

Cornelie Baumgärtner  
Dr. sc. hum.

## **Psychopathologie, Psychodynamik und Katamnese bei Patienten mit Selbstverletzungen**

Geboren am 25. 03. 1964 in Halle/Saale  
Staatsexamen am 29. 06. 1989 an der Humboldt-Universität zu Berlin  
Diplom der Fachrichtung Klinische Psychologie am 29. 06. 1989 an der Humboldt-Universität zu Berlin

Promotionsfach: Psychosomatik  
Doktorvater: Prof. Dr. med. Dipl. Psych. R. Verres

Es wurden 18 Patienten (3 Männer und 15 Frauen) mit selbstverletzendem Verhalten untersucht. Das soziodemographische Profil und psychopathologische Merkmale von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten sollten beschrieben werden. Basierend auf einer qualitativen Analyse von Interviewdaten sollten außerdem psychodynamische Aussagen zu biographischen Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren, zu charakteristischen symptomauslösenden Situationen und zur Beziehungsgestaltung in der Arzt-Patienten-Beziehung gemacht werden. Es ergaben sich folgende Resultate:

In unserer Stichprobe von Selbstverletzungspatienten diagnostizierten wir verschiedene *selbstverletzende Symptome* unterschiedlichen Schweregrades, offene (n = 15) sowie auch heimliche (n = 3) Selbstverletzungen. Die selbstverletzende Symptomatik trat erwartungsgemäß im Kontext verschiedener *Diagnosen* auf, wobei in unserer Stichprobe in fast allen Fällen (16 von 18) eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen festzustellen war, darunter gehäuft narzißtische (n = 4) oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen (n = 8).

Wir konstatierten bei den Patienten mit Selbstverletzungen anamnestisch eine Häufung von assoziierten psychopathologischen Merkmalen (Depressivität, Suizidalität, Eßstörungen, Suchtverhalten), kindliche Traumatisierungen (körperliche Mißhandlung, sexueller Mißbrauch, gehäuft Operationen und Krankenhausaufenthalte), eine signifikant *höhere lebenslange psychische Beeinträchtigung* der Selbstverletzungspatienten im Vergleich mit den übrigen Psychotherapiepatienten. Im Beschwerdefragebogen SCL-90-R beschrieben die Selbstverletzungspatienten insgesamt eine *höhere Beeinträchtigung durch körperliche und seelische Beschwerden* als die Normalbevölkerung und unterschieden sich in einigen Skalenwerten (Aggressivität/Feindseligkeit, Psychotizismus, PST-Wert) dabei noch einmal von Psychotherapiepatienten ohne dieses Symptom. Auch hinsichtlich *Partnerschaft und Objektbeziehungen* erwiesen sich die Selbstverletzungspatienten als signifikant schwerer gestört.

Eine *Reinszenierung der Beziehungserfahrungen mit den primären Objekten* in der therapeutischen Beziehung konnten wir in unserer Untersuchung bestätigen. Wir fanden bei den Patienten mit selbstverletzender Symptomatik aggressives, manipulierendes, anklammerndes, distanzierendes Verhalten sowie unvorhersehbare Wechsel mit zugewandtem

Verhalten; bei den Therapeuten intensive negative Gegenübertragungsgefühle, die kontrolliert werden müssen. Die Triangulierung der Beziehung zwischen Behandler und Patient in Form von Teambesprechung und –supervision, Balintarbeit und Einzelfallsupervision ist von entscheidender Wichtigkeit und sollte schon in der Vorphase der psychotherapeutischen Behandlung beginnen.

Der einfühlsamen *Exploration* des Patienten zu seiner Lebenssituation und möglichen psychodynamischen Zusammenhängen kommt hohe Bedeutung zu. Unsere Untersuchung belegt, daß bei geeigneter Fragetechnik die für Diagnostik und Indikationstellung notwendigen Informationen in den Selbstaussagen der Patienten enthalten sind: Die qualitative Auswertung der geführten Interviews ergab wichtige biographische *Vulnerabilitätsfaktoren*. Die *Mütter* der späteren Patienten wurden als überfordert, desinteressiert und ablehnend bzw. emotional übergriffig erlebt. Ihre *Väter* schilderten die Patienten ebenfalls als häufig krank, grenzüberschreitend (aggressiv/brutal, z. T. sexuell mißbrauchend), streng leistungsfordernd und ansonsten desinteressiert. In ihrer *Kindheit* erlebten die Patienten neben Ablehnung gehäuft Verluste wichtiger Bezugspersonen, Grenzüberschreitungen im Rahmen von Krankheit und deren Behandlung und Überforderung. Es konnten in einzelnen Fällen auch *protektive Faktoren* beschrieben werden: Halt und Geborgenheit durch die Mutter bzw. eine gute Beziehung zum Vater, Bestätigung im Leistungsbereich, *positive Bindungserfahrung* in der Beziehung zu einer emotional bedeutsamen Person in der weiteren Verwandtschaft oder außerhalb der Familie. Als symptomauslösende *Versuchungs-Versagungs-Situation* konnten am häufigsten *Trennungs- und Kränkungs-situationen* interpretiert werden.

Wir finden in unserer Stichprobe zwei psychodynamisch voneinander abgrenzbare *Subgruppen* von Selbstverletzungspatienten: Eine Untergruppe von 7 Frauen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und größtenteils schwerer selbstverletzende Symptomatik ist in einem existentiell bedrohlichen Mangelmilieu mit heftiger emotionaler Ablehnung und körperlich invasiven Grenzüberschreitungen aufgewachsen. In der anderen, diagnostisch und psychodynamisch heterogener strukturierten Untergruppe befinden sich 11 Patienten mit Erfahrungen von vorrangig emotionalem Mangel und Übergriffigkeit, die nach diesen Ergebnissen ebenfalls als dramatische Deprivationserfahrungen gewertet werden müssen.

Zwei Jahre nach Abschluß der stationären Psychotherapie wurden die Patienten mit selbstverletzendem Verhalten in einer *katamnestic* Untersuchung zu ihren Therapieerfahrungen befragt. Sieben der insgesamt zehn nachuntersuchten Patienten, darunter mehrere Patienten mit langjährigen schweren Selbstverletzungen bzw. mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erreichten im Ergebnis eine anhaltende Verbesserung bezüglich ihrer Symptomatik und bezüglich ihrer emotionalen Befindlichkeit. Die Chancen auf einen ausreichender Behandlungserfolg erhöhen sich bei guter Veränderungsmotivation in langfristiger Behandlung, wobei ambulant-stationäre Intervall-Behandlung sich als günstig erweisen dürfte.