

Selbstverletzendes Verhalten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Prävalenz und therapeutische Beeinflussbarkeit von Patienten mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen

Selbstverletzendes Verhalten (SVV) findet sich bei psychisch Kranken deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Die entsprechenden Behandlungsverfahren wurden ursprünglich für ambulante Patienten entwickelt, finden aber zunehmend auch Eingang in die stationäre Psychotherapie. Für den Bereich der stationären Akutklinikbehandlung liegen Daten zu Häufigkeit und Rückläufigkeit von SVV unter der Therapie vor. Hingegen gab es diese für den Bereich der stationären Rehabilitation bislang kaum.

Hintergrund

Selbstverletzendes Verhalten kann als selbst zugefügte, direkte Verletzung des eigenen Körpers ohne den (bewussten) Wunsch der Selbsttötung definiert werden (Nock 2010). Im angloamerikanischen Schrifttum hat sich dafür in den letzten Jahren der Begriff „non-suicidal self-injury“ (NSSI) etabliert, aber auch Termini wie „deliberate self-harm“ oder „parasuicide“ sind weiterhin üblich (Nock 2010). Während die Nomenklatur schon unscharf ist, sind die Operationalisierungen und die Diagnostik von SVV noch unübersichtlicher, denn dafür steht eine große Zahl von Fragebogen, Checklisten und

(halb-)strukturierten Interviews zur Verfügung (Borschmann et al. 2012).

Beispielsweise berichtet eine aktuelle Übersichtsarbeit zu Psychotherapieverfahren für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), dass in den 17 Studien, in denen SVV untersucht wurde, 13 unterschiedliche Operationalisierungen bzw. Erfassungsinstrumente angewendet wurden (Stoffers et al. 2012). Erschwerend kommt hinzu, dass diese Instrumente entweder das Vorhandensein von SVV als dichotome Variable (ja vs. nein) oder aber seine Häufigkeit erfassen und sich dabei auf unterschiedliche Zeiträume des Auftretens beziehen, die zwischen 4 Wochen und 12 Monaten schwanken. In diagnostischen Interviews zu Persönlichkeitsstörungen (z. B. dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, SKID-II) wird gar nach dem Auftreten von SVV in den vergangenen 5 bis 10 Jahren gefragt.

Trotz dieser methodischen Schwierigkeiten beziffern diverse Untersuchungen und Metaanalysen die Lebenszeitprävalenz von SVV in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung relativ konsistent auf 6–8% (Klonsky 2011; Martin et al. 2010; Swannel et al. 2014). Weniger konsistent sind die Angaben für kürzere Beobachtungszeiträume, die sich zwischen 1,1% für 4 Wochen (Martin et al. 2010), 4% für 6 Monate (Briere u. Gil 1998) und 0,9%

für die Zwölfmonatsprävalenz (Klonsky 2011) bewegen.

Weil SVV eng mit persönlichkeitsstrukturellen Defiziten, v. a. in der Selbst-, Affekt- und Beziehungsregulation, sowie mit psychopathologischen Störungen, insbesondere Angst, Depressivität und Dissoziation, und manifesten psychischen Erkrankungen, v. a. Persönlichkeitsstörungen, assoziiert ist (Fliege et al. 2009; Krysinska et al. 2006; Skegg 2005; Spitzer et al. 2002), findet es sich bei psychisch Kranken deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenzraten für psychiatrische Patienten betragen je nach Setting, diagnostischer Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe und Erhebungsart zwischen 6 und 80% (Andover u. Gibb 2010; Briere u. Gil 1998; Nijman et al. 1999). Während SVV bei neurotischen Patienten eher selten vorkommt, tritt es bei Patienten mit Essstörungen mit einem Anteil zwischen 25 und 44% sowie bei Abhängigkeitserkrankungen zwischen 25 und 52% auf und ist am höchsten für persönlichkeitsgestörte Patienten (Evans u. Lacey 1992; Krysinska et al. 2006; Paul et al. 2002; Sansone u. Levitt 2002; Zlotnick et al. 1999). Für Patienten mit einer BPS wird die Lebenszeitprävalenz des SVV zwischen 50 und 90% beziffert (Dulit et al. 1994; Zanarini et al. 2008). Diese erhebliche Spannweite lässt sich auf Differenzen in der Erhebungsme-

Tab. 1 Soziodemografische und klinische Merkmale der 3 Stichproben (SP) bei Behandlungsbeginn

Merkmale	SP 1	SP 2	SP 3
	%/M (±SD)	%/M (±SD)	%/M (±SD)
Weiblich	83,8%	77%	83,5%
Alter (Jahre)	31,2 (±9,2)	34,9 (±10,4)	35,3 (±7,8)
Ledig	75,8%	69,7%	68,5%
Fester Partner	38,5%	38,4%	42,2%
Abitur	37,4%	44,6%	44%
Ohne Berufsabschluss	17,9%	11,9%	14,8%
Vollzeittätigkeit	23,8%	27,1%	28,7%
AU im letzten Jahr (Wochen)	20,2 (±19,3)	17,1 (±18,1)	21,4 (±19,8)
Geringes Strukturniveau	77,5%	48,6%	77,8%
Durchschnittliches Strukturniveau	2,9 (±0,2)	2,7 (±0,3)	2,9 (±0,2)
Dauer der Hauptdiagnose (Jahre)	13,7 (±8)	15,1 (±9,2)	16,2 (±7,2)
Anzahl (n) psychischer Diagnosen	5,9 (±1,8)	4 (±1,7)	5,6 (±1,6)
Anzahl (n) somatischer Diagnosen	1,3 (±1,7)	1,4 (±1,8)	1,6 (±2)
Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	7,8 (±0,9)	7,6 (±1)	7,8 (±0,9)
Beck Depressions-Inventar-1 (BDI)	26,8 (±11,2)	22,7 (±11,3)	26,9 (±10,4)
Global Severity Index der Symptom-Checkliste 90-R	1,59 (±0,64)	1,32 (±0,66)	1,66 (±0,62)
Suizidversuch vor Aufnahme	14,7%	7,2%	11,6%
Behandlungsdauer (Tage)	63,7 (±27,8)	64,2 (±24,3)	64,9 (±27,3)

AU Arbeitsunfähigkeit.

SP 1 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS, klinisch diagnostiziert) als Haupt- oder Nebendiagnose. SP 2 Patienten mit strukturellen Störungen (exklusive BPS). SP 3 Teilstichprobe von 1 mit gesicherter BPS-Diagnose.

thodik und auf Stichprobenunterschiede (z. B. Anteil der Männer mit einer BPS, ambulant vs. stationär behandelte Patienten) zurückführen.

Während es keine spezifischen, evidenzbasierten Behandlungsmethoden für SVV gibt (Nock 2010), wurde in den beiden letzten Jahrzehnten eine Reihe von psychotherapeutischen Ansätzen zur Behandlung der BPS entwickelt, die auch und gerade Selbstschädigung als wesentliches Therapieziel fokussieren (Übersicht bei Stoffers et al. 2012). Dazu gehören u. a. die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), die Übertragungsfo-kussierte Psychotherapie (TFP) und die Schematherapie (ST). Verschiedene naturalistische und randomisierte kontrollierte Studien haben untersucht, ob diese Verfahren eine Reduktion oder das Sistieren von SVV erreichen, allerdings mit sehr heterogenen Befunden (Kliem et al. 2010; Stoffers et al. 2012). So konnten beispielsweise die erste Wirksamkeitsstudie zur TFP, die ein Prä-post-Design nutzte (Clarkin et al. 2001), und eine randomi-

sierte kontrollierte Studie („randomized controlled trial“, RCT; Doering et al. 2010) keine Veränderung in der Häufigkeit des SVV nach einem Jahr feststellen. Hingegen zeigte ein anderer RCT, dass sowohl ST als auch TFP zu einer signifikanten Reduktion von SVV nach einem Jahr führen; hierbei erwies sich die ST als der wirksamere Ansatz (Giesen-Bloo et al. 2006). Mentalisierungsbasierte Therapie, angewendet in einem tagesklinischen Setting, reduzierte den Anteil der BPS-Patienten mit SVV in den vorangegangenen 6 Monaten von 80% auf unter 40% nach 18 Monaten, während der Anteil sich selbst verletzender Patienten in der Kontrollgruppe konstant um 80% blieb (Bateman u. Fonagy 1999). Diese günstigen Effekte wurden von einer unabhängigen Arbeitsgruppe bestätigt (Bales et al. 2012). Auch bei ambulanter Anwendung der MBT konnte eine signifikante Reduktion von SVV erreicht werden: Der Anteil von BPS-Patienten mit schweren Selbstschädigungen in den vorherigen 6 Monaten sank von 78 auf 24% nach 18 Monaten; in der Kontrollgruppe betrug der Anteil initial 73% und

am Ende 43%, was einer moderaten Effektstärke entspricht ($d = 0,67$; Bateman u. Fonagy 2009). Die durchschnittliche Anzahl von Selbstverletzungshandlungen in den 6 Monaten zuvor betrug bei Studienbeginn bei den mit MBT behandelten Patienten 4,1 und lag bei Studienabschluss nach 18 Monaten bei 0,4, was einem großen Effekt entspricht ($d = 1,06$). Hingegen war der Effekt in der Kontrollgruppe mit einer strukturierten klinischen Behandlung moderat ($d = 0,63$). Am intensivsten ist bisher die DBT untersucht worden und hat über verschiedene Studien hinweg eine Reduktion von SVV mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 0,37 mit einem relativ großen 95%-Konfidenzintervall von 0,17–0,57 gezeigt (Übersicht bei Kliem et al. 2010). Diese Streuung verweist darauf, dass die Ergebnisse nicht einheitlich sind und einige Untersuchungen keine positive Wirkung von DBT auf SVV nachweisen konnten (Priebe et al. 2012; Stoffers et al. 2012).

Die genannten Verfahren wurden ursprünglich für ambulante Patienten entwickelt, finden aber auch zunehmend Eingang in die stationäre Psychotherapie, die im deutschen Versorgungssystem eine wichtige Rolle spielt. Dies gilt insbesondere für die DBT, die auch im stationären Setting eine signifikante Reduktion von SVV in einer kontrollierten Studie nachweisen konnte (Bohus et al. 2004): Von 68% der BPS-Patientinnen mit SVV in den 4 Wochen zuvor zeigten in der DBT-behandelten Gruppe nach 4 Monaten noch 38% Selbstschädigungen im Vergleich zu 69% in der Kontrollgruppe ($d = 0,66$).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für den Bereich der stationären Akutkrankenhausbehandlung verschiedene Daten zu Häufigkeit und Rückläufigkeit von SVV unter Therapie vorliegen. Hingegen gibt es diese für den Bereich der stationären Rehabilitation kaum. Eine unkontrollierte Studie an 67 BPS-Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation berichtete einen schwachen Rückgang von SVV von Therapiebeginn zu Therapieende ($d = 0,3$) und Einjahreskatamnese ($d = 0,1$; Mestel 2006). Vor diesem Hintergrund ging die vorgelegte Studie 2 Fragestellungen nach:

- Wie häufig tritt SVV bei strukturell gestörten Patienten bzw. bei BPS-Pa-

tienten in der stationären Rehabilitation auf?

- Wie verändert sich die Häufigkeit von SVV während intensiver stationärer 10-wöchiger Behandlung und wie ist das Ausmaß der Veränderung im Vergleich zu anderen relevanten Ergebnisparametern wie z. B. Depressivität oder allgemeine Symptombelastung zu werten?

Methode

Design, Stichproben und Behandlungskonzept

Die Daten dieser naturalistischen Psychotherapiestudie stammen aus der Abteilung Borderline- und andere strukturelle Störungen der HELIOS Klinik Bad Grönenbach; hier werden im Rahmen einer Routinequalitätssicherungstestbatterie alle Patienten zu Beginn und am Ende der Behandlung mit verschiedenen Instrumenten untersucht. Es wurden konsekutiv alle Patienten in die Studie aufgenommen, die zwischen Januar 2000 bis Dezember 2013 behandelt worden waren und die zudem den CUT-20-R (Mestel u. Leichsenring 2002; s. Abschn. „Instrumente“) mit „items“ zu SVV ausgefüllt hatten ($n=2634$; 90% aller aufgenommenen Patienten). Bei Therapieende machten 2065 Patienten (78,4%) Angaben zu SVV. Die Gesamtstichprobe wurde unterteilt in Patienten mit einer klinisch diagnostizierten BPS als Haupt- oder Nebendiagnose (Stichprobe 1; $n=1340$) und solche mit anderen strukturellen Störungen (Stichprobe 2; $n=1294$). Zudem wurde unsystematisch die Checkliste für Borderline-Persönlichkeitsstörungen der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; Clarkin et al. 1993) von den Therapeuten ausgefüllt, sodass aus der Stichprobe 1 Patienten mit einer gesicherten BPS extrahiert werden konnten (Stichprobe 3; $n=218$). Diese Checkliste stellt ein Fremd-Rating der 9 DSM-IV-Kriterien der BPS mit jeweils 6-stufigen Antworten von „trifft gar nicht zu“ (=1) bis „trifft völlig zu“ (=6). Falls mindestens 5 Kriterien mit einer Ausprägung ≥ 4 vorhanden sind, liegt eine BPS vor. Eine Übersicht über und ein Vergleich der soziodemografischen und kli-

Psychotherapeut 2014 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00278-014-1097-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Robert Mestel · Achim Votsmeier-Röhr · Carsten Spitzer

Selbstverletzendes Verhalten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Prävalenz und therapeutische Beeinflussbarkeit von Patienten mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen

Zusammenfassung

Hintergrund. Trotz seiner hohen klinischen Relevanz wird selbstverletzendes Verhalten (SVV) sehr uneinheitlich operationalisiert und erfasst; dies erklärt die erheblichen Schwankungen in Prävalenzschätzungen zwischen 6 und 80% für psychiatrische Stichproben. Für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird die Lebenszeitprävalenz des SVV zwischen 50 und 90% beziffert. Wirksamkeitsstudien zu spezifischen Therapieansätzen, die u. a. auf SVV abzielen, kommen ebenfalls zu uneinheitlichen Ergebnissen, die von insignifikanten Reduktionsraten bis zu großen Effektstärken reichen.

Ziel der Arbeit. Für den Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation stehen Untersuchungen zur Prävalenz und zur therapeutischen Beeinflussbarkeit von SVV bei Patienten mit BPS und anderen strukturellen Störungen aus.

Material und Methoden. Es wurden 2634 Patienten bei Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik mit verschiedenen Testinventaren, u. a. zur Erfassung von SVV, untersucht.

Von diesen konnten bei Entlassung 2065 Patienten erneut befragt werden.

Ergebnisse. Zwei Wochen vor Aufnahme hatten sich 41% der BPS-Patienten (22% andere strukturelle Patienten) verletzt. Die Reduktion von SVV im Behandlungsverlauf zeigte kleine Effektstärken ($d \leq 0,46$) und fiel geringer aus als Veränderungen in anderen Symptombereichen. Bei 86% der Patienten kam es zu einer Reduktion des SVV, bei 71% gar zu einem völligen Sistieren.

Schlussfolgerungen. Während die Prävalenzen für SVV in der stationären psychosomatischen Rehabilitation etwas geringer ausfallen als im ambulanten und stationären Akutsektor, sind die Effektstärken der Behandlung vergleichbar.

Schlüsselwörter

Verhaltenssymptome · Borderline-Persönlichkeitsstörung · Gesundheitszustandsindikatoren · Verhaltenstherapie · Behandlungsergebnis

Self-injurious behavior in inpatient psychosomatic rehabilitation. Prevalence and therapeutic influence on patients with borderline and other structural disorders

Abstract

Background. Despite a high clinical relevance, self-injurious behaviour (SIB) lacks a coherent operationalization and assessment which explains the substantial deviations in estimations of prevalence between 6% and 80% in psychiatric population samples. For patients with borderline personality disorder (BPD) the lifetime prevalence of SIB is estimated as being between 50% and 90%. Studies on the effectiveness of specific therapy approaches, which target among other things SIB, have also arrived at inconsistent results, which range from insignificant reduction rates to large effect sizes.

Aim. In the field of inpatient psychosomatic rehabilitation, there are no studies available on the prevalence and therapeutic changes of SIB in patients with BPD and other structural disorders.

Material and methods. In this study 2634 patients were assessed with several psychometric instruments on admission to a depart-

ment for psychosomatic rehabilitation and of these, 2065 were re-assessed at discharge.

Results. Of the BPD patients included in this 41% displayed SIB 2 weeks prior to admission study (22% with other structural disorders). The reduction of SIB during treatment yielded small effect sizes ($d \leq 0.46$) and was smaller than the outcomes in other symptom areas. In 86% of the patients there was a reduction of SIB and in 71% even a complete cessation of SIB.

Conclusion. Although the prevalence of SIB in inpatient psychosomatic rehabilitation is slightly lower than in the outpatient and acute inpatient sectors, the effect strengths of treatment are comparable.

Keywords

Behavioral symptoms · Borderline personality disorder · Health status indicators · Behavior therapy · Treatment outcome

Tab. 2 Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten (SVV) in den 3 Stichproben (SP)^a

Häufigkeit von SVV	SP 1	SP 2	SP 3
	Anzahl, n (Anteil, %)	Anzahl, n (Anteil, %)	Anzahl, n (Anteil, %)
Akut (in den letzten 14 Tagen)			
Nie	791 (59,0)	1002 (77,4)	127 (58,3)
1-mal/Woche	235 (17,5)	149 (11,5)	49 (22,5)
2-mal/Woche	161 (12,0)	66 (5,1)	23 (10,6)
4-mal/Woche	113 (8,4)	41 (3,2)	15 (6,9)
≥1-mal/Tag	40 (3,0)	36 (2,8)	4 (1,8)
Früher (letzte 5 bis 10 Jahre)			
Nie	416 (31,0)	759 (58,7)	67 (30,7)
1-mal/6 Monate	318 (23,7)	229 (17,7)	72 (33,0)
1-mal/Monat	250 (18,7)	116 (9,0)	38 (17,4)
1-mal/Woche	170 (12,7)	79 (6,1)	22 (10,1)
>1-mal/Woche	186 (13,9)	111 (8,6)	19 (8,7)

^a SP 1 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS, klinisch diagnostiziert) als Haupt- oder Nebendiagnose. SP 2 Patienten mit strukturellen Störungen (exklusive BPS). SP 3 Teilstichprobe von 1 mit gesicherter BPS-Diagnose. ^aAkut, d. h. in den letzten beiden Wochen vor Aufnahme, und früher, d. h. in den letzten 5 bis 10 Jahren.

nischen Merkmale der 3 Stichproben vermittelt **Tab. 1**.

Um die Veränderungen im SVV angemessen abbilden zu können, wurden die Patienten ausgewählt, bei denen bei Aufnahme und Entlassung vollständige Datensätze vorlagen (n=2065; 78,4% der Gesamtstichprobe). Die Patienten wurden im Mittel 73,4 Tage behandelt (SD =17,3). Es beendeten 92,1% die Behandlung regulär, 4,6% brachen im Einverständnis zwischen Therapeut und Patient ab, und bei den verbleibenden 3,3% lagen andere Gründe vor.

Das Behandlungskonzept in der Abteilung für strukturbezogene Rehabilitation wird als integrativ auf psychodynamischer Grundlage verstanden, mit Elementen der strukturbezogenen Psychotherapie, der Schematherapie, der Vertragstherapie und dem Fertigkeitentraining (Von Wahlert u. Votsmeier-Röhr 2009). Der Therapieprozess erfolgt sequenziell. Bezüglich des SVV wird in einem Nichtselbstverletzungsvertrag nach der Beschreibung des konkreten destruktiven Verhaltens die üblicherweise vorausgehende äußere oder innere Situation analysiert und der Vermeidungsaspekt benannt. Anschließend werden alternative, ressourcenorientierte Verhaltensschritte für die vorausgehende Auslösesituation erarbeitet, um das SVV gar nicht erst eintreten zu lassen. Für den Fall eines Vertragsbruchs durch SVV bzw. die Nichteinhaltung der alter-

nativen Verhaltensschritte werden „positive“, problemlösende Sanktionen vereinbart. Eine solche „positive“ Sanktion wäre z. B., ein persönliches Gespräch bei einem Spaziergang zu führen. Das Gespräch zu führen, wäre für den Patienten eine Sanktion, wenn er es beispielsweise nicht freiwillig machen würde (z. B. aufgrund eines depressiven sozialen Rückzugsstrebens). Andererseits bringt ihn die Sanktion weiter in der Befriedigung seines Grundbedürfnisses z. B. nach Nähe und für die Selbstwerterhöhung. So haben sowohl das Einhalten als auch das Brechen des Vertrags immer einen therapeutischen Effekt. Durch die Einlösung der Sanktion werden die Selbstverpflichtung und das therapeutische Arbeitsbündnis wiederhergestellt. Nur die Weigerung, mit dem bestehenden Vertrag zu arbeiten, stellt das Arbeitsbündnis und damit die Fortsetzung der Therapie infrage.

Instrumente

Bei Aufnahme und Entlassung werden routinemäßig allen Patienten folgende Verfahren vorgegeben: Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS; Schepank 1995), Beck Depressions-Inventar-1 (BDI; Hautzinger et al. 1995), Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R; Franke 2002), Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-D; Horowitz et al. 2002), Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen Kurzform (FDS-

20; Spitzer et al. 2015) und CUT-20-R (Mestel u. Leichsenring 2002) sowie im Fall einer bekannten Traumatisierung der revidierten Fassung der Impact of Event Scale (IES-R; Maercker u. Schützwohl 1998).

Die CUT-20-R stellt eine änderungssensitive Borderline-Symptombelastungsskala dar, die die 20 trennschärfsten Items des Borderline-Persönlichkeits-Inventars (BPI; Leichsenring 1997) umfasst und als diagnostisches Verfahren sowie zur Verlaufsmessung eingesetzt werden kann. Zu diagnostischen Zwecken werden die Merkmale SVV und Suizidalität, bezogen auf die letzten 5 bis 10 Jahre, abgebildet und bei der änderungssensitiven Variante bezogen auf die letzten 2 Wochen.

Zusätzlich werden bei Aufnahme soziodemografische und behandlungsrelevante Informationen mithilfe einer Psycho-Bado-PTM-Basisdokumentation (Von Heymann et al. 2003) erfasst. Darüber hinaus werden alle Patienten hinsichtlich ihres Strukturniveaus und ihrer vorherrschenden Konflikte gemäß Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik (OPD, Arbeitskreis OPD 2006) eingeschätzt.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Computerprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS, Version 20.0). Als primäres Ergebnismaß wurden die Häufigkeit von SVV (gemessen mit dem CUT-20-R) und dessen Veränderung im Therapieverlauf analysiert. Sekundäre Ergebnismaße waren die Reduktion in den anderen psychometrischen Instrumenten. Der Vergleich zwischen Patientengruppen erfolgte je nach Datenstruktur mit dem χ^2 -Test oder Varianzanalysen (ANOVA). Differenzen zwischen Aufnahme und Entlassung in den diversen Ergebnismaßen wurden mithilfe des t-Tests für verbundene Stichproben auf Signifikanz geprüft. Die korrespondierende Effektstärke wurden nach der folgenden Formel berechnet:

$$d = (M_{\text{Aufnahme}} - M_{\text{Entlassung}}) / SD_{\text{Aufnahme}}$$

Als Signifikanzniveau war ein $p < 0,05$ gefordert.

Tab. 3 Mittelwerte bei Aufnahme und Entlassung sowie korrespondierende Effektstärken (d) für aktuelles selbstverletzendes Verhalten und andere Ergebnismaße im Vergleich über die 3 Stichproben (SP)

	SP 1				SP 2				SP 3			
	Anzahl (n)	Mittelwert	Standardabweichung	d	Anzahl (n)	Mittelwert	Standardabweichung	d	Anzahl (n)	Mittelwert	Standardabweichung	d
SVV _{prä}	1015	0,79	1,12	0,46	1050	0,44	0,94	0,25	170	0,69	0,99	0,41
SVV _{post}	1015	0,28	0,67		1050	0,20	0,61		170	0,28	0,62	
CUT _{prä}	1015	34,85	13,47	0,83	1050	27,13	13,07	0,66	170	36,38	12,85	0,93
CUT _{post}	1015	23,72	13,64		1050	18,45	12,52		170	24,41	13,69	
BSS _{prä}	936	7,84	0,95	1,74	816	7,59	0,97	1,86	160	7,82	0,96	1,78
BSS _{post}	936	6,19	1,47		816	5,79	1,42		160	6,10	1,45	
BDI _{prä}	1033	26,84	10,91	1,12	1070	22,73	10,95	0,99	172	26,34	9,92	1,18
BDI _{post}	1033	14,65	10,44		1070	11,84	9,23		172	14,62	9,61	
GSI _{prä}	1035	1,60	0,63	0,79	1066	1,33	0,65	0,65	173	1,65	0,61	0,86
GSI _{post}	1035	1,10	0,65		1066	0,91	0,60		173	1,12	0,65	
IIP _{prä}	1034	2,08	0,44	0,73	1068	1,95	0,47	0,62	170	2,15	0,40	0,82
IIP _{post}	1034	1,77	0,54		1068	1,66	0,54		170	1,82	0,51	
FDS _{prä}	1012	24,94	17,68	0,76	1045	16,83	16,20	0,50	170	24,48	18,15	0,49
FDS _{post}	1012	11,53	16,21		1045	8,73	13,72		170	15,66	18,09	
Intru _{prä}	635	19,74	9,57	0,26	524	18,41	10,04	0,29	105	19,04	9,60	0,20
Intru _{post}	635	17,22	9,41		524	15,49	9,28		105	17,08	9,80	
Verm _{prä}	638	23,84	9,35	0,36	524	20,87	9,93	0,31	107	25,02	9,17	0,45
Verm _{post}	638	20,48	9,69		524	17,80	10,09		107	20,86	9,55	
Über _{prä}	638	20,76	8,13	0,58	524	19,64	8,44	0,59	107	20,49	7,60	0,50
Über _{post}	638	16,06	8,89		524	14,64	8,74		107	16,67	8,98	

BDI Beck Depressions-Inventar, BSS Beeinträchtigungs-Schwere-Score, CUT CUT-20-R (Borderline-Symptomskala als Kurzform des Borderline-Persönlichkeits-Inventars, FDS Kurzform des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen, GSI Global Severity Index (SCL-90-R), IIP Inventar Interpersoneller Probleme, Intru Intrusionskala der Impact of Event Scale (IES-R), post Therapieende, prä Therapiebeginn, SVV Selbstverletzung in letzten 2 Wochen, Über Übererregungsskala der IES-R, Verm, Vermeidungsskala der IES-R.

Ergebnisse

Die Prävalenz von SVV in der hier untersuchten Stichprobe ist in **Tab. 2** zusammengefasst. Akute Selbstverletzungen in den letzten 2 Wochen vor Aufnahme (mindestens 1-mal/Woche) gaben 41–42% der Patienten mit BPS-Patienten an und damit fast doppelt so häufig im Vergleich zu knapp 23% der Patienten mit anderen strukturellen Störungen. Über alle 3 Stichproben hinweg berichteten 2–3% der Patienten von SVV einmal täglich oder häufiger.

In den letzten 5 bis 10 Jahren vor Aufnahme gaben knapp 70% der BPS-Patienten SVV an und 41% der sonstigen strukturell gestörten Patienten (untere Hälfte von **Tab. 2**). Unabhängig von der diagnostischen Zuordnung verletzten sich in diesem Zeitraum 9–14% der Patienten häufiger als einmal/Woche. Bei den Patienten mit einer gesicherten BPS-Diagnose fand sich gemäß Therapeutenurteil

das Kriterium „Suizidalität oder SVV“ bei 73%.

Wie aus **Tab. 3** ersichtlich, war das Behandlungsprogramm über eine Vielzahl von relevanten Ergebnisparametern effektiv. Weil sämtliche Vergleiche der Aufnahme- und Entlassungswerte eine hochsignifikante Besserung ergaben ($p < 0,001$), werden ausschließlich die korrespondierenden Effektstärken referiert, weil damit die praktische Relevanz besser zu beurteilen ist. Für die Stichprobe 1 (BPS als klinische Haupt- oder Nebendiagnose) fand sich bezüglich des Rückgangs des aktuellen SVV ein kleiner Effekt ($d = 0,46$) und für die Patienten mit einer gesicherten BPS ebenso ($d = 0,41$). Hingegen war in der Gruppe der Patienten mit anderen strukturellen Störungen mit $d = 0,25$ allenfalls ein kleiner Effekt erkennbar, der nur wenig über Spontanremissionseffektstärken lag, die auf $d = 0,1$ geschätzt werden (Leichsenring u. Rabung 2006). Im Unterschied dazu waren die Veränderungen der gesamten Borderline-Symptoma-

tik (gemessen mit dem Cut-20-R) stärker ausgeprägt und zeigten mittlere bis große Effektstärken ($0,66 < d < 0,93$).

Noch größere Effekte fanden sich für die Beeinträchtigungsschwere gemäß Fremdbeurteilung für alle 3 Gruppen ebenso für die selbstbeurteilte Depressivität (BDI). Mittlere Effektstärken ergaben sich für die psychische Symptombelastung (GSI der SCL-90-R), für dissoziative Phänomene (FDS-20) und für das Ausmaß interpersoneller Probleme (IIP). Die Traumafolgesyndrome *Intrusionen* und *Vermeidung* (gemessen mit dem IES-R) besserten sich nur mit kleiner Effektstärke, und die Skala *Übererregung* zeigte eine mittlere Effektstärke. Werden die 3 Stichproben miteinander verglichen, ergab sich für die 2 BPS-Stichproben eine etwas stärkere Besserung als für die Patienten mit anderen strukturellen Störungen.

Weil die CUT-20-R SVV nur mit einem mehr oder weniger reliablen Item auf ordinalem Skalenniveau erfasst, erscheint es sinnvoll, neben der Effektstärke die kon-

kreten Häufigkeitsveränderungen zu betrachten. Von den 2065 Patienten, die die Therapie beendeten, zeigten anfänglich 667 SVV (32,3%). Bei 571 (85,6%) kam es zu einer Reduktion des SVV im Therapieverlauf, bei 474 (71,1%) gar zu einem völligen Sistieren. Bei 96 (14,4%) der initialen Selbstverletzer blieb die Symptomatik gleich oder verschlechterte sich. Erwähnenswert ist weiterhin, dass von 1398 Patienten ohne SVV in den 2 Wochen vor Aufnahme 129 (9,2%) SVV bei Behandlungsende berichteten.

Diskussion

Die hier berichteten Häufigkeiten von SVV in den vergangenen 5 bis 10 Jahren bei Patienten mit BPS in der psychosomatischen Rehabilitation lagen mit 70% unter den Werten von bis zu 90%, die für Borderline-Patienten in der stationären Akutversorgung angegeben werden (Übersicht bei Zanarini et al. 2008). Die akute SVV-Prävalenz der letzten 2 Wochen betrug für Patienten mit BPS in der vorgestellten Studie 42%. Im Vergleich dazu berichtet eine andere Untersuchung für den stationären Krankenhausbereich eine Vierwochenprävalenz von 68% (Bohus et al. 2004). Wird SVV als Schweregradindikator verstanden, kann aus diesen Gegenüberstellungen vorläufig geschlossen werden, dass BPS-Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation etwas weniger schwer beeinträchtigt sind als jene in psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Akutkliniken.

Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen niedrigem Strukturniveau und SVV besteht (Fliege et al. 2009; Spitzer et al. 2002), gibt es kaum Zahlen zur Häufigkeit von Selbstverletzungen bei dieser Patientengruppe unabhängig bzw. jenseits einer BPS-Diagnose. Zu dieser Thematik erlauben die vorliegenden Befunde erstmalig eine Aussage im Setting der psychosomatischen Rehabilitation: Die Prävalenz von SVV bei Patienten, die nicht an einer BPS, sondern an anderen Persönlichkeitsstörungen leiden, betrug in den letzten 5 bis 10 Jahren gut 55% und für die beiden Wochen vor Aufnahme knapp 32%. Diese hohen Werte verdeutlichen auch, wie wichtig die Diagnostik von SVV bei Patienten ohne BPS ist.

In der Teilstichprobe der Patienten mit einer gesicherten BPS konnte zudem gezeigt werden, dass die Prävalenz von SVV, beurteilt von Psychotherapeuten im DSM-IV-Diagnoseinterview, und die Selbsteinschätzung in den letzten 5 bis 10 Jahren mithilfe des CUT-20-R mit etwa 70% vergleichbar hoch liegen. Da die beiden Datenquellen unabhängig voneinander erhoben wurden, spricht dies für eine gewisse Validität der SVV-Selbstauskünfte. Dies ist insofern wichtig, als dass diagnostische Instrumente mit nur einem Item im Unterschied zu Verhaltenschecklisten oder ausführlichen Interviews die Prävalenz eher unterschätzen (Muehlenkamp et al. 2012).

Die generelle Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitation wird durch diese Ergebnisse abermals bestätigt und ist vergleichbar mit den Effekten, die aus der psychotherapeutischen Akutkrankenhausbehandlung berichtet werden (Liebherz u. Rabung 2013). Auffällig ist dabei, dass v. a. für depressive und allgemeine psychopathologische Störungen – unabhängig von der Diagnose – hohe Effekte erzielt werden, während für die dissoziativen Phänomene, interpersonellen Probleme und die Borderline-Symptomatik mittlere Effekte zu konstatieren sind. Hingegen ergaben sich für akutes SVV (d. h. Auftreten in den vergangenen 2 Wochen) ebenso wie für posttraumatische Syndrome in den BPS-Gruppen nur kleine Effekte von $d = 0,41$ – $0,46$. Dies entspricht den Ergebnissen einer früheren Studie mit 67 BPS-Patienten (Mestel 2006) und ist insofern ernüchternd, als dass die Effektstärke derselben Patienten im Vergleich der Aufnahme- und Einjahreskatamnesewerte auf $d = 0,1$ absank und somit praktisch auf dem Niveau lag, das für Spontanremissionen angenommen wird (Leichsenring u. Rabung 2006). In der einzigen weiteren stationären Studie in einem Akutkrankenhaussetting, allerdings mit einer DBT-Behandlung, ergaben sich wenigstens mittlere Effektstärken. Betrachtet man jedoch die Literatur über ambulante SVV-Psychotherapieergebnisstudien mit mittleren Effektstärken von $d = 0,37$ für die DBT, der fehlenden Wirksamkeit von TFP, der durchwachsenen Wirksamkeit von MBT und von ST, dann fügen sich die vorgestellten Befunde

aus der psychosomatischen Rehabilitation in diese Literatur ein. Jenseits der dimensional Betrachtung zeigen die Veränderungen in den absoluten Häufigkeitsangaben zum SVV insofern erfreuliche Effekte, als dass von den Patienten mit SVV bei Aufnahme knapp 86% eine Reduktion und von 71% gar kein SVV in den 2 Wochen vor Entlassung angegeben wurde.

Die Veränderung von SVV während einer durchschnittlich 10-wöchigen stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung zu untersuchen, unterliegt diversen methodischen Einschränkungen, die abschließend diskutiert werden sollen. So könnten Patienten bei Therapieende tatsächlich vorliegende SVV dissimulieren und nicht im Fragebogen angeben, weil sie beispielsweise den Therapeuten nicht kränken, sich selbst nicht beschämen oder den Therapieerfolg nicht schmälern möchten. Zudem soll auf Verzerrungen durch Selektions- und Stichprobeneffekte der Studie hingewiesen werden, die nur mithilfe sorgfältiger Analysen von Früh- und Spätabbrechern sinnvoll zu beurteilen sind. Auch ist zu fragen, ob die eingesetzten Verfahren zur Erfassung von SVV ausreichend änderungssensitiv sind.

Fazit für die Praxis

Gut jeder 2. Patient mit einer strukturellen Störung und 70% der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verletzen sich in den 5 bis 10 Jahren vor einer Untersuchung selbst, etwa 10% beider Gruppen wöchentlich. Kurzfristig wird durch integrative stationäre psychotherapeutische Behandlung (ob im akuten oder rehabilitativen Setting) eine Halbierung der Quote der Patienten mit SVV erreicht. Dies entspricht in etwa den Raten, die in der Literatur für das ambulante Setting berichtet werden. Ein wichtiges Ziel zukünftiger Forschungsbemühungen besteht darin, den Verlauf von SVV in längerfristigen Katamnesen zu untersuchen und die therapeutischen Bemühungen um eine weitere Reduktion von SVV zu intensivieren.

Korrespondenzadresse

Dr. Robert Mestel

HELIOS Kliniken Bad Grönenbach
Seb. Kneipp Allee 3a/5, 87730 Bad Grönenbach
robert.mestel@helios-kliniken.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Robert Mestel, Achim Votsmeier-Röhr und Carsten Spitzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

- Andover MS, Gibb BE (2010) Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res* 178:101–105
- Arbeitskreis OPD (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, Bern
- Bales D, Beek N van, Smits M et al (2012) Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *J Pers Disord* 26:568–582
- Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563–1569
- Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166:1355–1364
- Bohus M, Haaf B, Simms T et al (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42:487–499
- Borschmann R, Hogg J, Phillips R, Moran P (2012) Measuring self-harm in adults: a systematic review. *Eur Psychiatry* 27:176–180
- Briere J, Gil E (1998) Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 68:609–620
- Clarkin JF, Hull J, Hurt SW (1993) Factor structure of borderline personality disorder criteria. *J Pers Disord* 7:137–143
- Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN et al (2001) The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord* 15:487–495
- Doering S, Hörz S, Rentrop M et al (2010) Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196:389–395
- Dulit RA, Fyer MR, Leon AC et al (1994) Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 152:1305–1311
- Evans C, Lacey J (1992) Multiple self-damaging behaviors among alcoholic women: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 161:643–647
- Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF (2009) Risk factors and correlates of deliberate self-harm behaviour: a systematic review. *J Psychosom Res* 66:477–493
- Franke GH (2002) SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version. Manual, 2. Aufl. Weinheim, Beltz
- Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P et al (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63:649–658
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch, 2. Aufl. Huber, Bern
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (2002) Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version (IIP-D), 2. Aufl. Beltz, Weinheim
- Kliem S, Kroger C, Kosfelder J (2010) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modelling. *J Consult Clin Psychol* 78:936–951
- Klonsky ED (2011) Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med* 41:1981–1986
- Krynska K, Heller TS, De Leo D (2006) Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 19:95–101
- Leichsenring F, Rabung S (2006) Change norms: a complementary approach to the issue of control groups in psychotherapy outcome research. *Psychother Res* 16:604–616
- Leichsenring F (1997) Borderline-Persönlichkeits-Inventar. Testmanual. Hogrefe, Göttingen
- Liebherz S, Rabung S (2013) Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psych Med* 63:355–364
- Maercker A, Schützwohl M (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event-Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica* 2:130–141
- Martin G, Swannell SV, Hazell PL et al (2010) Self-injury in Australia: a community survey. *Med J Aust* 193:506–510
- Mestel R, Leichsenring F (2002) Entwicklung einer änderungssensitiven Kurzska zur Erfassung der Borderline-Symptomatik: CUT-20-R. In: Meer E Van der, Hagendorf H, Beyer R, Krüger F, Nuthmann A, Schulz S (Hrsg) 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Papst, Lengerich, S 365
- Mestel R (2006) Ein-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei Borderline-Patienten. *Nervenarzt (Suppl 3)*:287
- Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL (2012) International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 6:10
- Nijman HL, Dautzenberg M, Merckelbach HL et al (1999) Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 14:4–10
- Nock MK (2010) Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 6:339–363
- Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO (2002) Self-injurious behaviour in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 159:408–411
- Priebe S, Bhatti N, Barnicot K et al (2012) Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 81:356–365
- Sansone RA, Levitt JL (2002) Self-harm behavior among those with eating disorders. *Eat Disord* 10:205–213
- Schepank H (1995) Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Beltz, Weinheim
- Skegg K (2005) Self-harm. *Lancet* 366:1471–1483
- Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ (2002) Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52:392–397
- Spitzer C, Stieglitz RD, Freyberger HJ (2015) Der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS), 3. Aufl. Huber, Bern
- Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G et al (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 8:CD005652
- Swannell SV, Martin GE, Page A et al (2014) Prevalence of non-suicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav* 44:273–303
- Von Heymann F, Zaudig M, Tritt K (2003) Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 62:209–221
- Von Wahlert J, Votsmeier-Röhr A (2009) Grönenbacher Modell: Rehabilitationskonzept für die Behandlung von Menschen mit Borderline- und anderen strukturellen Störungen. In: Fabian E, Dulz B, Martius P (Hrsg) Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart, S 155–176
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al (2008) The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 117:177–184
- Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M (1999) Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 187:296–301