

Markus Reicherzer, Tobias Brandl

Der Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSVV)

– ein neues Erhebungsinstrument für die klinische Praxis

The questionnaire concerning self-harming behavior (FSVV)

– a new survey instrument for the clinical practice

Zusammenfassung

Der Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten (FSVV) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das für die Diagnostik im klinischen Kontext entwickelt wurde. Die Gliederung des Fragebogens orientiert sich an der Struktur einer Verhaltensanalyse. Es werden Informationen zu folgenden Bereichen erfasst: Art der Selbstverletzungen, Auslöser, Konsequenzen, indirekte Methoden und labilisierende Bedingungen. Die Überprüfung der klinischen Anwendbarkeit und der psychometrischen Gütekriterien erfolgt anhand einer Stichprobe von 195 Patienten einer psychosomatischen Klinik, bei denen das Vorliegen von selbstverletzendem Verhalten bekannt war. Die Auswertung der Daten erfolgt primär mit Hilfe deskriptiver Statistik und Faktorenanalysen, zusätzlich wird für eine Teilstichprobe die Test-Retest-Reliabilität dargelegt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass es mit dem FSVV möglich ist, selbstverletzendes Verhalten auf eine ökonomische, valide und reliable Art und Weise zu erfassen.

Schlüsselwörter

selbstverletzendes Verhalten – Fragebogenentwicklung

Summary

The questionnaire concerning self-harming behavior developed to be used for diagnostic purposes within a clinical context represents a self-assessment method the outline of which is adapted to the structure of a behavior analysis. It gathers information linked to the following realms: nature of self-harming behavior, triggers, consequences, indirect methods and destabilizing factors. Clinical applicability and psychometric quality criteria were verified by investigating a sample of 195 patients registered at a psychosomatic clinic whose self-harming behavior was known beforehand. In addition to the display of test-retest-reliability applied to a partial sample the data were primarily evaluated by means of descriptive statistics and factor analysis. The results suggest the possibility of recording self-harming behavior in an efficient, valid and reliable way by using the above mentioned questionnaire.

Keywords

self-harming behavior – questionnaire development

Mit selbstverletzendem (oder autoaggressivem) Verhalten (SVV) wird eine psychopathologische Symptomatik bezeichnet, bei der sich die betroffenen Menschen absichtlich nicht lebensbedrohliche körperliche Verletzungen zufügen (für einen Überblick über die Thematik siehe Schmahl & Stiglmayr, 2009; Petermann & Winkel, 2009). Es beinhaltet in der Regel keine Suizidabsicht, wobei die Grenze manchmal unklar ist und das Risiko des eigenen Todes zumindest in Kauf genommen wird. Teilweise wird SVV von den Betroffenen sogar zur Krisenbewältigung und damit zur Verhinderung eines Suizids angewendet. Auf die Dauer begünstigt es jedoch durch einen selbstdestruktiven Teufelskreis Depressivität, Suizidgedanken und andere psychopathologische Symptome (Hawton, Rodham, Evans & Weatherall, 2002; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004).

SVV kann bei verschiedenen psychischen Störungen auftreten: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörungen wie

Anorexie, Bulimie oder Binge-eating, Suchtstörungen, Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Zwangsstörungen, psychotischen oder schizophrenen Störungen sowie bei geistiger Behinderung und Autismus (Fleischer & Herpertz, 2009; Herpertz, 1995).

Für Außenstehende ist dieses Verhalten befremdlich, da es vom „normalen“ Umgang mit dem eigenen Körper fundamental abweicht. Psychologisch liegt SVV häufig eine Störung der Emotionsregulation zugrunde (Kleindienst et al., 2008). Darüber hinaus steht es häufig im Zusammenhang mit einem gestörten Bezug zum eigenen Körper (Körperschemastörung) und einem negativen Selbstbild. Für die meisten Betroffenen dient SVV der dysfunktionalen Reduktion von massiven inneren Spannungszuständen oder der Abreaktion von starken Wut- und Selbsthassgefühlen und kann damit im Rahmen einer funktionalen Problemanalyse erklärt und verstanden werden (Nitkowski & Petermann, 2009a; Petermann & Winkel, 2007).

Da SVV im „normalen“ sozialen Umfeld häufig auf Ablehnung und Unverständnis stößt, ist es bei den Betroffenen meist schambesetzt und wird häufig nicht offen angesprochen. Es handelt sich um eine Symptomatik, deren Ausprägung sich dem Behandler häufig erst im Laufe der Therapie offenbart. Da SVV bei den Betroffenen jedoch oft ein zentraler Baustein innerhalb eines sich selbst aufrechterhaltenden Teufelskreislaufes ist, erscheint es für eine zielgerichtete Behandlungsplanung notwendig, die Art und Weise des SVV und dessen Ausprägung möglichst frühzeitig zu erfassen. Walsh (2007) kommt nach einem Überblick über die Literatur zu dem Schluss, dass SVV zwar ein in den letzten Jahren viel diskutiertes klinisches Phänomen ist, bisher jedoch keine klaren Prozeduren entwickelt wurden, wie SVV im Rahmen eines klinischen Assessments erfasst werden sollte. Der hier vorgestellte Fragebogen möchte dafür eine Hilfestellung anbieten. Er orientiert sich dabei an einigen von Walsh (2007) angeführten Punkten, die bei der Beurteilung von SVV berücksichtigt werden sollten: Art der Selbstverletzung, Häufigkeit, Beginn, Notwendigkeit der medizinischen Versorgung, psychologische Funktion, vorausgehende und nachfolgende Bedingungen und allgemeine labilisierende Lebensbedingungen.

Im deutschsprachigen Raum hat sich für die Erfassung von FSSV bisher noch kein Fragebogen als Standardinstrument mit guten psychometrischen Kennwerten und klinischer Nützlichkeit durchgesetzt. Für eine psychosomatische Akutklinik für Erwachsene eignet sich unserem Eindruck nach keiner der vorliegenden Fragebögen, so dass in diesem Bereich ein Mangel festgestellt werden kann. Im Folgenden sollen die vorhandenen Instrumente kurz vorgestellt werden (siehe auch Fliege et al., 2006; Nitkowski & Petermann, 2009b; Nyberg & Stieglitz, 2009).

Das Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) von Lloyd (Nitkowski & Petermann, 2009b) ist einer der am häufigsten in der Forschung eingesetzten Fragebögen. Er beinhaltet insgesamt 42 Items, mit denen Methoden und Funktionen SVV erfasst werden.

Von Gratz (2001) stammt das Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI). Es beinhaltet 17 Items und erfasst neben allgemeinen Informationen vor allem die Art des SVV.

Das Modifizierte Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar (MOUSI; Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002) beinhaltet 21 Items und richtet sich vor allem an Kinder und Jugendliche. Es erfasst die Häufigkeit und Art des SVV und die Motivation dazu.

Der Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ) (Gutierrez, Osman, Barrios & Kopper, 2001) bezieht sich nur in einem von vier Teilen auf SVV, die anderen drei Teile betreffen suizidales Verhalten.

Die Auswahl der Items des Self-Harm Inventory (SHI) (Sansone, Wiederman & Sansone, 1998) erfolgte vor allem mit der Zielsetzung, Borderline-Patienten zu identifizieren. Der SHI beinhaltet 22 Items, mit denen der Patient gefragt wird, ob er bestimmte SVV schon mal irgendwann durchgeführt hat. Kritisiert werden kann am SHI die uneindeutige Abgrenzung zu suizidalem Verhalten.

■ Methode

Beschreibung des Fragebogens zu selbstverletzendem Verhalten (FSVV)¹

Mit dem vorgestellten Fragebogen soll ein Instrument bereitgestellt werden, mit dem der Patient die Möglichkeit hat, mit Hilfe von Ratingskalen seine Symptomatik in einem Fragebogen über die Selbsteinschätzung mitzuteilen. Der FSVV sollte nur Patienten vorgelegt werden, bei denen SVV bekannt ist bzw. bei denen in einem kurzen Vorgespräch solche Verhaltensweisen angesprochen wurden. D. h., der FSSV ist kein Screening-Instrument, das sich dazu eignet, in einer größeren Stichprobe von Patienten SVV zu entdecken. Auch verdeckte Formen SVV aus dem Bereich der artifiziiellen Störungen werden nicht erfasst.

Der Fragebogen dient vor allem der Statusdiagnostik, bezogen auf die letzten sechs Monate. Aufgrund dieses Zeitfensters, das bei den meisten Fragen angesprochen wird, eignet er sich nur für eine Verlaufsmessung mit einem Zeitabstand von wenigstens einem Jahr. Bei einer Verlaufsmessung mit einem geringeren zeitlichen Abstand müsste man die Angaben zum zu beurteilenden Zeitraum entsprechend umformulieren, hierzu liegen jedoch keine Erfahrungen vor.

Der Behandler erhält mit dem Fragebogen eine differenzierte Beschreibung des SVV, die sich an dem verhaltenstherapeutischen SORKC-Schema orientiert. Es werden Informationen zu den Methoden, der Häufigkeit, den Auslösern, den Absichten und den Konsequenzen erfasst. Außerdem werden „indirekte“ Methoden selbstschädigenden Verhaltens und labilisierende Lebensbedingungen erhoben.

Auf der ersten Seite wird darüber informiert, dass sich der Fragebogen an Personen richtet, die sich mit bewussten Handlungen einen konkreten körperlichen Schaden zufügen, ohne dass sie eine Selbsttötungsabsicht haben. Auch auf die Struktur bzw. die Inhalte des Fragebogens und den Bezug zur Verhaltensanalyse wird kurz hingewiesen.

Der FSVV umfasst insgesamt 96 Items, die acht Fragen bzw. Überschriften zugeordnet sind:

1. Methoden in den letzten 6 Monaten: 13 Items (Frage: Welche Methoden selbstverletzenden Verhaltens haben Sie in den letzten sechs Monaten bei sich angewendet? Formulierung der Items: Ich verletze mich selbst, indem ich ... [Nennung der Methode]. Antwortskala: nie, selten, gelegentlich, oft, sehr oft)
2. Häufigkeit zu verschiedenen Zeiten: 3 Items (Frage: Wie häufig tritt das selbstverletzende Verhalten im Durchschnitt auf? Formulierung der Items: In den letzten 4 Wochen; In „Krisenzeiten“ – maximaler Wert im letzten halben Jahr; In „ruhigen“ Zeiten – minimaler Wert im letzten halben Jahr. Antwortskala: keinmal, 1-mal pro Monat oder seltener, 2-3-mal pro Monat, 1-2-mal pro Woche, 3-6-mal pro Woche, 1-mal täglich oder häufiger)
3. Auslöser: 27 Items (Frage: In welchen Situationen bzw. nach welchen Ereignissen verletzen Sie sich selbst? Dies ist die Frage nach den unmittelbaren Auslösern.

¹ Der FSVV kann bei den Autoren per E-Mail: (markus.reicherzer@klinik-schlemmer.de) angefordert werden.

Formulierung der Items: Ich verletze mich selbst, wenn ... [Nennung des Auslösers]. Antwortskala: nie, selten, gelegentlich, oft, sehr oft)

4. Kurzfristige Konsequenzen: 16 Items (Frage: Was ist die kurzfristige, unmittelbare Konsequenz/Folge des selbstverletzenden Verhaltens? Antwortskala: nie, selten, gelegentlich, oft, sehr oft)
5. Langfristige Konsequenzen 11 Items (Frage: Was sind die mittel- und langfristigen Konsequenzen bzw. Folgen des selbstverletzenden Verhaltens? Antwortskala: nie, selten, gelegentlich, oft, sehr oft)
6. Veränderungsmotivation, Selbstkontrolle und Alter bei Beginn: 3 Items (Fragen: Möchten Sie auf das selbstverletzende Verhalten verzichten? Können Sie auf das selbstverletzende Verhalten verzichten? Antwortskala: ganz sicher, ziemlich wahrscheinlich, vielleicht, wahrscheinlich nicht, keinesfalls. Frage zu Beginn: Seit welchem Lebensjahr wenden Sie selbstverletzendes Verhalten an? Antwortskala: 12. oder früher, 13.-15., 16.-18., 19.-21., 22. oder später)
7. Indirekte Methoden: 13 Items (Frage: Welche „indirekten Methoden“ selbstschädigenden Verhaltens haben Sie in den letzten sechs Monaten angewendet? Antwortskala: nie, selten, gelegentlich, oft, sehr oft)
8. Labilisierende Bedingungen: 9 Items (Frage: Gab es in den letzten sechs Monaten „labilisierende“ Bedingungen, die zu einer allgemeinen psychosozialen Belastung geführt haben? Antwortmöglichkeiten: ja, nein)

Der FSVV wurde vor allem mit dem Ziel entwickelt, den Symptomkomplex des SVV auf eine ökonomische und dennoch differenzierte Art und Weise in einem klinischen Setting zu erfassen. Die erhobenen Informationen werden primär deskriptiv zur Statusdiagnostik und zur darauf bezogenen Therapieplanung ausgewertet.

Es gibt eine Papierversion und eine mit dem Wiener Testsystem entwickelte PC-Version. In der vorliegenden Studie kam ausschließlich die PC-Version zum Einsatz, bei der die Fragen am Bildschirm präsentiert und über die Maus beantwortet werden. Im Durchschnitt benötigten die Patienten 14 Minuten zum Ausfüllen des FSVV.

Weitere Untersuchungsinstrumente

Mit Ausnahme der Diagnosen wurden die soziodemographischen und klinischen Daten über einen Patientenfragebogen erhoben, der an die Psy-Bado (Heuft & Senf, 1998) angelehnt ist. Die Diagnosen wurden von den behandelnden Therapeuten auf der Grundlage eines klinisch-diagnostischen Interviews vergeben, das sich an klinikinternen Richtlinien orientiert. Die allgemeine psychosomatische Symptombelastung der untersuchten Patienten wurde mit der Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1995) erfasst.

Untersuchungskontext und Studiendesign

Eine erste Fassung des Fragebogens wurde an der Poliklinik für psychosomatische Medizin am Klinikum rechts der Isar in München und in einem Forschungsprojekt zum Inanspruchnahme-Verhalten von Borderline-Patienten eingesetzt (und in Kooperation mit M. Bohus und C. Schmahl von der Uniklinik

Freiburg durchgeführt). Die Auswahl der Items und die Konstruktion des Bogens erfolgte mit Bezug auf die vorhandenen Instrumente (siehe oben), eine Befragung von Patienten und die eigene klinische Erfahrung mit dieser Symptomatik.

Die Auswertung dieser Daten von insgesamt ca. 200 Patienten führte zu einer grundlegenden Überarbeitung des Fragebogens. Die zweite Fassung wurde in den letzten drei Jahren in der Klinik Dr. Schlemmer in Bad Wiessee (seit 2010 in Bad Tölz) eingesetzt. Die dabei erhobenen Daten und die Erfahrungen werden hier vorgestellt. Es handelt sich demnach um Daten aus einer naturalistischen Anwendungsstudie. Das zentrale Kriterium bei der Bewertung des Fragebogens soll die klinische Brauchbarkeit und die therapeutische Nützlichkeit der Informationen sein. Erst an zweiter Stelle stehen psychometrische Gütekriterien.

Datenauswertung

Die statistischen Analysen wurden mit PASW Statistics Version 17 berechnet, wobei primär eine explorative und deskriptive Zielsetzung verfolgt wurde. Dies gilt auch für die Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation), mit denen die multivariaten Zusammenhänge innerhalb eines Themenbereichs berechnet wurden. Die Zusammenhänge zwischen zwei Variablen wurden über bivariate Korrelationen bestimmt (Spearman's rho). Das Signifikanzniveau wurde mit 0,1% festgelegt.

Für die Überprüfung der Reliabilität wurde der FSVV einer Unterstichprobe von 27 Patienten innerhalb von zwei Wochen ein zweites Mal vorgelegt. Über die Berechnung der Korrelation zwischen diesen beiden Messungen wurde die Test-Retest-Reliabilität bestimmt.

Untersuchungsstichprobe

Die folgende Stichprobenbeschreibung und die anschließenden Fragebogendaten beziehen sich auf insgesamt 195 Patienten, die in der Zeit von Juli 2006 bis Januar 2010 an der Klinik Dr. Schlemmer behandelt wurden und bei denen selbstverletzendes Verhalten vorlag. Mit Ausnahme der Diagnose handelt es sich bei den dargelegten soziodemographischen und klinischen Daten um Selbstauskünfte der Patienten.

Die Patienten sind im Durchschnitt 29 Jahre alt (Range: 17-60), in der Mehrheit weiblich (85 %; N = 165), ca. die Hälfte hat einen festen Partner (48 %; N = 93), ungefähr ein Viertel ist voll- oder teilzeitberufstätig (24 %; N = 46), und ein knappes Viertel hat Abitur (23 %; N = 44), der überwiegende Rest einen Haupt- oder Realschulabschluss (69 %; N = 134).

Die meisten Patienten (64 %; N = 125) wurden primär wegen einer Borderline- oder einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F60.31, F61) in der Klinik behandelt. An zweiter Stelle folgen mit 21 % (N = 40) die Depressionen (F32.2, F33.2) und an dritter Stelle mit 10 % (N = 20) die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Sonstige Diagnosen 5 % (N = 10). Wenn man alle im abschließenden Arztbrief vergebenen Diagnosen berücksichtigt, haben 82 % der Patienten eine Persönlichkeitsstörung (F6), 72 % haben eine Depression (F32 oder F33), 39 % haben eine posttraumatische Belastungs-

störung (F43.1), 28 % haben eine Störung mit psychotropen Substanzen (F1), und 25% haben eine Essstörung (F50).

Im Einklang mit den primären Diagnosen gibt die Mehrzahl der Patienten (65 %; N = 126) an, schon einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben, und die überwiegende Mehrheit (83 %; N = 162) berichtet von wenigstens einer traumatischen Lebenserfahrung – hierbei geben 44 % (N = 84) einen sexuellen Missbrauch an und 46 % (N = 74) eine körperliche Gewaltausübung.

Beim SCL-90-R zeigt sich, dass der Globale-Symptom-Index (GSI) in der untersuchten Stichprobe mit einem Mittelwert von 1,7 (SD = 0,7) deutlich über dem Wert von 1,2 (SD = 0,7) der sonstigen in der Schlemmer-Klinik behandelten Patienten liegt (auch bei allen Skalen zeigen sich signifikante Unterschiede). D.h., die Untersuchungsstichprobe zeichnet sich im Vergleich zu den anderen in der Klinik behandelten Patienten insgesamt durch eine relativ hohe psychosomatische Symptombelastung aus.

Ergebnisse

Die Gliederung der Ergebnisdarstellung orientiert sich an der Gliederung des FSVV. Es werden zunächst die deskriptiven Datenauswertungen für die einzelnen Bereiche dargestellt. Anschließend wird noch auf die Reliabilität eingegangen, und es werden exemplarisch einige Zusammenhänge zwischen den Variablen dargelegt.

Methoden und Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens

Die am häufigsten angewendeten Methoden (s. Tab.1), die von knapp bzw. deutlich über 50 % der Patienten angewendet werden, sind die eher leichteren Formen wie selbst kratzen, die Wundheilung verhindern, selbst schneiden und mit der Faust aufschlagen. Deutlich weniger, aber mit 13-22 % noch von einem bedeutsamen Teil der Patienten werden die Methoden mit dem Kopf aufschlagen, sich selbst verbrennen und Haare ausreißen angewendet. Die anderen sechs abgefragten Methoden werden mit unter 10 % relativ selten angewendet (nicht in der Tabelle aufgeführt). Die Variabilität des SVV zeigt sich darin, dass 21 % der Patienten angeben, neben den angeführten 13 Methoden noch andere Methoden anzuwenden.

Im Durchschnitt wenden die Patienten 3,4 Methoden wenigstens gelegentlich an (Maximum 8; SD=1,9). 38 % der Patienten wenden 0-2, 33 % 3-4 und 29 % 5 oder mehr Methoden an.

Bei der Häufigkeit zu verschiedenen Zeiten zeigt sich wie erwartet, dass sich die überwiegende Mehrzahl der Patienten (89%) in Krisenzeiten häufiger selbst verletzt als in ruhigen Zeiten, 17 (9%) geben die gleiche Häufigkeit an, und lediglich 3 (2%) geben für ruhige Zeiten eine größere Häufigkeit an. Der Wert für die letzten vier Wochen liegt etwas näher am Wert für ruhige Zeiten.

Auslöser

Mit den 26 Items bzgl. der Auslöser von SVV wurde zunächst eine Faktorenanalyse mit Varimaxrotation berechnet. Das Item „Ohne ersichtlichen Grund“ wurde dabei nicht berücksichtigt. Es ergab sich eine Lösung mit 6 Faktoren bzw. Skalen und einer Varianzaufklärung von 65%:

1. Soziale Auslöser (7 Items; 17% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 2,8; Beispielitem: Ich verletze mich selbst, wenn ich von anderen kritisiert wurde)
2. Negative Gedanken und Gefühle und Suchtdruck (7 Items; 15% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 3,2; Beispielitem: Ich verletze mich selbst, wenn ich starke unangenehme Gefühle habe)
3. Eigene Aggressivität und Fehler (4 Items; 11% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 2,6; Beispielitem: Ich verletze mich selbst, wenn ich einen Fehler gemacht habe)
4. „Positive“ Ereignisse und angenehme Gefühle und körperlich unwohl fühlen (4 Items; 9% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 2,0; Beispielitem: Ich verletze mich selbst, wenn mir jemand sehr nahe gekommen ist)
5. Berichte von anderen über Trauma und SVV (2 Items; 7% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 1,6; Beispielitem: Ich verletze mich selbst, wenn andere mir ihre traumatischen Erfahrungen berichtet haben)
6. Verlangen und Konsum von Alkohol/Drogen (2 Items; 7% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 2,1; Beispielitem: Ich verletze mich selbst, wenn ich Alkohol oder Drogen konsumiert habe)

38% der Patienten (N=73) gaben an, sich wenigstens gelegentlich „Ohne ersichtlichen Grund“ selbst zu verletzen (M= 2,2; SD=1,2).

Ohne Varimaxrotation ergibt sich eine Lösung mit einem Hauptfaktor, der 38% der Varianz aufklärt und auf dem 21 Items ihre höchste Ladung haben. Lediglich die beiden Items zum Verlangen und Konsum von Alkohol und Drogen, das Item zur Liebe, das zu angenehmen Gefühlen und das zu Problemen mit Partner lädt nicht auf diesem Faktor am höchsten. Bei den Item-Interkorrelationen zeigt sich, dass insgesamt 45 über 0,5 liegen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Patienten scheinbar grundsätzlich darin unterscheiden, wie sensibel sie auf die aufgeführten potentiellen Auslöser reagieren.

Tabelle 1

Methoden selbstverletzenden Verhaltens, die bei mehr als 10% der Patienten vorliegen

| | gelegentlich / oft / sehr oft % (N) | M (SD) |
|----------------------------------|--|-----------|
| Kratzen | 65,6 (128) | 3,0 (1,3) |
| Wundheilung verhindern | 61,5 (120) | 2,9 (1,4) |
| Schneiden | 59,0 (115) | 2,9 (1,4) |
| Faust aufschlagen | 48,2 (94) | 2,5 (1,3) |
| Kopf aufschlagen | 22,1 (43) | 1,7 (1,0) |
| Verbrennen oder Verbrühen | 21,5 (42) | 1,8 (1,1) |
| Haare ausreißen | 13,3 (26) | 1,6 (1,0) |

Anmerkungen. Ratingskala: nie (1) – selten (2) – gelegentlich (3) – oft (4) – sehr oft (5).

Der häufigste Auslöser sind starke unangenehme Gefühle, 85% der Patienten geben an, dass dies wenigstens gelegentlich ein Auslöser ist. Auch die meisten anderen auf diesem 2. Faktor ladenden Items sind für ca. drei Viertel der Patienten relevant. Es fällt insgesamt auf, dass fast alle Auslöser für wenigstens ein Fünftel der Patienten relevant sind. Insgesamt 14 Auslöser sind für 50 % oder mehr relevant.

Kurzfristige Konsequenzen

Mit den 15 Items bzgl. der kurzfristigen Konsequenzen des SVV wurde zunächst eine Faktorenanalyse mit Varimaxrotation berechnet. Es ergab sich eine Lösung mit 5 Faktoren bzw. Skalen und einer Varianzaufklärung von 64%:

1. Negative Verstärkung – Beendigung unangenehmer Zustände (6 Items; 22% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 3,4; Beispielitem: Die innere Spannung wird geringer)
2. Positive Verstärkung – angenehmer Zustand und Bestrafung anderer (4 Items; 13% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 1,9; Beispielitem: Ich gerate in einen angenehmen, „entrückten“ Zustand [Trance])
3. Soziale Konsequenzen (2 Items; 13% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 1,8; Beispielitem: Ich habe anderen gezeigt, dass es mir schlecht geht)
4. Negative Konsequenzen (2 Items 10% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 2,8; Beispielitem: Es tauchen belastende Gedanken und/oder Gefühle [z.B. Schuld, Ekel, Scham, Ärger] auf)
5. Medizinische Versorgung (1 Item; 7% Varianzaufklärung; Item: Die Wunde muss notfallmäßig medizinisch versorgt werden)

„Andere“ kurzfristige Konsequenzen gibt es bei 32% der Patienten (N=60) wenigstens gelegentlich (M=2,0; SD=1,1).

Wie zu erwarten wird die Spannungsreduktion (87%) und die Reduktion unangenehmer Gefühle (80%) von der überwiegenden Mehrheit der Patienten als eine wenigstens gelegentliche Konsequenz angegeben. Der Itemmittelwert liegt bei dem Faktor negative Verstärkung mit 3,2 deutlich höher als bei den anderen Faktoren, was darauf hindeutet, dass diese Art von Konsequenz für die meisten Patienten eine zentrale Bedeutung hat.

Interessant ist ebenfalls, dass ungefähr die Hälfte der Patienten (55%) wenigstens gelegentlich einen unmittelbar angenehmen Zustand erlebt.

Die Vielfalt der Konsequenzen zeigt sich auch darin, dass 65% der Patienten wenigstens gelegentlich unangenehme Gefühle erleben.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass viele Patienten sowohl positive als auch negative Konsequenzen erleben.

Langfristige Konsequenzen

Mit den 10 Items bzgl. der langfristigen Konsequenzen des SVV wurde zunächst eine Faktorenanalyse mit Varimaxrotation berechnet. Es ergab sich eine Lösung mit 3 Faktoren bzw. Skalen und einer Varianzaufklärung von 61%:

1. Positive Konsequenzen (3 Items; 23% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 2,2; Beispielitem: Meine allgemeine Befindlichkeit wird besser)
2. Negative Konsequenzen (4 Items; 22% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 3,0; Beispielitem: Ich habe unangenehme Gefühle [z.B. Schuld, Scham, Ärger, Traurigkeit])
3. Soziale Konsequenzen (3 Items; 17% Varianzaufklärung; Itemmittelwert: 2,0; Beispielitem: Andere [z.B. mein Partner, Eltern] machen sich Sorgen um mich und wenden sich mir zu)

„Andere“ langfristige Konsequenzen gibt es bei 28% der Patienten (N=52) wenigstens gelegentlich (M=1,9; SD=1,1) Am häufigsten erleben die Patienten negative langfristige Konsequenzen, 72% haben wenigstens gelegentlich unangenehme Gefühle, und 71% fühlen sich labil. Ungefähr die Hälfte der Patienten gibt aber auch langfristig wenigstens gelegentlich eine bessere Befindlichkeit an.

Veränderungsmotivation, Selbstkontrolle und Alter bei Beginn

Die beiden Items zum Möchten und Können korrelieren mit $\rho=0,45$ deutlich miteinander. Die sich daraus ergebende gemeinsame Varianz von 20% zeigt jedoch, dass es sich um zwei getrennte Aspekte handelt, die von den Patienten häufig auch unterschiedlich beurteilt werden.

Zum Möchten geben 80 % der Patienten an, dass sie ganz sicher oder ziemlich wahrscheinlich auf das SVV verzichten wollen. Wie zu erwarten sind die Patienten beim Können deutlich kritischer, hier sind es nur 32 %.

Bei der Frage, in welchem Lebensalter mit dem SVV begonnen wurde, ergab sich folgende Verteilung: 27 % (N = 52) mit 12 Jahren oder früher, 24 % (N = 46) mit 13 – 15 Jahren, 23 % (N = 44) mit 16 – 18 Jahren, 8 % (N = 16) mit 19 – 21 Jahren und 19 % (N = 37) mit 22 Jahren oder später.

Indirekte Methoden

Die häufigste indirekte Methode ist „schlecht über mich denken, mich gedanklich beschimpfen“; dies wird von 86 % der Patienten wenigstens gelegentlich gemacht. Ebenfalls relativ häufig sind Essstörungen. 57 % geben an, gelegentlich zu hungern, 47 % berichten Fressanfälle, und 30 % erbrechen absichtlich. Bis zum Umfallen arbeiten wird von 50 % mit wenigstens gelegentlich beurteilt, und 47 % geben übermäßigen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum an.

Labilisierende Bedingungen

Alle neun angeführten labilisierenden Bedingungen liegen bei mehr als der Hälfte der befragten Patienten vor. Schlafprobleme haben mit 93 % fast alle, und Probleme im familiären Umfeld sowie eine unklare berufliche Situation liegen bei 79 % der Patienten vor.

Reliabilität

Die Test-Retest-Reliabilität liegt für die 13 Items zu den Methoden zwischen 0,93 und 0,69. Für die Häufigkeit von SVV zeigt sich für den aktuellen Zeitraum lediglich ein Wert von 0,53, was damit erklärt werden kann, dass sich diese Angabe

lediglich auf die letzten vier Wochen bezieht. Für den letzten „ruhigen“ Zeitraum liegt der Wert bei 0,63 und für den Krisenzeitraum bei 0,84. Für die 26 Items zu den Auslösern liegen die Werte zwischen 0,91 und 0,57, wobei lediglich zwei Werte unter 0,6 liegen. Für die 15 Items zu den kurzfristigen Konsequenzen liegen die Werte zwischen 0,46 und 0,82, wobei lediglich zwei Werte unter 0,6 liegen. Für die 11 Items zu den langfristigen Konsequenzen liegen die Werte zwischen 0,43 und 0,84, wobei drei Werte unter 0,6 liegen. Für die beiden Items zur Motivation und Selbstkontrolle ergeben sich Werte von 0,77 und 0,79. Bei den 12 Items zu den indirekten Methoden ergeben sich Reliabilitäten zwischen 0,50 und 0,91, wobei lediglich eine Korrelation unter 0,6 liegt.

Weitere Zusammenhänge innerhalb des FSVV und mit anderen Variablen

Die im Folgenden beschriebenen Zusammenhänge werden mit Blick auf die Validität des FSVV dargestellt.

Die Häufigkeit der verschiedenen Methoden und die Häufigkeit von SVV zu verschiedenen Zeiten korrelieren nicht signifikant mit der Anzahl von Suizidversuchen und einem Suizidversuch im letzten halben Jahr. Dies ist ein Hinweis darauf, dass es dem FSVV gelingt, SVV zu erfassen, das nicht mit suizidalem Verhalten konfundiert ist.

Der GSI-Wert des SCL-90-R korreliert nicht signifikant mit der Häufigkeit von SVV zu verschiedenen Zeiten. Dies ist ein Hinweis auf die Unabhängigkeit des SVV gegenüber der allgemeinen psychosomatischen Symptombelastung.

Es zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen den Häufigkeiten von SVV zu verschiedenen Zeiten und den Werten auf den Auslöser-Skalen (Ausnahme ist die Skala Verlangen und Konsum von Alkohol/Drogen). D.h., dass sich Patienten, für die es viele stark wirksame potentielle Auslöser gibt, auch häufiger selbst verletzen.

Die Skala „negative“ Verstärkung bei den kurzfristigen Konsequenzen korreliert mit einigen Skalen der Auslöser, am stärksten ist der Zusammenhang mit der Skala negative Gedanken und Gefühle ($\rho = 0,45$). Dies erscheint in sich schlüssig; Patienten, die sich aufgrund von negativen Gedanken und Gefühlen selbst verletzen, erleben dann auch relativ häufig eine Reduktion dieser Gefühle und Gedanken – das SVV ist in dieser Hinsicht quasi „erfolgreich“.

Die Skala „positive“ langfristige Konsequenzen weist eine relativ hohe Korrelation mit dem Auslöser Suchtdruck ($r=0,41$) auf. Aus diesem Zusammenhang kann die Hypothese abgeleitet werden, dass es eine Gruppe von Patienten gibt, die primär angenehme Konsequenzen erleben und für die SVV eher im Rahmen einer Abhängigkeitsstörung interpretiert werden kann.

■ Diskussion

Zusammenfassend fällt die Bewertung des FSVV aufgrund der hier vorgestellten statistischen Analysen und Erfahrungen sehr positiv aus. Dies kann anhand der fünf Kriterien von Nitkowski und Petermann (2009b) zur Beurteilung von Instrumenten zur klinischen Diagnostik von SVV verdeutlicht werden:

Definition/Merkmale: Beim FSVV wird in der Einleitung klar definiert, auf welche Art von nichtsuizidalem SVV sich der Fragebogen bezieht. Der fehlende Zusammenhang mit den Suizidversuchen bestätigt, dass die Trennung gegenüber suizidalem Verhalten gelungen ist. Von den sechs diagnoserlevanten Merkmalen werden mit dem FSVV alle mit Ausnahme der Lokalisation auf dem Körper erfasst: Methoden, medizinische Verletzungsschwere, Auftretenshäufigkeit, Alter bei Beginn und Funktionen (Motive).

Komorbiditätsdiagnostik: Der FSVV bezieht sich allgemein auf SVV, unabhängig davon, im Rahmen welcher primären Störung dieses Verhalten auftritt. D.h., eine Komorbiditätsdiagnostik kann mit dem FSVV nicht vorgenommen werden. In weiterführenden Studien könnte jedoch untersucht werden, ob sich bei einzelnen Items ein systematischer Unterschied zwischen Diagnosegruppen zeigt.

Psychometrische Qualität: Die mit dem FSVV erhobenen Daten und die internen Zusammenhänge erscheinen plausibel und entsprechen den klinischen Erwartungen. Dies kann im Sinne einer guten Inhaltsvalidität interpretiert werden. Ebenfalls positiv zu bewerten sind die Ergebnisse der Reliabilitätsüberprüfung.

Handhabung: Im klinischen Einsatz liefert der FSVV auf eine ökonomische Art und Weise eine differenzierte Beschreibung des SVV eines Betroffenen, die wichtige Informationen für die Therapieplanung beinhaltet. Hierbei ist jedoch Voraussetzung, dass der Patient bereit ist, in einem Fragebogen offen Auskunft zu geben. An dieser Stelle sei erwähnt, dass der Fragebogen unserem Eindruck nach von fast allen Patienten als standardisiertes und ökonomisches Erhebungsinstrument positiv angenommen und offen beantwortet wurde.

Zielgruppe: Der FSVV kann vom frühen Jugendalter bis ins hohe Erwachsenenalter angewendet werden.

Kritisch zu betrachten ist der Zeitbezug von sechs Monaten. Es stellt sich die Frage, ob für einen solch langen Zeitraum eine valide Angabe möglich ist, wobei die Ergebnisse letztlich dafür sprechen. Aufgrund des langen Bezugszeitraums eignet sich der FSVV jedoch nicht zur Verlaufsmessung. Ziel war es, mit diesem relativ langen Zeitbezug vom Patienten eher eine allgemeine, situationsübergreifende Antwort und weniger eine aktuelle Zustandsbeschreibung zu erhalten. Bei einer Weiterentwicklung des FSVV wäre zu untersuchen, ob der FSVV für die Verlaufsmessung auch mit einem kürzeren Zeitfenster von beispielsweise einem Monat einsetzbar ist.

Die Ergebnisse der Faktorenanalysen für die Konsequenzen stehen im Einklang mit theoretischen Modellen, die für SVV drei mögliche Funktionen bzw. Zielsetzungen der Betroffenen annehmen: Reduktion von unangenehmen psychischen Zuständen, Herstellung von gewünschten psychischen Zuständen und Beeinflussung des Verhaltens anderer (vgl. Kleindienst et al., 2008; Nock, 2010).

Hinsichtlich der Diskussion, ob es sich bei SVV um eine Impulskontroll- oder eine Abhängigkeitsstörung handelt (Peter-

mann & Winkel, 2009), lassen sich die Ergebnisse vorsichtig so interpretieren, dass beide Aspekte relevant und scheinbar bei Patienten unterschiedlich stark ausgeprägt sind.

Die dargestellten Ergebnisse lassen vermuten, dass der FSVV auch in kontrollierten wissenschaftlichen Studien eingesetzt werden könnte. Hierfür wäre es jedoch notwendig, im Vorfeld zunächst noch die psychometrischen Kennwerte (Reliabilität, Validität) in einem kontrollierteren Untersuchungsdesign weiter zu bestimmen.

■ Literatur

- Fleischer, M. & Herpertz, S.C. (2009). Phänomenologie und Epidemiologie selbstverletzenden Verhaltens. In C. Schmahl & C. Stiglmayr (Hrsg.), *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen* (S. 15-28). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fliege, H., Kocalevent, R.-D., Walter, O.B., Beck, S., Gratz, K.L., Gutierrez, P.M. & Klapp, B.F. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61:113-121.
- Franke, G. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.
- Gutierrez, P.M., Osman, A., Barrios, F.X. & Kopper, B.A. (2001). Development and initial validation of the Self-harm Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77, 475-490.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Bmj*, 325, 1207-1211.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.
- Heuft, G. & Senf, W. (Hrsg.). (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M.F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U.W., Chapman, A.L., Reicherzer, M., Stieglitz, R.-D. & Schmahl, C. (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, (3), 230-236.
- Muehlenkamp, J.J. & Gutierrez P.M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 12-23.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009a). Verhaltensdiagnostik selbstverletzenden Verhaltens. *Nervenheilkunde*, 4, 227-231.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009b). Instrumente zur klinischen Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (3), 215-226.
- Nixon, M.K., Cloutier, P.F. & Aggarwal, S. (2002). Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (11), 1333-1341.
- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Nyberg, E. & Stieglitz, R.D. (2009). Diagnostik selbstverletzenden Verhaltens. In C. Schmahl & C. Stiglmayr (Hrsg.), *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen* (S. 29-38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F. & Winkel, S. (2007). Selbstverletzendes Verhalten – Diagnostik und psychotherapeutische Ansätze. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55 (2), 123-133.
- Petermann, F. & Winkel, S. (2009). *Selbstverletzendes Verhalten* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W. & Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a Scale for Identifying Self-Destructive Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (7), 973-983.
- Schmahl, C. & Stiglmayr, C. (Hrsg.). (2009). *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walsh, B. (2007). *Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide*. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (11), 1057-1068.

■ Autorenhinweis

Dr. med. Markus Reicherzer, Dr. phil. Tobias Brandl
 Klinik Dr. Schlemmer
 Centrum für psychosomatische Medizin
 Stefanie-von-Strechine-Straße 16
 83646 Bad Tölz
 markus.reicherzer@klinik-schlemmer.de