

Selbst-Verletzung

Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten

Bearbeitet von
Ulrich Sachsse, Willy Herbold

1 2015. Taschenbuch. 200 S. Paperback
ISBN 978 3 7945 3136 3
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

3 Suizidalität, selbstschädigendes und impulsives Verhalten bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Sabine C. Herpertz

Suizidalität, selbstschädigendes und impulsives Verhalten sind bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) die Symptome, die betroffene Patienten am häufigsten in Behandlung führen. Sie stellen behandelnde Ärzte und Psychologen vor eine besonders schwierige Aufgabe, sind sie doch immer wieder damit konfrontiert, das mögliche Gefährdungspotenzial richtig einzuschätzen. Es gibt eine Vielfalt von aggressiven, autoaggressiven und autodestruktiven Verhaltensweisen. In den diagnostischen Kriterien (sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV) finden selbstschädigende Handlungen in Form von repetitiven Selbstverletzungen, einzelnen oder wiederholten suizidalen Handlungen und Suizidrohungen namentlich Erwähnung. Hinsichtlich impulsiver Handlungen findet sich ein Unterschied in der Operationalisierung zwischen beiden Klassifikationssystemen dahingehend, dass sie nach ICD-10 als Ärgerausbrüche oder explosives, gewalttätiges Verhalten beschrieben werden und, sofern dieses Verhalten symptomatisch im Mittelpunkt steht, als eigenständige Kategorie, nämlich als impulsiver Subtyp der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung geführt werden. Selbstbeschädigungen werden als Merkmal des Borderline-Typus der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung genannt. In den Kriterien zur BPS nach DSM-IV wird impulsives Verhalten aufgeschlüsselt in selbstschädigende und fremdaggressive impulsive Handlungen und von Selbstverletzungen und suizidalen Handlungen abgegrenzt. Fremdaggressive Impulshandlungen kommen häufiger beim männlichen Geschlecht vor und sind in hohem Maße dafür verantwortlich, dass die BPS-Diagnose die zweithäufigste Persönlichkeitsstörung unter Straftätern bzw. Gefängnisinsassen darstellt (Coid 2002). Allerdings weisen Frauen mit gewalttätigem Verhalten häufiger eine Persönlichkeitsstörung auf als Männer mit diesem Verhalten (Yang u. Coid 2007).

3.1 Definitorisches

Auch wenn das Maß an suizidaler Intention als Kontinuum über alle Formen selbstschädigenden Verhaltens aufgefasst wird, so können und sollten nicht zuletzt aus therapeutischen Gründen die unterschiedlichen selbst- und fremdschädigenden Phänomene möglichst präzise differenziert werden.

Für selbstverletzendes Verhalten existieren eine Reihe von Begriffen, wie Selbstverletzendes Verhalten (SVV), Auto-Mutilation oder parasuizidales Verhalten. Im englischsprachigen Raum werden Begriffe wie Self-Mutilations, Self-Mutilative Behavior, Self-Injurious Behavior oder Delicate-Self-Harm-Syndrome verwandt. All diese Begriffe bezeichnen wiederholte, selbst zugefügte, direkte persönliche Verletzungen, ohne dass eine suizidale Absicht besteht (Favarra 1989). Die Schwierigkeit dieser Begriffsdefinition besteht darin, dass die Motivationslage aus Selbstberichten Betroffener abgeleitet wird und es damit an objektiven Kriterien fehlt, ob tatsächlich Suizidabsichten vorlagen. Aufgrund dieses Problems wird Selbstverletzungsverhalten alternativ umschrieben als eine wiederholte, selbst zugefügte, direkte, körperliche Verletzung, die nicht gezielt lebensbedrohlich ist (Herpertz 1995).

In ihrer klinischen Bedeutung dominieren bei der BPS offene gegenüber verdeckten Selbstverletzungen. Am häufigsten ist das Schneiden (meist mit Rasierklingen, Glasscherben oder Messern), das Schlagen von Kopf, seltener Extremitäten, das Brennen oder die Manipulation an Wunden bzw. großflächige Kratzwunden (Parks u. Feldmann 2006). Neben diesen offensichtlichen, der Umwelt mehr oder weniger bereitwillig gezeigten Praktiken von Selbstverletzungsverhalten existieren auch verdeckte Formen, die gegenüber der Umwelt verheimlicht oder auch geleugnet werden und den Bereich der artifiziellen Störungen berühren. Hier findet sich das Einbringen von Fremdkörpern unter die Haut und die Manipulation von Wunden und Operationsnarben.

Beschäftigt man sich mit dem intrapsychischen Erleben der betroffenen Patienten im zeitlichen Umfeld der selbstschädigenden Handlung, so verlaufen sie gewöhnlich nach einem ähnlichen Muster. Am Anfang stehen soziale Stressfaktoren, die zu heftigen aversiven Affekten führen, die in einen quälenden Spannungszustand kulminieren. Er findet in der Selbstverletzung zu einer raschen Entlastung und Beruhigung. Dieser typische Ablauf erinnert an eine eigenständige diagnostische Kategorie, die in ICD-10 und DSM-IV als »Störung der Impulskontrolle nicht andernorts klassifiziert« bezeichnet wird. Das Konzept der Impulskontrollstörung geht auf die alten Krankheitskonzepte der Willensstörungen zurück (vgl. Berríos u. Gili 1995), bei denen dem subjektiven Erleben eines freiheitseinschränkenden Dranges eine zentrale Bedeutung zukommt (Scharfetter 1976). Sie beschreibt in den modernen Klassifikationssystemen ganz allgemein Verhalten infolge des Versagens, sich von einem selbst- oder fremdschädigenden Handlungsimpuls zu distanzieren. Das entscheidende diagnostische Kriterium liegt, wie für das Selbstverletzungsverhalten typisch, im subjektiven Erleben eines ansteigenden inneren Spannungszustandes vor der Handlung und

eines Gefühls der Entlastung nach der Handlung. Eine phänomenologische Überlappung zwischen Selbstverletzungsverhalten und impulsivem Verhalten liegt also auf der Hand.

Die Definition impulsiven Verhaltens ist vage. Gewöhnlich versteht man darunter wenig geplante, vorzeitig oder übereilt ausgeführte, riskante und gegenüber sozialen Erwartungen unangepasste Verhaltensweisen. Neben den Selbstverletzungen werden bei der BPS vor allem bulimische Ess-Brech-Attacken, episodischer Drogen- und Alkoholmissbrauch, übermäßige Geldausgaben und Promiskuität genannt. Der Modus kann bei einem Individuum relativ stabil sein oder aber, abhängig vom situativen Kontext, von der Lebensphase, der Peer-Gruppe etc. wechseln. Wird impulsives Verhalten im Kontext von Persönlichkeitsmerkmalen diskutiert, so resultiert mangelnde Impulskontrolle zum einen aus Defiziten einer kognitiv geleiteten Steuerung von Verhalten (Watson u. Clark 1993) und stellt einen Gegenpool zur Gewissenhaftigkeit da. Costa und McCrae (1992) heben dagegen mehr auf die mangelnde Kontrolle von Handlungsimpulsen verbunden mit der Unfähigkeit zur Frustrationstoleranz ab, wenn sie in ihrem Persönlichkeitsinventar, dem NEO-PI-R, von Impulsivität sprechen. Sie sehen impulsives Verhalten eng verknüpft mit der Neurotizismusdimension und damit emotionaler Labilität, wütender Feindseligkeit sowie Stressanfälligkeit. Wiederum andere Autoren, insbesondere neurobiologische Forscher, fassen Impulsivität als Disposition zu motorischer Enthemmung auf und stellen eine enge Beziehung zwischen Impulsivität und Aggressivität her (Coccaro u. Kavoussi 1997). Diese Verquickung von Impulsivität und Aggressivität ist aber nicht unproblematisch, da Korrelationsberechnungen zwischen Impulsivitäts- und reinen Aggressivitätsmaßen nur eine Höhe von 0,5 oder 0,6 erreichen, d. h. die gemeinsame Varianz lediglich bei ca. 30 % liegt (Plutchik u. van Praag 1994).

Auch wenn in der Alltagssprache Impulsivität mit abrupt auftretenden, schnellen Handlungsabläufen assoziiert wird, so ist in psychologischen Konzepten von Impulsivität eine Zeitdimension nicht grundsätzlich vorgesehen. Wohl beschreibt Barratt (1985), der Begründer der gleichnamigen Barratt-Impulsivness-Scale, eine Neigung zu schnellen Reaktionen und Unfähigkeit zu planerischem Verhalten, aber impulsives Verhalten kann auch darin bestehen, über Stunden eine bulimische Ess-Brech-Attacke durch Einkäufe und Zubereitung vorzubereiten. Auch bei Individuen mit BPS finden sich sowohl Handlungsimpulse, die ohne jeden Versuch des Zurückhaltens bzw. der Hemmung in die Handlung einmünden als auch solche, bei denen Stunden zwischen dem situativen Auslöser, dem Handlungsimpuls und der eigentlichen Handlung liegen. In einer eigenen Untersuchung gaben knapp zwei Drittel der befragten Patienten an, dass sie die Selbstverletzungen ungeplant, aus dem Moment heraus durchführten, während ein Drittel diese geplant, nach längerem zeitlichen Vorlauf vornahm (Herpertz 1995). Jenseits der Zeitdimension ist allen Definitionen von impulsivem Verhalten am ehesten gemeinsam, dass es sich um heftige Reaktionen auf innere, häufiger äußere Stimuli handelt, die kognitiv nicht oder nicht ausreichend reguliert werden (Herpertz u. Saß 1997).

3.2 Prävalenz

Selbstverletzungsverhalten findet sich in 73 % bis 85 % aller Individuen mit BPS (Herpertz et al. 1995; Zanarini et al. 2003; Chapman et al. 2005). Es zeigt im Verlauf eine hohe Rückbildungstendenz. So nahm das Selbstverletzungsverhalten in einem Klientel von Patientinnen zwischen 18 und 35 Jahren über einen sechsjährigen Beobachtungszeitraum von zu Beginn 80,7 % auf nach sechs Jahren 28,4 % ab (Zanarini et al. 2003). Der Beginn lag gewöhnlich im Jugendalter, bei 13 % allerdings schon vor dem 12. Lebensjahr und wurde nur selten jenseits des 30. oder gar 40. Lebensjahres angegeben (Herpertz 1995). Von Zanarini und Kollegen (2003) konnte zudem gezeigt werden, dass Menschen mit BPS neben Selbstverletzungsverhalten zu weiteren selbstschädigenden impulsiven Handlungen neigen, wie Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeit in 49 % oder Promiskuität in knapp 27 %. In dieser Studie zeigten 94 % der Patienten irgendeine Form impulsiven Verhaltens, vorausgesetzt, man schließt sich der oben dargestellten breiten Konzeptionalisierung von Impulsivität an. In einer eigenen Studie an 79 (diagnostisch heterogenen) Patienten mit Selbstverletzungsverhalten (s. u., Herpertz 1995) wurden im Mittel drei unterschiedliche Formen impulsiven Verhaltens von einem Patienten angegeben (► Tab. 3-1).

Tab. 3-1 Angaben zu impulsiven Verhaltensweisen in einer diagnostisch heterogenen Gruppe von Patienten mit Selbstverletzungsverhalten (Herpertz 1995).

	Selbstverletzer N = 79, Angabe in %
Selbstverletzungsverhalten	100
Impulsives parasuizidales Verhalten	58
Alkoholmissbrauch, Exzesse	40
Drogenmissbrauch, Exzesse	20
Bulimia nervosa	32
Binge-Eating-Störung	10
Impulskontrollstörungen, n. a. k.	11
Aggressivität gegen andere	18
Promiskuität	11
Geldverschwendung	13
Rücksichtsloses Autofahren	6
Mittlere Anzahl pro Patienten	2,94

Ein vollendeter Suizid stellt die gravierendste Komplikation bei der BPS dar, wird inzwischen aber bei Patienten mit BPS als weniger häufig als in früheren Jahren angenommen und liegt in neueren Studien zwischen 5 % und 8 % (Pompili et al. 2005; Zanarini et al. 2005).

3.3 Prädiktoren von Suizidversuch und vollendetem Suizid

In einer 5-Jahres-Katamnese wurde eine jährliche Suizidversuchsrate von ca. 20 % bei Individuen mit BPS berichtet. Das kurzfristige Risiko zeigte sich bei komorbider Major Depression erhöht, während langfristig das Risiko vom Grad der sozialen Anpassung abhing (Soloff u. Fabio 2008). Bei Individuen mit Major Depression und BPS fand sich im Vergleich zu Depressiven ohne BPS eine höhere Rate an Suizidversuchen in der Vorgeschichte; ein jüngeres Alter beim ersten Versuch und bei interpersonalem Auslösern kam im Vorfeld des Suizidversuchs eine größere Bedeutung zu. Außerdem zeichneten sich jene mit BPS durch höhere Aggressivität und Impulsivität aus (Brodsky et al. 2006).

Zur Frage der Detektion von Risikofaktoren für einen vollendeten Suizid bei der BPS wurden von McGirr und Kollegen (2007) in einer Fall-Kontroll-Studie folgende Faktoren gefunden: höhere Komorbidität mit Suchterkrankungen und anderen Achse-1-Störungen, höhere Komorbidität mit weiteren Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, höhere Impulsivität, Suche nach Neuem, Feindseligkeit und Aggressivität, während sich Ängstlichkeit bzw. Schadensvermeidung sowie überraschenderweise eine Vorgeschichte von Suizidversuchen als protektive Faktoren darstellten. Insgesamt stieg die Letalität vor allem mit dem Grad an Impulsivität und Aggressivität.

3.4 Selbstverletzungsverhalten

Symptomatik und Motivation

Auch wenn Selbstverletzungsverhalten kein spezifisches Symptom der BPS ist, so ist es besonders typisch für diese Patientengruppe. In einem zwischen Mai 1992 und Mai 1994 in einer psychiatrischen Universitätsklinik konsekutiv aufgenommenen psychiatrischen Patientenkollektiv mit offenen Selbstverletzungen von insgesamt 79 Patienten, erfüllten rund 50 % die diagnostischen Kriterien einer BPS (Herpertz 1995). Dabei übten 81 % Schnittverletzungen, 37 % Prellungen, 25 % Verbrennungen sowie 24 % Kratzverletzungen aus. Vorausgehend wurde fast immer von situativen Auslösern, besonders typisch reale oder angenommene Zurückweisungen, berichtet, die eine dysphorische, leicht eskalierende Befindlichkeit, gemischt mit multiplen negativen Gefühlen von u. a. Leere, Einsamkeit, Schuld, Ärger hineinführen und schließlich auf dem Höhepunkt als