

K. Leithner, P. Schuster, E. Etzersdorfer, E. Presslich-Titscher
und K. Schmidt

Schwierige PatientInnen: PatientInnen mit chronischer Selbstbeschädigung

Zusammenfassung PatientInnen mit chronischer Selbstbeschädigung stellen eine Gruppe schwieriger PatientInnen dar, die häufig wenig zu einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung motiviert sind. Nach dem Versuch einer klinischen Einteilung wird auf ein psychoanalytisches Konzept zur Psychodynamik selbstverletzenden Verhaltens eingegangen. Abschließend wird das Schema der KOMEPP (Kontext orientierte Modellentwicklung bei einer Psychotherapieplanung) vorgestellt und mögliche therapeutische Probleme im Umgang mit dieser schwierigen PatientInnengruppe diskutiert.

Schlüsselwörter: Chronische Selbstbeschädigung, Psychotherapie.

Patients with chronic self-mutilation behavior

Abstract Patients with self mutilation behavior represent a group of difficult patients, who are often less motivated for psychiatric or psychotherapeutic treatment. After attempting a clinical classification we discuss a psychoanalytical, psychodynamic concept of self-mutilation behavior. Finally a new concept (KOMEPP) of a context oriented development of models for planning psychotherapy is presented and different psychotherapeutic problems dealing with this special group of patients are discussed.

Keywords: Self-mutilation behavior, psychotherapy.

Automutilations chroniques: des patient/es difficiles

Résumé Lorsqu'un/e patient/e se blesse volontairement, son environnement proche a de multiples réactions émotionnelles: consternation, sentiment d'impuissance, horreur et peur.

Du fait que les patient/es souffrant de sérieux troubles de la personnalité représentent une proportion croissante de la clientèle des institutions, mais aussi des cabinets de psychothérapie, la question de savoir comment gérer adéquatement les évolutions chroniques dans lesquelles les patients s'automutilent gagne en importance. Avant d'accepter de traiter ce genre de patient en ambulatoire et dans le cadre d'un cabinet privé, il faut poser un diagnostic clair et définir sans équivoque le contexte du traitement.

Nous traitons ci-dessous de la manière dont une psychothérapie peut être planifiée en fonction de l'élaboration d'un modèle tenant compte de son contexte. Cette approche doit permettre de préparer le traitement de patients difficiles en associant à sa planification leur environnement familial et psychosocial, ceci durant l'élaboration du modèle et le projet de psychothérapie déjà.

La manière dont Herpertz et Sass (1994) proposent de définir l'automutilation chronique nous semble utile:

“Par automutilation chronique manifeste, on entend toutes les blessures physiques que le/la patient/e

s'inflige, exception faite de celles qui visent à entraîner la mort. Le patient comme ses proches savent que c'est celui-ci qui a causé la blessure.” Cette définition exclut les comportements qui ont des effets néfastes indirects (fumer, par ex.), ainsi que l'abus de nourriture ou de boissons nuisibles à la santé.

Du point de vue clinique, on effectue une distinction entre des formes relativement peu sérieuses (coupures superficielles, petites brûlures, égratignures, morsures, coups sur la tête ou les extrémités, manipulation de plaies, brûlures causées par des substances alcalines ou acides, trichotilomanie, extraction d'ongles etc.) et d'autres formes plus graves (ablation de l'oeil, castration, mutilation des mamelons, amputation d'une extrémité).

De notre point de vue, il faut inclure dans cette catégorie diagnostique les comportements autodestructeurs qui provoquent des atteintes physiques: infection ou lésions dermiques artificielles, saignements, ainsi que les hypo- et hyperglycémies provoquées sciemment par des patients diabétiques, etc.

Le service de traitement ambulatoire des automutilations chroniques établi dans le cadre de la Clinique universitaire de psychologie des profondeurs et de psychothérapie de l'Université de Vienne a développé un schéma, sur la base duquel une psychothérapie peut être planifiée – la “Kontextorientierte Modellen-

entwicklung bei einer Psychotherapieplanung", KOMEP (Schuster et al., 1998, en préparation). L'utilisation de ce schéma permet souvent de créer les conditions rendant possible l'offre d'un traitement psychothérapeutique à ce groupe de patients difficiles.

Lors du processus menant à un premier entretien on tente de définir, avec le/la patient/e, les variables qui vont favoriser le traitement. La discussion des problèmes se fait sur des bases multiprofessionnelles et multiécoles et tente de saisir les points saillants du contexte. Ceci implique que les professionnels qui se sont déjà occupés du patient (médecins, assistantes sociales, psychothérapeutes) et les personnes appartenant à son contexte social (famille, enseignants, assistants sociaux etc.) collaborent directement à l'élaboration d'un modèle de psychothérapie. Durant la phase qui précède la planification du traitement, toutes les personnes faisant partie de l'environnement du patient participent donc à la discussion, ce qui permet de préparer un modèle individuel de traitement.

Une planification soigneuse de la psychothérapie permet ensuite d'appliquer ce modèle. Les patient/es souffrant de sérieux troubles de la personnalité sont souvent incapables de gérer la thérapie. Lorsque des

problèmes se présentent dans leur environnement social, leur famille, avec leurs enfants, etc. ce sont souvent une assistante sociale ou un médecin qui assument cette fonction. L'unique possibilité de mener une psychothérapie avec ces patients difficiles implique fréquemment que l'on confie à une personne 'externe' la tâche de gérer le traitement, de le coordonner et de servir de 'centre de décision'.

Du point de vue de son contenu, nous considérons qu'une thérapie d'orientation psychanalytique doit viser à mettre en évidence les aspects ayant une fonction psychologique qui sont contenus dans les actes d'automutilation. Le patient qui se voyait contraint d'agir (dans un sens destructif) doit pouvoir faire l'expérience de et verbaliser ces contenus, découvrant leur signification dans le cadre d'une interaction avec le thérapeute. Initialement, il va sans doute refuser cette signification; mais en cours de thérapie, elle pourra être intégrée dans l'ensemble de sa personnalité.

Du fait que les patient/es dont nous parlons souffrent souvent de graves troubles de la personnalité, les pronostics ne peuvent pas être trop optimistes – et pourtant une psychothérapie à long terme représente souvent la seule chance de traitement.

Einleitung

Selbstverletzendes Verhalten einer PatientIn löst bei ihrer Umwelt immer eine Vielzahl verschiedener Emotionen wie Betroffenheit, Hilflosigkeit, Schrecken und Angst aus.

Da PatientInnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen einen zunehmend größeren Anteil derer ausmachen, die nicht nur in Institutionen, sondern auch im Rahmen einer privaten Praxis psychotherapeutische Hilfe suchen, gewinnt auch die Frage nach einem adäquaten psychotherapeutischen Umgang mit chronischen Selbstbeschädigungshandlungen an Bedeutung.

PatientInnen, die sich selbst immer wieder Verletzungen zufügen oder auch mit ihrer organischen Erkrankung in selbstgefährdender Weise umgehen (z.B. chronisch hohe/niedrige Blutzuckerwerte bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus) stellen die behandelnde PsychotherapeutIn vor eine Vielzahl von Problemen. Die Entscheidung, eine PatientIn mit schweren selbstdestruktiven Handlungen in einem ambulanten Setting im Rahmen einer privaten Praxis psychotherapeutisch zu behandeln, erfordert eine genaue diagnostische Abklärung und die Festsetzung klarer Rahmenbedingungen.

Die kontextorientierte Modellentwicklung bei der Planung einer Psychotherapie, die im folgenden näher erläutert werden soll, stellt einen Versuch dar, das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung mit schwierigen PatientInnen durch Einbeziehung des familiären und psychosozialen Umfeldes bereits in der Phase der Psychotherapiemodellentwicklung und Therapieplanung zu ermöglichen.

Aus der Konfrontation im Rahmen der klinischen Praxis scheint es notwendig, sich mit den theoretischen

Hintergründen und klinischen Möglichkeiten eines psychotherapeutischen Umgangs mit selbstschädigenden Handlungen von PatientInnen auseinanderzusetzen.

Definition

Als brauchbare Definition erscheint uns die von Herpertz und Saß (1994) vorgeschlagene:

„Unter offener chronischer Selbstbeschädigung werden selbst zugefügte, direkte körperliche Verletzungen verstanden, die nicht gezielt lebensbedrohlich sind. Dem Patienten und seiner Umgebung ist klar, daß der Patient der Urheber der körperlichen Schädigung ist.“

Indirekte selbstschädigende Verhaltensweisen wie zum Beispiel Rauchen sowie gesundheitsgefährdende Ess- und Trinkgewohnheiten werden in diese Definition nicht miteingeschlossen.

Abzugrenzen ist das „Mimikry-Phänomen“ (Plassmann et al., 1986), das PatientInnen mit heimlichen selbstinduzierten körperlichen Erkrankungen bezeichnet. Die heimlich selbstinduzierte körperliche Erkrankung ist als Symptomhandlung einer psychischen Problematik zu sehen wobei wesentliche Tendenzen zu pathologischem Lügen oder zur Antisozialität fehlen.

Im Gegensatz dazu versteht man unter dem „Münchhausen-Syndrom“ absichtliches Vortäuschen, „Hochstapeln“ eines Krankheitsbildes einhergehend mit phantasierter oder manipulierter Symptomatik, pathologischem Erfinden von medizinischen und sozialen Identitäten mit falschen Namen und Biographien. Pathologisches Behandlungswandern von Klinik zu Klinik und antisoziales Verhalten (Drogenabusus, Gefängnisstrafen) kommen bei PatientInnen mit Münchhausen-Syndrom häufig vor (siehe Abb. 1).

<p><i>Münchhausen-Syndrom</i> (Asher, 1951)</p> <p>a) phantasierte oder manipulierte Symptomatik</p> <p>b) pathologisches Erfinden von medizinischen und sozialen Identitäten mit falschen Namen, falschen Biographien und mit der Tendenz zum Hochstapeln</p> <p>c) pathologisches Behandlungswandern von Klinik zu Klinik und antisoziales Verhalten (Drogenabusus, Gefängnisstrafen)</p> <p><i>Mimikry-Phänomen</i> (Plassmann, 1986)</p> <p>(artifizielle Krankheit, Artefaktkrankheit, factitious disease)</p> <p>medizinische Präsentation heimlich selbstinduzierter körperlicher Krankheit als Symptomhandlung einer psychischen Problematik ohne wesentliche Tendenzen zur Pseudologia phantastica oder zur Antisozialität</p>	<p>(Chron.) <i>Selbstbeschädigung</i></p> <p>(self-mutilation, deliberate self-cutting)</p> <p>der PatientIn und ihrer Umgebung ist klar, daß die PatientIn die UrheberIn der körperlichen Schädigung ist</p>
---	---

Abb. 1

Die folgenden Überlegungen werden sich jedoch auf die PatientInnengruppe mit chronischer offener, also nicht heimlicher, Selbstbeschädigung beschränken.

Klinische Einteilung

In der klinischen Einteilung offener Selbstbeschädigung unterscheidet man zwischen leichteren Formen (oberflächlichen Schnittwunden, kleinen Brandwunden, Kratzverletzungen, Bißwunden, heftigem Schlagen des Kopfes und der Extremitäten, Manipulationen von Wunden, Verätzungen durch Laugen oder Säuren, Trichotilomanie, Finger- und Zehennagelextraktionen etc.) und schweren Formen von chronischer Selbstbeschädigung (Augenenukleationen, Kastration, Verstümmelung von Brustwarzen, Amputation von Extremitäten).

Die häufigste Lokalisation der leichteren Formen der Selbstbeschädigung sind Unterarme und Handgelenke, seltener Rumpf und Beine. Wohingegen bei schwereren Formen der Selbstbeschädigung meistens Körperregionen mit möglichst symbolischer Bedeutung gewählt werden.

Das Alter der PatientInnen bei Beginn der leichten Formen der Selbstbeschädigung liegt meistens in der frühen Adoleszenz bis zum 30. Lebensjahr, ganz im Unterschied zum altersunabhängigen Vorkommen der schweren Selbstbeschädigung, bei der auch die Wiederholungsneigung gering ist. Meist kommt es nur zu einer einmaligen schweren Selbstverletzung, wohingegen die leichten Formen chronischer Selbstbeschädigungen durch eine sehr hohe Wiederholungsneigung charakterisiert sind.

Die häufigsten zugrundeliegenden klinischen Diagnosen sind bei den leichten Formen der Selbstbeschädigung schwere Persönlichkeitsstörungen, meist Borderline-Persönlichkeitsstörungen; bei den schweren Formen der Selbstbeschädigung handelt es sich mei-

stens um PatientInnen in akut schizophrenen Phasen mit chronischem Verlauf oder in katatonen Stadien. Als Auslöser der schweren Selbstverstümmelung werden häufig Sinnestäuschungen oder Wahnideen angegeben. Schwere Selbstbeschädigungen können jedoch auch bei geistigen Behinderungen bzw. im Rahmen von Drogenpsychosen auftreten.

Auch selbstschädigende Verhaltensweisen, die zu körperlichen Schäden führen können, wie z.B. artifizielle Infektionen, artifizielle Hautläsionen, Blutungen, aber auch selbsterbeigeführte Hypo- oder Hyperglykämien bei PatientInnen mit Diabetes mellitus etc. sollten aus unserer Sicht in dieser Diagnosegruppe umfaßt werden (siehe Abb. 2).

Prävalenz

In der Literatur wird die Prävalenz von PatientInnen mit offenen Selbstbeschädigungen zwischen 0,6 und 0,75% der Allgemeinbevölkerung angegeben, davon fast 2% der 15–35jährigen. Weiters gibt die Literatur ein Überwiegen von Frauen gegenüber Männern im Verhältnis von 2:1 an (Herpertz und Saß, 1994).

In speziellen PatientInnenpopulationen kann Selbstverletzungsverhalten häufiger beobachtet werden. Es finden sich Prävalenzangaben von 3,98% (Peter, 1995) bis 4,3% (Feldmann, 1988) bei psychiatrischen PatientInnen. Ein hoher Anteil an selbstverletzendem Verhalten wird auch bei institutionalisierten geistig Behinderten 13,6%–35% (Brezovsky, 1985), bei männlichen Gefängnisinsassen (6,5–24%) und bei eßgestörten PatientInnen (25% bis 40%) angegeben.

In der Gruppe der psychiatrischen PatientInnen kommen Selbstverletzungen in meist schwerer Form vor allem in der Gruppe der Schizophrenen vor (Ballinger, 1971).

Die verfügbaren Untersuchungen belegen jedoch, daß der Großteil der PatientInnen mit chronischer

	<i>leichte Formen</i>	<i>schwere Formen</i>
Art	oberfl. Schnittwunden, kleine Brandwunden, Kratzverletzungen, Bißwunden, heftiges Schlagen, Manipulation von Wunden, Verätzungen, Trichotilomanie, Finger-, Zehennagelextraktionen, artifizielle Infektionen u. Blutungen (z.B. gynäkologisch), artifizielle Hypo-, Hyperglykämien bei Diabetes mellitus	Augenenukleationen, Kastration, Verstümmelung der Brustwarzen, Amputation von Extremitäten
klinische Diagnose	Borderline-Persönlichkeitsstörung	akute schizophrene Episoden, Katatonien, Drogenpsychosen, geistige Behinderung
Häufigkeit	hohe Wiederholungsneigung	meist einmalig

Abb. 2. Klinische Einteilung von Selbstbeschädigungshandlungen (modifiziertes Schema nach Herpertz und Saß, 1994)

Selbstbeschädigung in die Gruppe der Borderline-Persönlichkeitsstörungen fällt, was eine große Bedeutung für die klinische Praxis hat (Sachsse, 1994; Kernberg, 1992).

Ablauf

Der Ablauf einer Selbstbeschädigungshandlung wird von vielen PatientInnen in typischer Weise beschrieben.

Der selbstschädigenden Handlung vorausgehend wird von den PatientInnen ein massives Spannungsegefühl erlebt, das ein hohes Ausmaß an Wut, Angst, Ausweglosigkeit, Verzweiflung und häufig ein Gefühl der Leere beinhaltet.

Dieser Spannungszustand, der sich meist langsam aufbaut wird als unerträglich erlebt. Die psychischen Möglichkeiten, sich von diesem Affektzustand zu distanzieren, sind bei diesen PatientInnen nicht vorhanden.

Erst durch das Ausführen der selbstschädigenden Handlung kommt es zu einer Entlastung und Minderung des Spannungsefühls.

Psychoanalytische Überlegungen zur Psychodynamik

Zum Verständnis selbstdestruktiven Verhaltens bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur möchten wir einige Überlegungen von Fonagy et al. (1995), die uns in diesem Zusammenhang interessant erscheinen, herausgreifen.

Aggression wird als Abwehr des psychologischen Selbst verstanden, das durch Kindheitserfahrungen von Mißbrauch und Vernachlässigung geschwächt ist und das in allen späteren Beziehungen bedroht bleibt (Fonagy, 1991; Fonagy et al., 1993).

Aggression gegen das Selbst wie auch gegen andere Menschen kann als bewußter oder unbewußter Wunsch betrachtet werden, Gedanken in einem selbst oder in anderen zu attackieren. So wird von Fonagy et al. (1995) eine Selbstverletzung mit einem Messer als ein Versuch verstanden, unerträgliche Gedanken und Bilder über

den mentalen Zustand des anderen in der eigenen Psyche (Vorstellungen, daß dieser andere einen haßt) auszulöschen.

Für den Säugling erfüllt die Internalisierung des Bildes seines mentalen Selbst in der Psyche eines anderen die Funktion des „psychischen Containment“ (Bion, 1962). Ein Versagen dieser Funktion führt zu einer verzweifelten Suche nach alternativen Wegen, Gedanken und intensive Gefühle zu bewahren.

Eine mangelhafte Entwicklung des psychologischen Selbst hat möglicherweise zur Folge, daß der eigene Körper eingesetzt wird, mentale Zustände zu bewahren oder auszuagieren. Der Körper übernimmt die Metarepräsentation von Gefühlen, Ideen und Wünschen. Dadurch können dann unerträgliche Zustände des anderen, die in körperlicher Form repräsentiert sind, direkt oder indirekt durch offene Selbstbeschädigung, Suizidversuche oder Hungerzustände, Erbrechen, etc. attackiert werden (Fonagy, 1995).

Behandlung

PatientInnen mit chronischer Selbstbeschädigung müssen als schwierige PatientInnen bezeichnet werden. Sie sind häufig wenig zu einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung motiviert, stellen aber gleichzeitig verschiedene Ansprüche an das Gesundheitswesen.

Typischerweise suchen PatientInnen mit chronischer Selbstbeschädigung vor Beginn einer Psychotherapie zahlreiche unterschiedlichste somatische Behandlungen auf. Zumeist verlaufen diese für PatientIn und Behandler frustrierend und führen häufig zu neuerlichen Folgekontakten an anderen Abteilungen. Es entsteht dadurch ein enormer organisatorischer, zeitlicher, emotionaler aber auch ökonomischer Aufwand für ÄrztInnen, Pflegepersonal und die befaßten Institutionen.

Das folgende Fallbeispiel einer 21jährigen Frau kann als pathognomonisch für diese PatientInnengruppe angesehen werden.

Frau R. erkrankte in ihrem 17. Lebensjahr an insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Das Auftreten der Erkrankung löste eine massive Krise im Leben der Patientin aus. Wenn die Patientin die optimale Insulineinstellung nicht schaffte und es zu Polydipsie, Polyurie oder Gewichtsschwankungen kam, verfiel sie in Selbsthaß und setzte die Insulinmedikation völlig ab. In der Folge kam es wiederholt zu lebensbedrohlichen Stoffwechsellentgleisungen. Die Patientin wurde immer wieder in komatösem Zustand in verschiedene Spitäler eingeliefert. Im Rahmen einer dieser stationären Aufenthalte an einer internen Abteilung wurde die Patientin erstmals vom psychiatrischen Konsiliararzt zu einer psychotherapeutischen Behandlung überwiesen, die sie jedoch nach einigen Stunden wieder abbrach. In den folgenden zwei Jahren wechselte die Patientin mehrmals ihre organmedizinischen Behandler, wobei alle Versuche der behandelnden Ärzte, die Patientin in psychotherapeutische Behandlung zu überweisen fehlschlugen. Es kam in dieser Zeit immer wieder zu selbstschädigendem Umgang mit der körperlichen Erkrankung bis hin zu selbstinduzierten komatösen Zuständen. Im Rahmen eines neuerlichen Wechsels der organmedizinischen Betreuungseinrichtung war es dem behandelnden Internisten möglich, der Patientin die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Therapie für ihr Überleben deutlich zu machen.

Die Patientin wurde an die Ambulanz für Chronische Selbstbeschädigung der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie überwiesen.

In mehreren Erstgesprächen wurde mit der wenig motivierten und anfangs sehr abwehrenden Patientin an Therapiemotivation und Behandlungsstrategien nach dem Schema der KOMEPP (Schuster et al. 1998, in Vorbereitung) gearbeitet. Die Patientin konnte schließlich zweieinhalb Jahre nach dem ersten Psychotherapieversuch in eine längerfristige psychoanalytische Psychotherapie überwiesen werden.

Die seit 1996 eingerichtete Ambulanz der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie Wien (Ambulanz für PatientInnen mit Chronischer Selbstbeschädigung, Leitung: Dr. Peter Schuster) hat sich die Beschäftigung mit diesen PatientInnen zur Aufgabe gemacht.

Aufgabenbereiche dieser Ambulanz sind diagnostische Abklärung von PatientInnen mit „Chronischer Selbstbeschädigung“, Abklärung der Indikation und Motivation zur Psychotherapie und Erarbeitung geeigneter Behandlungsstrategien mit den PatientInnen unter Einbindung des professionellen und sozialen Kontextes. Dazu sind bis zu 10 Therapiesitzungen vorgesehen. Die weiterführende längerfristige psychotherapeutische Behandlung dieser PatientInnen wird in Kooperation mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen durchgeführt.

KOMEPP

Das im Rahmen dieser Ambulanz entwickelte Schema der „Kontextorientierten Modellentwicklung bei einer Psychotherapieplanung“, KOMEPP (Schuster et al., 1998, in Vorbereitung) ermöglicht oft erst, die Voraussetzungen für das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung mit dieser schwierigen PatientInnengruppe zu schaffen.

Im Verlauf des Erstgesprächsprozesses wird versucht, mit der PatientIn relevante Variable für das Zustandekommen einer Psychotherapie herauszuarbeiten. Im Rahmen der Ambulanzbesprechung, die ein multipro-

fessionelles und multischulisches Beleuchten der Problematik ermöglicht, wird schwerpunktmäßig auf den Kontext Bezug genommen. Das bedeutet, daß sowohl der im Vorfeld mit der PatientIn beschäftigte professionelle Kontext (ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen), wie auch der soziale Kontext (Familie, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, etc.) direkt in die Entwicklung eines Psychotherapiemodells einbezogen werden.

In der Vorphase der Therapieplanung kann durch direkte Einbindung in die Ambulanzbesprechungen der im professionellen (sozialen) Kontext mit der PatientIn Befassten (z.B. der SozialarbeiterIn, der PsychologIn) ein Psychotherapiemodell für jede einzelne PatientIn erarbeitet werden.

Die Umsetzung dieses Modells ist durch sorgfältige Psychotherapieplanung möglich. Gerade PatientInnen mit schweren Persönlichkeitsstörungen sind häufig nicht in der Lage, selbst das Therapiemanagement zu übernehmen. Vor allem bei Problemen im sozialen Umfeld, in der Familie, mit Kindern, etc. übernimmt häufig die befaßte SozialarbeiterIn oder die praktische ÄrztIn, etc. die Funktion des Therapiemanagers.

Das Einsetzen eines externen Therapiemanagers, der die Koordination und „Schaltstelle“ im Rahmen eines solchen Therapiemodells übernimmt, ist häufig die einzige Möglichkeit das Zustandekommen einer Psychotherapie bei diesen schwierigen PatientInnen zu ermöglichen (siehe Abb. 3).

PatientInnen mit einmaligen bzw. schweren körperlichen Beschädigungen insbesondere bei akuten psychotischen Krisen bzw. akuter Suizidalität sind jedoch weiterhin an psychiatrische Akuteinrichtungen zu überweisen.

PatientInnen mit chronischer offener Selbstbeschädigung sind oft gegenüber der Ursache ihrer Beschwerden wenig einsichtig, weswegen auch Schwierigkeiten bei der Überweisung an diese Spezialambulanz denkbar sind. Eine eigene Telefonzeit, bei der MitarbeiterInnen der Spezialambulanz erreichbar sind, wurde aus diesem

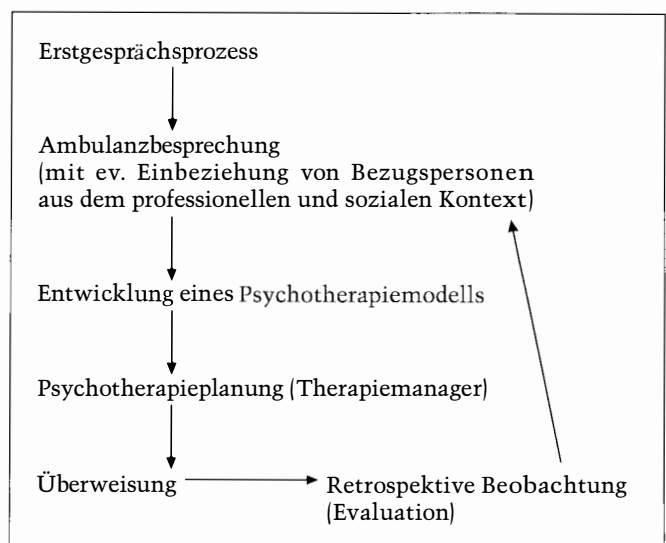


Abb. 3. KOMEPP, Schuster et al., 1998

Grund eingerichtet. Die telefonische Vorabklärung durch die überweisenden ÄrztInnen und die Terminvereinbarung ist in der Telefonzeit möglich.

Im Überweisungsvorgang erscheint es wichtig, den PatientInnen gegenüber offen davon zu sprechen, daß eine Problematik vorliegt, die eine psychotherapeutische Kompetenz verlangt. Längere Diskussionen über die Ursache und Schuldzuweisungen erweisen sich als eher ungünstig. Da bei dieser PatientInnengruppe bekannterweise oft nur geringe Krankheitseinsicht und Compliance vorliegen, kommt dem Überweisungsvorgang zu einer psychotherapeutischen Behandlung gerade hier besondere Bedeutung zu und stellt häufig die einzige Behandlungschance dar.

Inhalt einer psychoanalytisch orientierten Therapie aus unserer Sicht ist es, aus isolierten Selbstbeschädigungshandlungen psychologisch sinnvolle Inhalte herauszuarbeiten.

Das, was vorher als selbstschädigende Handlung von der PatientIn agiert werden muß, soll als erlebbarer und verbalisierbarer Inhalt erarbeitet werden, der in einer zwischenmenschlichen Beziehung Bedeutung gewinnt. Diese Bedeutung, die anfangs von der PatientIn abgelehnt wird, soll im weiteren Verlauf der Therapie in die Gesamtpersönlichkeit der PatientIn integriert werden.

Die prognostischen Erwartungen bei PatientInnen mit chronischer Selbstbeschädigung müssen aufgrund der zumeist schweren Persönlichkeitspathologien eher zurückhaltend eingestuft werden – eine langfristige Psychotherapie stellt jedoch für diese PatientInnen zumeist die einzige Behandlungschance dar.

Literatur

- Bion WR (1962) Learning from experience. Heinemann, London
- Brezovsky P (1985) Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. Enke, Stuttgart
- Feldman MD (1988) The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry* 3: 225–269
- Fonagy P (1991) Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a Borderline patient. *Int J Psychoanal* 72: 639–656
- Fonagy P, Moran GS, Target M (1993) Aggression and the psychological self. *Int J Psychoanal* 74: 471–485
- Fonagy P (1995) Fortschritte in der psychoanalytischen Technik mit jugendlichen Borderline-Patienten. Anna Freud Vorlesung, Wien 17.11.95 (Übersetzung: Reiter B)
- Herpertz S, Saß H (1994) Offene Selbstbeschädigung. *Nervenarzt* 65: 296–306
- Kernberg OF (1992) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett Cotta, Stuttgart, S 367–380
- Peter S (1995) Zur Problematik selbstmanipulierter Krankheiten. Abstractband der Tagung „Klinische Psychotherapie“ in Graz 19.–22.10.1995, S 36
- Plassmann R, Wolff B, Freyberger H (1986) Die heimliche Selbstbeschädigung – eine psychosomatische Krankheit. *Z Psychosom Med* 32: 316–336
- Sachsse U (1994) Selbstverletzendes Verhalten. *Psychodynamik, Psychotherapie*. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, S 46–48
- Schuster P, Katschnig H, Leithner K, Presslich-Titscher E, Etzersdorfer E, Schmidt K (1998) Kontext orientierte Modellentwicklung bei einer Psychotherapieplanung. (In Vorbereitung)
- Korrespondenz:** Dr. Katharina Leithner, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich.

Dr. Katharina Leithner, Universitätsassistentin an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien.

Dr. Peter Schuster, Oberarzt an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien, Leiter der Ambulanz und Leiter der Ambulanz für Chronische Selbstbeschädigung der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie.

Dr. Elmar Etzersdorfer, Universitätsassistent an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien.

Dr. Eva Presslich-Titscher, Universitätsassistentin an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien.

Dr. Kitty Schmidt, Universitätsassistentin an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien.