit ☐ ja ☐ nein

Soziale Situation ☐ allein lebend ☐ mit Partner zusammenlebend
☐ mit Eltern zusammenlebend ☐ WG oder ähnliches
☐ ohne festen Wohnsitz ☐ sonstiges: _____

letzte (teil-)stat. Behandlung ☐ keine ☐ hier ☐ anderswo
falls hier bzw. anderswo: Anzahl früherer Behandlungen _____

Behandlerbogen

Name der/s Patientin/en: _____ Vorname: _____

Wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert mittels

☐ freier Exploration u. klinischem Eindruck
☐ strukturiertem Interview ?
→ ☐ DIB-R ☐ SKID ☐ IPDE

Liegen weitere psychische Störungen vor? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?
☐ Alkoholmissbrauch
☐ anderer Substanzmissbrauch
→ welcher: _____
☐ Depression
☐ Manie
☐ Angststörung
☐ Dissoziative Störung
☐ Essstörung
☐ andere Persönlichkeitsstörung(en)
→ welche: _____
☐ sonstige:_____

Welche Medikation wurde verordnet? _____
_____
_____

Weitere Bemerkungen zu der Person, die Ihnen wichtig erscheinen:
_____
_____
_____
_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

BDI

Code-Nr. _____

Die folgenden beiden Seiten enthalten Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Kreuzen Sie die eine Aussage jeder Gruppe an, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben! Falls mehrere Aussagen in einer Gruppe gleichermaßen zuzutreffen scheinen, können Sie auch mehrere Ziffern ankreuzen. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A

0 Ich fühle mich nicht traurig.
1 Ich fühle mich traurig.
2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

B

0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

C

0 Ich fühle mich nicht als Versager.
1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

D

0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung mehr ziehen.
3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

E

0 Ich habe keine Schuldgefühle.
1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
3 Ich habe immer Schuldgefühle.

F

0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu sein.
2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu gehören.

G

0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
1 Ich bin von mir enttäuscht.
2 Ich finde mich fürchterlich.
3 Ich hasse mich.

H

0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler oder Schwächen.
2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
3 Ich gebe mir für alles die Schuld was schiefgeht.

I

0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
1 Ich denke manchmal an Selbstmord, ich würde es aber nicht tun.
2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
3 Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.

J

0 Ich weine nicht öfter als früher.
1 Ich weine jetzt mehr als früher.
2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

K

0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

0 Ich habe nicht das Interesse an anderen Menschen verloren.
1 Ich interessiere mich jetzt weniger für andere Menschen als früher.
2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
1 Ich schiebe jetzt Entscheidungen öfter als früher auf.
2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
2 Ich habe das Gefühl, daß in meinem Aussehen Veränderungen eingetreten sind, die mich unattraktiv machen.
3 Ich finde mich häßlich.

O

0 Ich kann genauso gut arbeiten wie früher.
1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

0 Ich schlafe so gut wie sonst.
1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst und es fällt mir schwer wieder einzuschlafen.
3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
1 Ich ermüde schneller als früher.
2 Fast alles ermüdet mich.
3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
1 Ich habe mehr als zwei Kilo abgenommen.
2 Ich habe mehr als fünf Kilo abgenommen.
3 Ich habe mehr als acht Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

ja O nein O

T

0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
3 Ich mache mir so große Sorgen über meine gesundheitlichen Probleme, daß ich an nichts anderes denken kann.

U

0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sexualität bemerkt.
1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Sexualität als früher.
2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
3 Ich habe das Interesse für Sexualität völlig verloren.

BSI

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln und sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute.**

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

	über-haupt nicht	ein wenig	ziem-lich	stark	sehr stark
1. Wie sehr litten Sie unter Nervosität oder innerem Zittern?					
2. Wie sehr litten Sie unter Ohnmachts- und Schwindelgefühlen?					
3. Wie sehr litten Sie unter der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat?					
4. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind?					
5. Wie sehr litten Sie unter Gedächtnisschwierigkeiten?					
6. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein?					
7. Wie sehr litten Sie unter Herz- oder Brustschmerzen?					
8. Wie sehr litten Sie unter Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße?					
9. Wie sehr litten Sie unter dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen?					
10. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann?					
11. Wie sehr litten Sie unter schlechtem Appetit?					
12. Wie sehr litten sie unter plötzlichem Erschrecken ohne Grund?					
13. Wie sehr litten Sie unter Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren?					

	über-haupt nicht	ein wenig	ziem-lich	stark	sehr stark
14. Wie sehr litten Sie unter Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind?					
15. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen?					
16. Wie sehr litten Sie unter Einsamkeitsgefühlen?					
17. Wie sehr litten Sie unter Schwermut?					
18. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren?					
19. Wie sehr litten Sie unter Furchtsamkeit?					
20. Wie sehr litten Sie unter Verletzlichkeit in Gefühlsdingen?					
21. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können?					
22. Wie sehr litten Sie unter Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen?					
23. Wie sehr litten Sie unter Übelkeit oder Magenverstimmung?					
24. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden?					
25. Wie sehr litten Sie unter Einschlafschwierigkeiten?					
26. Wie sehr litten Sie unter dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun?					
27. Wie sehr litten Sie unter Schwierigkeiten, sich zu entscheiden?					
28. Wie sehr litten Sie unter Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug?					
29. Wie sehr litten Sie unter Schwierigkeiten beim Atmen?					
30. Wie sehr litten Sie unter Hitzewallungen oder Kälteschauern?					
31. Wie sehr litten Sie unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden?					

	über-haupt nicht	ein wenig	ziem-lich	stark	sehr stark
32. Wie sehr litten Sie unter Leere im Kopf?					
33. Wie sehr litten Sie unter Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen?					
34. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten?					
35. Wie sehr litten Sie unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft?					
36. Wie sehr litten Sie unter Konzentrationsschwierigkeiten?					
37. Wie sehr litten Sie unter Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen?					
38. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein?					
39. Wie sehr litten Sie unter Gedanken an den Tod und ans Sterben?					
40. Wie sehr litten Sie unter dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen?					
41. Wie sehr litten Sie unter dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern?					
42. Wie sehr litten Sie unter starker Befangenheit im Umgang mit anderen?					
43. Wie sehr litten Sie unter Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino?					
44. Wie sehr litten Sie unter dem Eindruck, sich einer Person nie so richtig nahe fühlen zu können?					
45. Wie sehr litten Sie unter Schreck- oder Panikanfällen?					
46. Wie sehr litten Sie unter der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten?					
47. Wie sehr litten Sie unter Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden?					
48. Wie sehr litten Sie unter mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere?					
49. Wie sehr litten Sie unter so starker Ruhelosigkeit, dass Sie					

	über-haupt nicht	ein wenig	ziem-lich	stark	sehr stark
nicht stillsitzen können?					
50. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, wertlos zu sein?					
51. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass andere Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden?					
52. Wie sehr litten Sie unter Schuldgefühlen?					
53. Wie sehr litten Sie unter dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist?					

FDS

Dieser Fragebogen besteht aus 44 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben. Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer. Beispiel:

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

1. Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, dass sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

2. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie jemanden zuhören und plötzlich erkennen, dass sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

4. Einige Menschen stellen manchmal fest, Kleidungsstücke zu tragen ohne sich daran zu erinnern, diese angezogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

5. Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen, blind auf einem oder beiden Augen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachteten sie die Welt durch einen Schleier, so dass Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen fühlen sich wie ein Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

9. Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

10. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

11. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sich tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

12. Einige Menschen glauben manchmal, dass in ihrem Innern eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

13. Einige Menschen haben gelegentlich Probleme mit dem Hören (z.B. lästige Ohrgeräusche, taub auf einem oder beiden Ohren), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

14. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie plötzlich heiser sind oder gar nicht mehr sprechen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

15. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sich (plötzlich) ihre Handschrift vollkommen verändert. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

16. Einige Menschen sind sich gelegentlich nicht sicher, ob Ereignisse, an die sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob sie diese lediglich geträumt haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

17. Einige Menschen bemerken zuweilen, dass sie beim Fernsehen oder Anschauen eines Films so in der Geschichte aufgehen, dass sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht wahrnehmen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

18. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

19. Einige Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren persönlichen Gegenständen, die von ihnen stammen, an deren Anfertigung sie sich jedoch nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

20. Einige Menschen stellen zeitweise fest, dass sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, dass sie den Eindruck haben, diese geschähen wirklich. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

21. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

22. Einige Menschen stellen zuweilen fest, dass sie sich nicht an wichtige Ereignisse in ihrem Leben erinnern können, wie z.B. an eine Hochzeit oder an eine Schulabschlussfeier. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

23. Einige Menschen spüren manchmal Körperteile nicht mehr oder erleben eigenartige Gefühle wie z.B. Brennen, Kribbeln oder Taubheit, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

24. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie für Stunden oder Tage ihre gewohnte Umgebung verlassen, ohne den Grund oder Anlass dafür zu wissen (ohne sich daran erinnern zu können, aus welchem Grund oder Anlass sie dies getan haben). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

25. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass ihre Beine oder Arme sehr schwach sind oder sie ihre Gliedmaßen gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

26. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass man ihnen vorwirft zu lügen, obwohl sie selbst der festen Überzeugung sind, nicht gelogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

27. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, dass sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

28. Einige Menschen bemerken manchmal, dass sie fähig sind, Schmerzen zu ignorieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

29. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, dass sie ihre Bewegungen nicht mehr koordinieren und kontrollieren können (z.B. greifen sie daneben), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

30. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

31. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sich ihnen irgendjemand nähert, der sie mit einem anderen Namen anspricht oder der darauf besteht, sie bereits einmal getroffen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

32. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies

passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

33. Einige Menschen erleben manchmal, dass sie laut mit sich selbst sprechen, wenn sie alleine sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

34. Einige Menschen erleben gelegentlich, dass sie sich nicht erinnern können, ob sie etwas wirklich getan haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, es zu tun (z.B. wissen sie nicht, ob sie einen Brief wirklich eingeworfen haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, ihn einzuwerfen) . Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

35. Einigen Menschen passiert es zuweilen, dass sie stunden- oder tagelang fast völlig bewegungslos dasitzen, fast nicht sprechen, sich fast nicht bewegen und auch auf äußere Reize, wie z.B. laute Geräusche, nicht richtig reagieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

36. Einige Menschen werden gelegentlich bewusstlos, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

37. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie in bestimmten Situationen in der Lage sind, Dinge mit erstaunlicher Leichtigkeit und Spontaneität zu tun, die ihnen normalerweise schwer fallen würden (z.B. Sport, Arbeit, soziale Situationen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

38. Einige Menschen erinnern sich manchmal so lebhaft an ein vergangenes Ereignis, dass sie das Gefühl haben, dieses Ereignis erneut zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie einfach dasitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

40. Einige Menschen erleben gelegentlich, wie sie beim Stehen oder Gehen unsicher werden, eigenartige Bewegungen machen oder sich plötzlich gar nicht mehr bewegen können, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

41. Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

42. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, dass sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, dass sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

43. Einige Menschen erleiden manchmal Krampfanfälle, ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

44. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, dass sich Körperteile (in ihrer Größe) verändern (z.B. werden ihre Arme unförmig oder immer größer). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

Code: _____ **Datum**: _____
(Der Code entspricht den ersten beiden Buchstaben Ihres Nachnamens und den ersten beiden Buchstaben Ihres Vornamens.)

I S-27

Sie finden hier eine Liste mit Problemen und Beschwerden, die möglicherweise Ihre Gefühle oder Verhaltensweisen beschreiben. Bitte gehen Sie jede Beschreibung durch und entscheiden Sie, *ob und wenn ja, wie häufig* Sie unter den genannten Zuständen *im letzten Monat* gelitten bzw. die Verhaltensweisen durchgeführt haben. Gehen Sie nicht danach, welche Antwort „den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie die Aussagen für Sie persönlich zutreffen.

Beispiel:

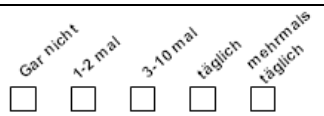
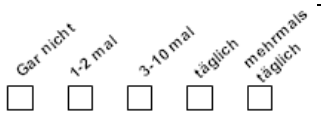
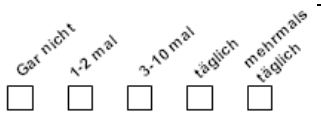
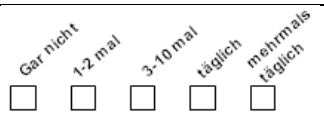
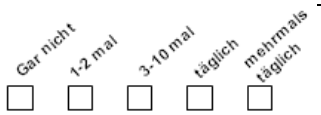
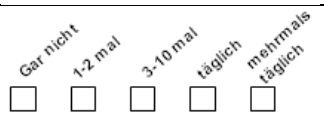
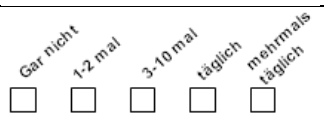
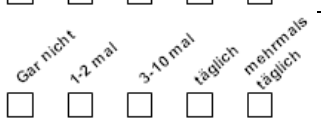
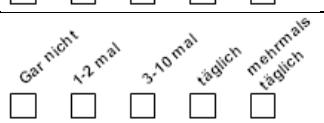
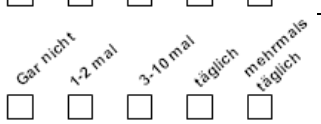
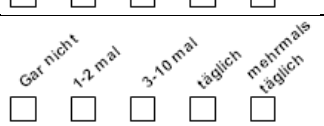
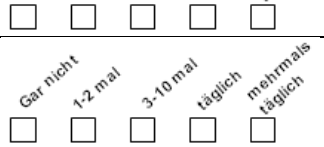
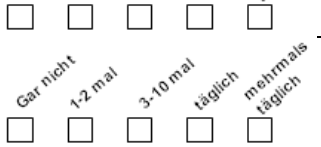
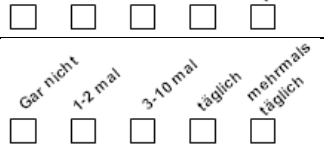
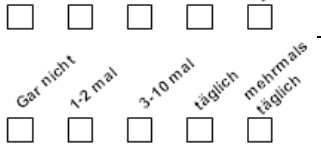
Während des letzten Monats ...

… sind meine Gefühle Achterbahn gefahren.	Gar nicht ☐ 1-2 mal ☐ 3-10 mal ☐ täglich ☐ mehrmals täglich ☒

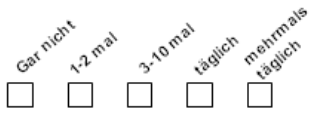
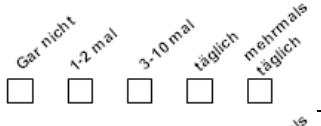
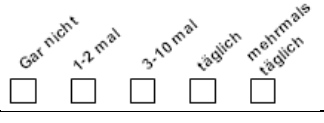
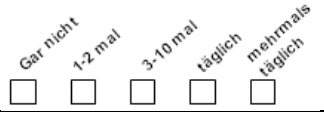
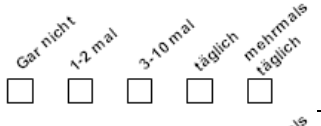
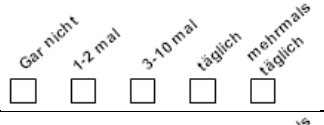
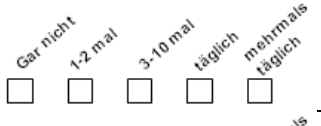
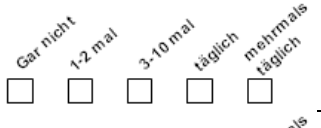
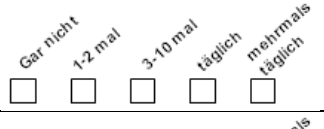
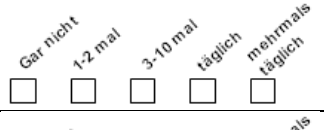
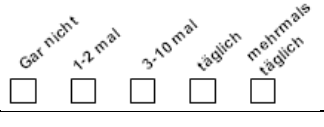
Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten 'mehrmals täglich' zutrifft, so kreuzen Sie dies an.

Die Fragen beziehen sich auf den **Gesamtverlauf des letzten Monats**. Bitte beantworten Sie jede Frage. Vielen Dank!

Während des letzten Monats ....?

1. … hatte ich Angst, die Kontrolle über meine Gefühle zu verlieren.	
2. …. verletzte ich mich selbst, indem ich mich mit dem Kopf, Arm oder anderen Körperteilen bewusst gestoßen habe.	
3. … verletzte ich mich durch oberflächliches Schneiden oder Kratzen selbst.	
4. … hatte ich Angst, die Kontrolle über meine Verhaltensweisen zu verlieren.	
5. … war ich so wütend, dass ich mich kaum steuern konnte.	
6. … hatte ich Essanfälle.	
7. … habe ich einen Suizidversuch vorbereitet.	
8. … sind meine Gefühle Achterbahn gefahren.	
9. … habe ich sehr sprunghaft gehandelt.	
10. … habe ich mich gestritten.	
11. … habe ich Rachephantasien.	
12. … habe ich schon Mittel und Wege überlegt, wie ich mich umbringe.	
13. … wechselte meine Stimmung in kurzen Abständen zwischen Gereiztheit, Ärger, Angst, Einsamkeit oder Traurigkeit.	
14. … waren meine Beziehungen durch ein ständiges Auf und Ab geprägt.	
15. … habe ich Dinge getan, ohne an die Folgen für mich oder andere zu denken.	
16. … dachte ich daran, mich umzubringen.	

Während des letzten Monats ....?

17. … habe ich intensiv Hass empfunden.	
18. … verletzte ich mich durch Brennen selbst.	
19. … wurde ich von meinen Gefühlen überflutet.	
20. … stand ich unter Anspannung oder unter Druck.	
21. … habe ich andere Menschen psychisch verletzt, was ich später bereute.	
22. … war ich mit anderen Menschen in Schwierigkeiten verwickelt.	
23. … tröstete ich mich mit Suizidphantasien.	
24. … befand ich mich in einem Gefühls-Wirrwarr.	
25. … verletzte ich mich durch tiefe Schnitte.	
26. … war ich ärgerlich.	
27. … habe ich erbrochen.	

Copyright (2007) durch Kröger

Barratt Impulsiveness Scale – 11 (BIS-11)

Bitte kreuzen Sie zu jeder Aussage die Ziffer der Antwort an, die auf Sie am besten zutrifft.

	Selten/ nie	Gelegentlich	Oft	Fast immer/ immer
1. Ich plane meine Vorhaben gründlich (n)	1	2	3	4
2. Ich mache häufig Dinge ohne vorher darüber nachzudenken	1	2	3	4
3. Ich überlege häufig nicht lange	1	2	3	4
4. Ich bin unbekümmert	1	2	3	4
5. Ich bin unaufmerksam	1	2	3	4
6. Meine Gedanken rasen	1	2	3	4
7. Ich plane Reisen rechtzeitig (n)	1	2	3	4
8. Ich habe gute Selbstkontrolle (n)	1	2	3	4
9. Ich kann mich gut konzentrieren (n)	1	2	3	4
10. Ich sichere mich im Leben in allen Dingen ab (n)	1	2	3	4
11. Ich rutsche bei Spielen oder Vorträgen oft hin und her	1	2	3	4
12. Ich denke gründlich nach (n)	1	2	3	4
13. Ich plane für meine berufliche Sicherheit (n)	1	2	3	4
14. Ich sage Dinge ohne darüber nachzudenken	1	2	3	4
15. Ich mag es, über komplizierte Dinge nachzu-denken (n)	1	2	3	4
16. Ich wechsle häufig die Arbeit	1	2	3	4
17. Ich handele spontan	1	2	3	4
18. Mir wird beim lösen von Denkaufgaben schnell langweilig	1	2	3	4

19. Ich lasse meine Gesundheit regelmäßig überprüfen (n)	1 Selten/ nie	2 Gelegentlich	3 Oft	4 Fast immer/ immer
20. Ich handele gerne aus dem Moment heraus	1	2	3	4
21. Ich bin ein beständiger Denker (n)	1	2	3	4
22. Ich wechsele häufig den Wohnort (n)	1	2	3	4
23. Ich kaufe Sachen ganz spontan	1	2	3	4
24. Ich kann nicht an eine Sache ganz allein denken	1	2	3	4
25. Ich wechsle häufig meine Hobbys	1	2	3	4
26. Ich gehe und bewege mich schnell	1	2	3	4
27. Ich löse meine Probleme mit Versuch und Irrtum	1	2	3	4
28. Ich gebe mehr Geld aus als ich verdiene	1	2	3	4
29. Ich rede schnell	1	2	3	4
30. Ich denke häufig über Belangloses nach	1	2	3	4
31. Ich bin mehr an der Gegenwart als an der Zukunft interssiert	1	2	3	4
32. Ich werde im Theater oder bei Vorträgen schnell unruhig	1	2	3	4
33. Ich mag Rätsel (n)	1	2	3	4
34. Ich bin zukunftsorientiert (n)	1	2	3	4

Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen

Fragebogen-Nr:_____ Datum: _____

Alter: _____ Geschlecht: _____
Beruf:_____

Anleitung: Mit diesem Fragebogen bitten wir Sie, Erfahrungen zu beschreiben, die Sie vielleicht als Kleinkind (im Alter von 0-6 Jahren), als Schulkind (Alter 7-12 Jahre), als Jugendliche(r) (Alter 13-18) oder als Erwachsene(r) gemacht haben. Geben Sie für jeden Punkt an, in welchem Ausmaß er Ihre Erfahrung für jeden der Lebensabschnitte beschreibt. Die Skala enthält sowohl Häufigkeits- als auch Intensitätswörter; wählen Sie bitte die höchste Ihrer Erfahrung entsprechende Ziffer. Falls es Alterszeiträume gibt, für die Sie eine Frage nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte WN ("weiß nicht") an.

Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an

0 = niemals oder überhaupt nicht
1 = selten oder ein klein wenig
2 = gelegentlich oder ziemlich
3 = oft oder sehr
WN = weiß nicht

	Alter	**Stärke / Häufigkeit**
1. Ich habe mich immer sicher und behütet gefühlt.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
2. Ein Mitglied meiner Familie oder eine Pflegeperson sorgte immer dafür, dass ich morgens aufstand und zur Schule ging.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
3. Ich war wirklich gut in etwas (z.B. Sport, ein Hobby, in der Schule, Arbeit oder bei einer kreativen Tätigkeit).	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
4. Ich hatte gute Freunde.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
5. Ich fühlte mich mindestens einem meiner Brüder oder Schwestern nahe.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN

	Alter	**Stärke / Häufigkeit**
15. Ein Familienmitglied oder eine andere Person, die ich lieb hatte und die mir viel bedeutete, war sehr krank bzw. hatte einen Unfall und musste ins Krankenhaus.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
16. Ich erhielt die Nachricht, dass eine Person, die mir sehr wichtig war und die ich lieb hatte, schwer verletzt oder durch Gewalt in einem Unfall, Kampf oder Verbrechen getötet worden war.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
17. Ich konnte meinen Eltern nichts recht machen.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
18. Ich wurde von Familienmitgliedern beschimpft und beleidigt.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
19. In meiner Familie wurden keine klaren Regeln eingehalten.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
20. Ich wurde ungerecht und unfair bestraft.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
21. Wenn meine Eltern stritten und kämpften, verletzten sie sich sogar körperlich.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
22. Ich verbrachte Zeit außerhalb des Hauses und niemand wusste, wo ich war.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
23. Mitglieder meiner Familie verhielten sich unkontrolliert.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN

	Alter	**Stärke / Häufigkeit**
24. Niemand wusste, was wirklich in meiner Familie passierte.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
25. Ich war Zeuge körperlicher Gewalt in meiner Familie.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
26. Ein Mitglied meiner Familie musste wegen Gewaltanwendung ärztlich behandelt werden.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
27. Ein Mitglied meiner Familie hatte ein Problem mit Alkohol oder anderen Drogen.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
28. Ich habe mehr Alkohol und/oder andere Drogen genommen, als in Ordnung war.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
29. Meine Eltern oder Pflegepersonen waren so mit Alkohol oder Drogen beschäftigt, dass sie sich nicht um mich kümmern konnten.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
30. Ich wurde durch ein Familienmitglied oder eine andere Person, die mir wichtig war, geschlagen, geboxt oder getreten.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
31. Ich habe eine Situation erlebt, in der ich überzeugt war, dass ich verletzt oder sterben würde.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
32. Eine Person außerhalb meiner Familie griff mich an.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN

	Alter	**Stärke / Häufigkeit**
33. Ich sah Leichen.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
34. Ich war in einen schweren Unfall verwickelt.		
	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
35. Ich erlebte eine Naturkatastrophe.		
	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
36. Ich sah sexuelle Dinge, die mich ängstigten.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
37. Eine Person, die älter war als ich, berührte mich gegen meinen Willen sexuell oder versuchte mich zu veranlassen, ihn/sie sexuell zu berühren.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
38. Jemand zwang mich gegen meinen Willen zu Sex.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
39. Jemand drohte mir körperlichen Schaden an, falls ich mich gegen eine sexuelle Handlung wehren würde.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
40. Ich glaube, dass einer meiner Brüder oder Schwestern sexuell belästigt wurde.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN

	Alter	**Stärke / Häufigkeit**
41. Ich hatte ein sehr ängstigendes oder verletzendes Erlebnis, in dem ich große Angst, Hilflosigkeit oder großen Schrecken verspürte.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
42. Ich habe das Gefühl, dass ich etwas Schreckliches erlebt habe, ich kann mich aber nicht erinnern, was das war.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN

	Stärke
43. Wie anstrengend war es für Sie, diese Fragen zu beantworten?	0 1 2 3 WN

Borderline Persönlichkeitsstörung

(Leiten Sie die Fragen, die im Fragebogen bejaht sind, gegebenenfalls wie folgt ein:

„Sie sagten im Fragebogen, dass Sie…" und formulieren Sie die Interviewerfrage um)

Kriterien

Ein durchgängiges Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, des Selbstbildes und der Affekte sowie ausgeprägte Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter; die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Mindestens *fünf* der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

89. Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?
    - Was haben Sie dann getan?

    (Bedrängen oder bedrohen Sie ihn dann?)

(1) verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes Verlassenwerden zu vermeiden ? 1 2 3

(☞ 3 = mehrere Beispiele)

[Suizidales Verhalten oder Tendenz zur Selbstverletzung wie in Kriterium (5) hier nicht berücksichtigen]

90. Sind Ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?
    - Beschreiben Sie das näher.

    (Denken Sie manchmal, dass diese Beziehung genau Ihren Wünschen entspricht, ein anderes Mal wiederum, dass sie ganz schrecklich ist?)
    - Wie viele Ihrer Beziehungen waren oder sind so?

(2) Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind ? 1 2 3

(☞ 3 = entweder eine längere oder mehrere kürzere Beziehungen, in denen dieses schwankende Verhaltensmuster mindestens zweimal vorkommt)

91. Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl darüber, wer Sie sind, plötzlich ändern?
    - Nennen Sie mir einige Beispiele dafür.

(3) Identitätsstörung: auffällig und durchgängig instabiles Selbstbild oder Selbstwahrnehmnung ? 1 2 3

(☞ 3 = Zustimmung)

[Anmerkung: normale Pubertätsunsicherheiten hier nicht berücksichtigen]

92. Erleben Sie häufig krasse Veränderungen in dem, wie Sie sich selbst sehen?
    - Können Sie das näher erläutern?

93. Ändern Sie oft plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiösen Anschauungen und Ähnliches?
    - Erzählen Sie mir mehr davon.

94. Handeln Sie oft impulsiv?
Worum handelt es sich?
- Kaufen Sie z.B. Sachen, die Sie sich eigentlich nicht leisten können?
- Haben Sie sexuellen Kontakt mit Personen, die Sie kaum kennen?
- Haben Sie ungeschützten sexuellen Kontakt?
- Trinken Sie zuviel Alkohol oder nehmen Sie Drogen?
- Fahren Sie rücksichtslos Auto?
- Essen Sie unkontrolliert?

Falls eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet wird:

- Erzählen Sie mir mehr davon.
- Wie oft passiert das?
- In welche Schwierigkeiten sind Sie dadurch gekommen?

(4) impulsives Verhalten bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Handlungen
(z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren oder Essanfälle) ? 1 2 3

(☞ 3 = mehrere Beispiele, die ein Muster impulsiven Verhaltens belegen (auch andere als die hier genannten))

[Suizidale und selbstschädigende Verhaltensweisen hier nicht berücksichtigen; diese werden unter (5) kodiert]

95. Haben Sie jemals versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht?

(5) wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandrohungen oder selbstverletzendes Verhalten ? 1 2 3

(☞ 3 = mindestens zwei Beispiele [außerhalb einer depressiven Phase])

96. Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?

- Erzählen Sie mir das genauer.

97. Sind Sie „launisch“?

- Wie sieht das aus?

(Wie lange dauert Ihre „schlechte Laune“? Wie oft gibt es diese Stimmungsumbrüche? Wie plötzlich wechselt Ihre Stimmung?)

(6) affektive Instabilität, die auf eine sehr ausgeprägte Reaktion auf Stimmungen zurückzuführen ist (wie z.B. Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden und nur selten länger als einige Tage dauern) ? 1 2 3

(☞ 3 = Zustimmung)

98. Fühlen Sie sich oft innerlich leer?

- Erzählen Sie mir mehr davon.

(7) chronisches Gefühl der inneren Leere ? 1 2 3

(☞ 3 = Zustimmung)

99. Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren?
    - Können Sie mir das beschreiben?

100. Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?
    - Erzählen Sie mir davon.
    - (Passiert das häufig?)

101. Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?
    - Wann passiert das zum Beispiel?

    (Passiert das häufig?)

(8) unangemessene, sehr heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, lang anhaltende Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen) ? 1 2 3

(☞ 3 = Zustimmung und mindestens ein Beispiel oder mehrere Beispiele)

102. Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?
    - Können Sie das näher beschreiben?

(9) vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder eindeutige dissoziative Symptome ? 1 2 3

(☞ 3 = mehrere Beispiele, die nicht ausschließlich im Verlauf einer psychotischen Störung oder einer Stimmungsstörung mit psychotischen Symptomen vorkommen)

Beurteile

Mindestens fünf Symptome sind mit "3" kodiert	**1 3**

3 = Borderline Persönlichkeitsstörung

BPDSI-IV

Borderline Personality Disorder Severity Index

4. Version

Arnoud Arntz & Josephine Giesen-Bloo
University Maastricht
Department of Medical, Clinical and Experimental Psychology
Adaptation of Weaver & Clum, 1993
Maastricht, The Netherlands

Übersetzung von:
Stefanie Freese & Christoph Kröger
Christoph-Dornier-Stiftung
Institut für Psychologie
TU Braunschweig, Germany

Copyright (2009) durch Kröger

Instruktion

Der BPDSI ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview, welches die Häufigkeit und den Schweregrad von Beschwerden der Borderline-Persönlichkeitsstörungen während einer umschriebenen Periode von drei Monaten erfasst. Da die Bewertung des Interviews auf klinischer Urteilsfähigkeit beruht, ist es unbedingt notwendig, dass die Anwender des Instruments klinisch geschult sind.

Dieses Instrument hat sich für wiederholte Messungen als geeignet erwiesen. Wenn irgend möglich sollte es in diesem Fall jedoch vom gleichen Interviewer angewendet werden. Um eine ausgewogene Beurteilung zu erzielen, ist es notwendig zusätzlich zu den Standardfragen weitere Fragen stellen zu können. Nach Beispielen und/oder besonderen Vorkommnissen zu fragen ist demnach unbedingt erforderlich. Ebenso müssen Ausschlusskriterien (wie z.B. Depersonalisation nach Drogenmissbrauch) aktiv exploriert werden. In vielen Fällen ist es wichtig, sich alle wichtigen Vorkommnisse oder Beispiele der letzten drei Monate beschreiben zu lassen, um eine Einschätzung der Auftretenshäufigkeit vornehmen zu können.

Auch bei sehr häufig auftretendem Verhalten können einige prototypische Beispiele ausreichend sein, so dass eine Häufigkeitseinschätzung vorgenommen werden kann. Alle Häufigkeitsfragen werden auf Skalen von 0 (nie) bis 10 (täglich) beurteilt. Das trifft auch für die Fragen zu, bei denen hohe Auftretenswahrscheinlichkeiten unwahrscheinlicher sind. Beim Vorliegen von Unklarheiten oder Unsicherheiten werden Notizen gemacht, um sicher zu stellen, dass keine Information verloren geht. Sowohl die Skalenwerte als auch eventuelle Notizen werden auf einem separaten Bewertungsbogen vermerkt.

Einleitung

“Dieses Interview befasst sich mit einer Reihe von Dingen, die Menschen erleben können. Die Aufgabe besteht darin, dass Sie für sich selbst entscheiden, ob Sie solche Dinge in den letzten drei Monaten erlebt haben und wie häufig das der Fall war. Die Fragen sind alle ähnlich aufgebaut. Sollten Sie jedoch Verständnisschwierigkeiten haben oder Unklarheiten bestehen, zögern Sie bitte nicht, nachzufragen. Gibt es bis hierher irgendwelche Unklarheiten?

Da wir uns nur mit den Erlebnissen der letzten drei Monaten befassen wollen, ist es sinnvoll darüber zu sprechen von welchem Zeitraum wir reden.
Heute ist der (Datum), vor drei Monaten war also der (Datum). Das war also ungefähr als (wichtiges Erlebnis oder besonderen Tag für Patienten erfragen)“

Anmerkung: *Kursiv* gedruckter Text ist für den Interviewer bestimmt und sollte n i c h t verlesen werden.

1. Verlassenwerden

Die folgenden Items beziehen sich auf die verzweifelten Bemühungen der interviewten Person, jemanden mit dem die Person eine Beziehung eingegangen ist, von dem sie abhängig ist oder zu dem sie eine enge Verbindung hat, daran zu hindern sie zu verlassen. Dies bezieht sich z.B. darauf, jemanden anzuflehen, nicht zu gehen, oder jemanden körperlich daran hindern zu wollen, zu gehen.

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

1.1 Waren Sie in den letzten drei Monaten verzweifelt, weil Sie glaubten, jemand, der Ihnen viel bedeutet würde Sie verlassen? *(wenn ja, dann Frage nach klaren Beispielen)*

1.2 Haben Sie in den letzen drei Monaten versucht, jemanden der Ihnen viel bedeutet und drohte, Sie zu verlassen (oder von dem Sie dachten er würde Sie verlassen/ vermeiden) mit extremen Mitteln daran zu hindern? (*z.B. durch andauerndes Anrufen, übertrieben verführerisches Verhalten, beobachten…nur übertriebene, aufgezwungene Verhaltensweisen werden gewertet)*
(Dieses Item umfasst tatsächliches und vermutetes Verlassenwerden; um das Item positiv zu beurteilen müssen eindeutige Beispiele von Versuchen vorliegen) (Beispiele, die in 1.3, 1.4 oder 1.5 noch einmal auftauchen, können auch beurteilt werden)

1.3 Haben Sie in den letzten drei Monaten jemanden angefleht oder darum gebettelt, nicht verlassen zu werden?

1.4 Haben Sie in den letzten drei Monaten jemandem angedroht etwas zu tun, um zu erreichen, dass er/sie Sie nicht verlässt? *(z.B. Lügen, Erpressung, Mord oder Selbstmord)*

1.5 Haben Sie in den letzten drei Monaten auf körperliche Art und Weise versucht, jemanden davon abzuhalten, Sie zu verlassen? *(z.B. durch sich in den Weg stellen, jemanden festhalten)*

1.6 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten den Wunsch verspürt, von jemandem gesagt zu bekommen, dass er/sie Sie liebt, sich um Sie kümmert, Sie nicht verlässt, Sie attraktiv findet etc.?
(Hierbei kann es sich sowohl um Partner als auch um Freunde/Familie handeln)

1.7 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten jemanden nach einer Bestätigung oder Versicherung gefragt, mit dem Ziel, die Gewissheit zu erlangen, nicht verlassen zu werden?

2. Zwischenmenschliche Beziehungen

Dieses Kriterium umfasst drei Charakteristika. Erstens muss ein Muster instabiler Beziehungen vorliegen, welches durch regelmäßige Konflikte sowie drohende oder tatsächliche Beziehungsabbrüche gekennzeichnet ist. Zweitens müssen diese Beziehungen sehr intensiv sein, d.h. bestimmt von starken Emotionen (Euphorie, Aversion, Wut, Groll, Verzweiflung). Drittens muss die befragte Person eine Tendenz zur Abwertung der anderen Person erkennen lassen (z.B. „er ist ein wirklich gemeiner Mensch"), während an anderer Stelle dieselbe Person idealisiert werden kann („mein Freund ist der wundervollste, aufmerksamste und stärkste Mensch, den ich je getroffen habe"). Die psychoanalytische Terminologie spricht hierbei vom Spalten als Abwehrmechanismus.

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

Partnerbeziehung

2.1 Gab es in den letzten drei Monaten Momente, in denen Sie dachten, Ihr Partner sei alles was Sie sich immer gewünscht haben und andere Momente, in denen Sie dachten er/sie sei ein schrecklicher Mensch? *(hierbei ist die intrapsychische Überzeugung entscheidend,*

nicht unbedingt die tatsächliche Beziehung)

2.2 Wie häufig gab es in den letzten drei Monaten Höhen und Tiefen in Ihrer Partnerschaft? *(Hierbei liegt der Fokus auf der tatsächlichen Beziehung)*

2.3 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten die Beziehung beendet und sind dann wieder zusammen gekommen? *(Jede Veränderung wird separat gewertet, d.h. zweimal Beziehungsende und Wiederbeginn zählt als 4 Mal)*

2.4 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten eine oder mehrere neue Beziehungen begonnen und/oder beendet? *(Jede Veränderung wird separat gewertet)*

Andere Beziehungen

2.5 Gab es in den letzten drei Monaten Momente, in denen Sie dachten, einzelne Familienmitglieder/Kollegen/Freunde oder andere wichtige Personen seien genau so wie Sie es sich immer gewünscht haben und andere Momente, in denen Sie dachten er/sie sei ein schrecklicher Mensch? *(hierbei ist die intrapsychische Überzeugung entscheidend, nicht unbedingt die tatsächliche Beziehung)*

2.6 Wie häufig gab es in den letzten drei Monaten Höhen und Tiefen in Ihren Beziehungen zu Freunden/Kollegen/Familienmitgliedern oder anderen wichtigen Personen? *(hierbei liegt der Fokus auf den tatsächlichen Beziehungen)*

2.7 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten eine Beziehung zu einem Freund/Kollegen/Familienmitglied oder einer anderen wichtigen Person beendet und sind dann wieder zusammen gekommen? *(Beziehungsende und Wiederbeginn werden separat bewertet)*

2.8 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten eine oder mehrere neue Beziehungen zu Freunden/Familienmitgliedern/Kollegen oder anderen wichtigen Personen begonnen und/oder beendet? *(Beziehungsende und Wiederbeginn werden separat bewertet)*

3. Identität

Identität ist ein stabiles Gefühl über sich, welches die überdauernde Einheit der Persönlichkeit wahrt. Die für die Borderline-Persönlichkeitsstörung typische Art der Identitätsstörung ist gekennzeichnet von extremen Schwankungen des Selbstbildes der betreffenden Person (wer bin ich). Diese Schwankungen manifestieren sich in plötzlichen Veränderungen von Karrierezielen, des Arbeitsplatzes, der sexuellen Orientierung, der persönlichen Ziele, persönlicher Werte und Freunde und des fundamentalen Gefühls von sich selbst (z.B. als gut oder schlecht). Die Items werden nur dann bewertet, wenn die Identitätsstörungen nicht mit dem Entwicklungsalter der Person zu erklären sind (d.h. normale Identitätsschwankungen im Erwachsenenalter sind nicht zu berücksichtigen).

3.1 Waren Sie in den letzten drei Monaten in unterschiedlichen Situationen mit unterschiedlichen Menschen so verschieden, dass Sie sich nicht immer wie dieselbe Person verhielten und gar nicht mehr wussten, wer Sie eigentlich wirklich sind?

0. trifft nicht zu
1. fraglich / wenig belegt
2. wahrscheinlich nicht wissend wer er/sie ist, allerdings nicht eindeutig belegt
3. nicht wissend wer er/sie ist, nicht sehr dominant
4. dominant, eindeutig und gut belegt nicht wissend wer er/sie ist

3.2 Ist es in den letzten drei Monaten vorgekommen, dass Ihre Vorstellung von dem, wer Sie sind, sich stark geändert hat?

0. trifft nicht zu
1. fraglich / wenig belegt
2. wahrscheinliche Instabilität des Selbstbildes
3. ziemlich eindeutige Instabilität des Selbstbildes
4. dominante, eindeutige Instabilität des Selbstbildes

3.3 Ist es in den letzten drei Monaten vorgekommen, dass Ihr Gefühl davon, ob Sie ein guter oder schlechter Mensch sind, sich stark geändert hat?

0. trifft nicht zu
1. fraglich / wenig belegt
2. wahrscheinliche Instabilität des Selbstgefühls
3. ziemlich eindeutige Instabilität des Selbstgefühls
4. dominante, eindeutige Instabilität des Selbstgefühls

3.4 Welche langfristigen Pläne hatten Sie in den letzten drei Monaten? Zum Beispiel was für eine Ausbildung, berufliche Tätigkeit oder Karriere möchten Sie anstreben oder wünschen Sie sich? Haben diese Ziele sich in den letzten drei Monaten geändert? *(Patienten in*

Behandlung nennen als einziges Ziel oftmals, dass es ihnen besser gehen möge oder sie die Behandlung beenden wollen. Dies wird als Vermeidung gewertet)

0. trifft nicht zu
1. fraglich / wenig belegt
2. wahrscheinliche Instabilität langfristiger Ziele/ wahrscheinliche Vermeidung, sich mit langfristigen Ziele auseinander zu setzen
3. ziemlich eindeutige Instabilität langfristiger Ziele, nicht sehr dominant / ziemlich eindeutige Vermeidung, sich mit langfristigen Zielen auseinander zu setzen, nicht sehr dominant
4. dominante, eindeutige Instabilität langfristiger Ziele / dominante, eindeutige Vermeidung, sich mit langfristigen Zielen auseinander zu setzen

3.5 Haben Sie in den letzten drei Monaten Ihre Einstellung geändert bezüglich dessen, was richtig oder falsch ist? *(…ihre Einstellungen über Werte und Normen /darüber was Sie können und was nicht, was gut oder schlecht ist?) (Fragen nach Intensität/ Richtung der Einstellungsänderungen/ Häufigkeit der Einstellungsänderungen)*

0. trifft nicht zu
1. fraglich / wenig belegt
2. wahrscheinliche Instabilität moralischer Werte
3. ziemlich eindeutige Instabilität moralischer Werte, nicht sehr dominant
4. dominante, eindeutige Instabilität moralischer Werte

3.6 Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schwierigkeiten zu entscheiden, was Ihnen im Leben wichtig ist? Hat sich das in den letzten drei Monaten geändert?

0. trifft nicht zu
1. fraglich / wenig belegt
2. wahrscheinliche Instabilität persönlicher Werte / wahrscheinliche Vermeidung
3. ziemlich eindeutige Instabilität persönlicher Werte, nicht sehr dominant / wahrscheinliche Vermeidung, nicht sehr dominant
4. dominante, eindeutige Instabilität persönlicher Werte / klare und eindeutige Vermeidung

3.7 Hatten Sie in den letzten drei Monaten Schwierigkeiten zu entscheiden, was für Freunde Sie gerne hätten? Ändert sich die Art Ihrer Freunde häufig? *(Manche Menschen antworten , sie hätten keine Freunde. Dies wird als Vermeidung (3) bewertet)*

0. trifft nicht zu
1. fraglich / wenig belegt
2. wahrscheinliche Instabilität in Bezug auf Freunde/ wahrscheinliche Vermeidung in Bezug auf Freunde
3. ziemlich eindeutige Instabilität in Bezug auf Freunde, nicht sehr dominant / wahrscheinliche

Vermeidung in Bezug auf Freunde, nicht sehr dominant

4. dominante, eindeutige Instabilität in Bezug auf Freunde/ klare und eindeutige Vermeidung in Bezug auf Freunde

3.8 Haben Sie in den letzten drei Monaten mal daran gezweifelt, ob Sie sexuelle Beziehungen zu Männern <u>oder</u> Frauen haben wollen? Nach der Antwort der befragten Person: Wie oft hat sich das in den letzten drei Monaten geändert? *(stabile heterosexuelle/bisexuelle/homosexuelle Orientierung wird mit 0 bewertet)*

0. trifft nicht zu
1. kaum
2. hat wahrscheinlich Zweifel bezüglich der sexuellen Orientierung
3. hat ziemlich eindeutig Zweifel bezüglich der sexuellen Orientierung
4. hat ernste Zweifel bezüglich der sexuellen Orientierung

4. Impulsivität

Es folgen einige Beispiele, wie Menschen impulsiv handeln können. Dinge von denen Sie später dachten, Sie hätten sie besser nicht getan oder Dinge die Probleme für Sie und ihre Umwelt zur Folge hatten oder hätten haben können. *(ausschlaggebend sind solche Verhaltensweisen mit dem Ziel, negative Gefühle zu eliminieren oder positive Gefühlen auszulösen, <u>nicht</u> solche Verhaltensweisen, mit dem primären Ziel sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen)*

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

4.1 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monate auf verantwortungslose Weise Geld ausgegeben/ oder gaben mehr Geld aus, als Sie eigentlich ausgeben konnten? *(z.B.*

Glücksspiel, impulsives Einkaufen, viele lange Telefonate führen)

4.2 Wie häufig hatten Sie in den letzten drei Monaten Sex mit Menschen, die sie kaum oder gar nicht kannten?

4.3 Wie häufig hatten Sie in den letzten drei Monaten ungeschützten Sex? *(Sex ohne an die Möglichkeit selbstschädigender Konsequenzen und /oder Schwangerschaft zu denken)*

4.4 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten zu viel Alkohol getrunken und/oder haben zur falschen Zeit getrunken? *(Für Alkoholiker: siehe Standards bei 4.4.A auf dem Bewertungsbogen, alles darüber hinaus wird bei 4.4 bewertet)*

4.5 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten „weiche" Drogen verwendet und/oder haben zur falschen Zeit solche Drogen verwendet? *(Für Drogenabhängige: siehe Standards bei 4.5.A auf dem Bewertungsbogen, alles darüber hinaus wird bei 4.5 bewertet)*

4.6 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen? *(nicht mit dem Ziel sich zu suizidieren, sondern um "high" zu sein)*

4.7 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten „harte" Drogen verwendet? *Für Drogenabhängige: siehe Standards bei 4.7.A auf dem Bewertungsbogen, alles darüber hinaus wird bei 4.7 bewertet)*

4.8 Wie oft hatten Sie in den letzten drei Monaten Episoden mit Essanfällen? *(alle Essattacken werden bewertet, also mit oder ohne Kontrollverlust, sowie geplant oder ungeplant etc.)*

4.9 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten rücksichtslos im Straßenverkehr verhalten? *(z.B. zu schnelles Fahren oder Fahren unter Einfluss von Alkohol) (nicht durch Dissoziation verursacht)*

4.10 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten Diebstähle begangen? *(mit welcher Absicht? Es ist entscheidend, dass die Diebstähle begangen worden sind, um ein gutes*

Gefühle zu bekommen oder einen schlechten Gefühlszustand zu beenden, nicht um sich selbst zu bereichern)

4.11 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten impulsive Dinge getan, die Ihnen Ärger eingebracht haben oder hätten einbringen können? *(z.B. Verabredungen absagen, Vereinbarungen nicht einhalten, sich für einen Kurs anmelden, eine Reise buchen) (kein selbstschädigendes Verhalten oder suizidale Handlungen, auf Bewertungsbogen vermerken)*

5. Parasuizidales Verhalten

Die nächsten Fragen befassen sich damit, ob Sie in den letzten drei Monaten versucht haben, sich zu verletzten oder Wunden zuzufügen.

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

Selbstschädigendes Verhalten mit Selbstverletzung als direkte Konsequenz, d.h. Gewebeverletzungen, körperliche Schmerzen, ohne Suizidabsicht

5.1 Wie oft haben Sie sich in den letzten drei Monaten absichtlich geschlagen, den Kopf, die Faust, die Knöchel oder einen anderen Körperteil gegen etwas geschlagen? Oder mit der Faust oder einem anderen Körperteil eine Scheibe eingeschlagen?

5.2 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten gekratzt oder gekniffen?

5.3 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten gebissen? *(so dass es schmerzte, also kein Nägelbeißen)*

5.4 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten an den Haaren gerissen/Haare ausgerissen? *(kann auch das Ausreißen von Augenbrauen, Wimpern sein)*

5.5 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten geschnitten? *(auch nur sehr oberflächliche Schnitte, so dass nur Kratzer entstehen)*

5.6 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten Verbrennungen zugefügt? *(Zigarette, Bügeleisen)*

5.7 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten mit Nadeln oder ähnlichem gestochen?

5.8 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten absichtlich selbst Schaden zugefügt? *(z.B. scharfe Gegenstände geschluckt, gefährliche Substanzen eingenommen, scharfe, gefährliche Objekte in Körperöffnungen wie Vagina, Penis, Ohren etc. gesteckt; sorgfältig auf dem Bewertungsbogen vermerken)*

Suizid ***(Pläne/Versuche)***

5.9 Wie häufig wollten Sie sich in den letzten drei Monaten das Leben nehmen?

5.10 Wie häufig haben Sie anderen Menschen in den letzten drei Monaten gesagt, dass Sie sich das Leben nehmen wollen? *(passiv suizidale Äußerungen wie "Ich wünschte ich wäre tot" werden hier nicht gewertet)*

5.11 Wie oft haben Sie in den letzten drei Monaten geplant, sich das Leben zu nehmen? *(wenn diese Pläne zu konkreten Handlungen geführt haben, bitte bei 5.12 bewerten)*

5.12 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten konkrete Schritte unternommen, sich das Leben zu nehmen? *(wenn diese Schritte zu einem Suizidversuch geführt haben, bitte bei 5.13 bewerten)*

5.13 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten versucht, sich das Leben zu nehmen?

6. Affektive Instabilität

Ich möchte Sie nun zu Stimmungsschwankungen befragen. Damit sind auffallende Wechsel der Stimmung hin zu niedergeschlagen/depressiver, ängstlicher, verzweifelter, reizbarer oder wütender Stimmung gemeint.

Affektinstabilität bezieht sich auf wechselnde, instabile Stimmungsqualitäten der befragten Person. Auch wenn diese Stimmungsveränderungen oftmals abrupt beginnen ist ein plötzliches Auftreten der Stimmungsschwankungen hier nicht ausschlaggebend. Stattdessen beschreibt dieses Kriterium häufige affektive Stimmungswechsel, die sehr stark aber von relativ kurzer Dauer sind (eher einige Stunden als Tage oder Wochen).

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

6.1 Kennen Sie Stimmungsveränderungen hin zu einer niedergeschlagenen (depressiven) Stimmungslage?
Wie häufig ist so etwas in den letzten drei Monaten vorgekommen? *(Nicht aufgrund einer Achse I Diagnose: nachfragen, außerdem SKID I Ergebnis überprüfen)*

6.2 Und wie häufig kam so eine Stimmungsveränderung in den letzten drei Monaten hin zu reizbarer, nervöser Stimmung vor? *(Nicht aufgrund einer Achse I Störung)*

6.3 Und wie häufig kam so eine Stimmungsveränderung in den letzten drei Monaten hin zu ängstlicher Stimmung vor? *(Nicht aufgrund einer Achse I Störung)*

6.4 Und wie häufig kam so eine Stimmungsveränderung in den letzten drei Monaten hin zu verzweifelter Stimmung vor? *(Nicht aufgrund einer Achse I Störung)*

6.5 Und wie häufig kam so eine Stimmungsveränderung in den letzten drei Monaten hin zu wütender, ärgerlicher Stimmung vor? *(Nicht aufgrund einer Achse I Störung)*

(Wenn der Einfluss von Achse I Diagnosen zweifelhaft: diese Item bitte bewerten, aber notieren und mit einem erfahrenen Kliniker diskutieren)

7. Gefühl der Leere

Das chronische Gefühl der Leere ist oftmals verbunden mit dem Gefühl von Langeweile, Einsamkeit, Wertlosigkeit oder einem Gefühl "was man nicht beschreiben kann".

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

7.1 Wie häufig haben Sie sich in den letzten drei Monaten gelangweilt oder innerlich leer gefühlt?
(Hier geht es um Gefühle von Leere oder Langeweile, die in Stress oder inadäquates Verhalten münden. Inadäquates Verhalten umfasst auch den negativen Einfluss dieser Gefühle auf normale oder adäquate Verhaltensweisen, z.B. etwas nicht tun zu können oder nicht zur gewünschten oder notwendigen Zeit tun zu können.)

7.2 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten aufgrund dieser Gefühle von Langeweile und Leere nichts unternommen, obwohl Sie eigentlich etwas unternehmen wollten?
(z.B. im Bett bleiben anstatt einkaufen zu gehen)

7.3 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten aufgrund dieser Gefühle von Langeweile und Leere etwas getan, obwohl Sie eigentlich etwas ganz anderes tun wollten?
(z.B. auszugehen anstatt zur Arbeit zu gehen, Alkohol- und Drogenmissbrauch können auch zu diesem Kriterium gehören)

7.4 Wie häufig ist es in den letzten drei Monaten vorgekommen, dass sie sich keinen Moment ausruhen konnten?

(z.B. putzen oder auf- und ab laufen, dies wird als Vermeidung von Ruhe, um die Gefühle der Leere fernzuhalten, bewertet)

8. Wutausbrüche

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ausbrüche von Wut oder Ärger.

Unangemessene Wut bezieht sich auf die Intensität der Wut einer Person, die in unverhältnismäßigem Zusammenhang zur Ursache der Wut steht. Manifestationen in extrem körperlichem (gewalttätigem) Verhalten, z.B. Menschen zu schlagen oder Gegenstände zu schmeißen, weisen auf die Unfähigkeit hin, diese Wut zu kontrollieren. Diese Wut wird oftmals im Zusammenhang mit dem tatsächlichen oder empfundenen Fehlen von Aufmerksamkeit/ Interesse von anderen, Verlust oder Vernachlässigung zum Ausdruck gebracht.

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

8.1 Passiert es Ihnen, dass Sie manchmal sehr schlechter Laune sind oder plötzliche Wutausbrüche haben?
Wie häufig ist das in den letzten drei Monaten vorgekommen?

8.2 Wie häufig reagierten Sie in den letzten drei Monaten auf andere Menschen auf zynische oder sarkastische Art und Weise? *(Sticheleien, höhnische Bemerkungen, Spott)*

8.3 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten geflucht, Türen geschlagen oder geschrien? *(Lärm machen)*

8.4 Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten waren Sie so wütend, dass Sie nicht mehr ansprechbar waren oder zur Vernunft gebracht werden konnten? *(Wutausbruch)*

8.5 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten mit Gegenständen geworfen, Sachen zerstört etc.?

8.6 Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten einen anderen Menschen angegriffen? *(körperlich)*

9. Dissoziation und paranoide Vorstellungen

Manche Menschen reagieren auf Stress in extremer Art und Weise.

Manche Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung entwickeln flüchtige paranoide oder dissoziative Symptome im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen. Selten sind diese Symptome so schwerwiegend, das eine separate Diagnose gestellt werden kann (z.B. psychotische Störung). Der Stressor ist oftmals eine tatsächliche, vorgestellte oder antizipierte Abwesenheit einer wichtigen Person (Partner, Elternteil, Therapeut). In solchen Situation kann die tatsächliche oder vorgestellte Rückkehr dieser Person bereits zur Remission der Symptome führen. Die dissoziativen Symptome können bestehen aus Perioden dissoziativer Amnesie (manchmal ausgedrückt durch das Gefühl, die „Zeit zu verlieren"), Depersonalisation (d.h. das Gefühl sich von sich selbst zu entfremden oder zu entfernen) oder Derealisation (d.h. das Gefühl die Umwelt sei unrealistisch oder ungewöhnlich). Diese Perioden dauern in der Regel einige Minuten bis Stunden an.

---

0. nie
1. 1 x in 3 Monaten
2. 2 x in 3 Monaten
3. 3 x in 3 Monaten / 1 x im Monat
4. 4 bis 5 x in 3 Monaten/ 1 x in 3 Wochen
5. 6 bis 7 x in 3 Monaten/ 1 x in 2 Wochen
6. 8 bis 10 x in 3 Monaten/ 2 x in 3 Wochen
7. 1 x pro Woche/ 11 bis 15 x in 3 Monaten
8. mehrmals die Woche aber weniger als die Hälfte der Tage
9. mehr als die Hälfte der Tage/fast täglich
10. täglich

Dissoziation*: Depersonalisation (9.1), Derealisation (9.2), Bewusstsein (9.3), Gedächtnis (9.4 and 9.5)*

9.1 Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten drei Monaten nicht mehr wie sie selbst, als ob sie außerhalb von sich selbst stehen würden, oder erlebten Sie sich selbst wie in einem Film oder Traum? *(Anm.:…"selbst" bezieht sich auf Körper und Geist) (nicht aufgrund*

von Drogen)

9.2 Wie häufig empfanden Sie ihre Umwelt in den letzten drei Monaten als völlig verändert, oder als ob Sie sie ganz anders wahrnehmen würden, so dass es Ihnen seltsam und unrealistisch vorkommt? *(z.B. andere Menschen sehen unbekannt oder wie Roboter aus) (Nicht aufgrund von Drogen)*

9.3 Wie häufig erging es Ihnen in den letzten drei Monaten so, dass Sie nicht mehr wussten was Sie taten oder wo Sie waren? *(Nicht aufgrund von Drogen)*

9.4 Wie häufig erging es Ihnen in den letzten drei Monaten so, dass Sie Ihnen vertraute Menschen oder Dinge nicht mehr erkannten? *(Nicht aufgrund von Drogen)*

9.5 Wie häufig konnten Sie sich in den letzten drei Monaten nicht mehr an wichtige Dinge erinnern? *(Nicht aufgrund von Drogen) (klinische Einschätzung dessen, welche Dinge wichtig sind; nicht nur aus der Sicht der befragten Person)*

Paranoide Vorstellungen

9.6 Wie häufig hatten Sie in den letzten drei Monaten Probleme damit, sehr misstrauisch oder misstrauisch anderen gegenüber zu sein? *(Nicht aufgrund von Drogen) (Die Vorstellung ist hier entscheidend)*

9.7 Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten überzeugt davon, andere hätten es auf Sie abgesehen oder würden Sie verfolgen? *(Nicht aufgrund von Drogen) (In diesem Item geht es um vorübergehende Wahnvorstellungen)*

9.8 Wie häufig waren Sie in den letzten drei Monaten überzeugt davon, dass Sie von anderen Menschen unfair behandelt werden? *(Nicht aufgrund von Drogen) (In diesem Item geht es um vorübergehende Wahnvorstellungen)*