

PROJEKTBE SCHREIBUNG
MARIANNE-RINGLER-PREIS FÜR FORSCHUNG

**Persönlichkeitsstruktur bei PatientInnen mit
Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)
mit oder ohne selbstverletzendem Verhalten**

Projektbeschreibung / Kurzversion

Antragsteller: **Dr. med. Nestor Kapusta,**
Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Datum: 18.06.2010

Projektkurzfassung

Projekttitle: Persönlichkeit bei BPD und selbstverletzendem Verhalten

Das Ziel der Studie ist die Erforschung von Persönlichkeitseigenschaften bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPD) mit und ohne selbstverletzenden Verhaltensweisen, da selbstverletzendes Verhalten einen Großteil der therapeutischen Arbeit dieser Patientengruppe einnimmt (vgl. Oldham, 2006). Maladaptive Dimensionen der Persönlichkeit können Aufschluss über dieses Verhalten geben und derart können weitere Implikationen für die psychoanalytisch-psychotherapeutische Arbeit entwickelt werden. Studien zeigen, dass selbstverletzendes Verhalten bei 50% der Borderline-Patienten während ihrer Lebenszeit auftreten und signifikante Zusammenhänge zwischen Selbstverletzungshäufigkeit und Schweregrad der Borderline Persönlichkeitsstörung bestehen (Sansone, Gaither & Songer, 2002). Weiters fand man bereits in einer Vorgänger-Studie (Klonsky et al., 2003), dass Borderline-PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten eine maladaptivere Persönlichkeitsstruktur als diejenigen aufweisen, die solches Verhalten nicht zeigen. Eine größere Sensitivität in Bezug auf Ablehnung, eine erhöhte Neigung zum Aufbau von Spannungs- und Angstgefühlen, eine feindlichere Einstellung gegenüber sich selbst und anderen sowie Impulsivität erhöhen das Risiko für selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten (Mangnall & Yurkovich, 2008). Um die Fragestellung zu prüfen soll eine Querschnittserhebung mit nachfolgender Katamnese nach einem Jahr mittels einer hypothesengeleiteten Fragebogenstudie an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie des AKH Wien durchgeführt werden. Es wird dazu eine Stichprobe von 100 Personen der AmbulanzpatientInnen mit BPD gezogen. Primär werden die PatientInnen in Hinblick auf selbstverletzende Verhaltensweisen und Persönlichkeitsdimensionen befragt. Persönlichkeitsdimensionen werden im Strukturierten Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO; Clarkin et al., 2004) erfasst, das Aufschluß über die Persönlichkeitsstruktur gibt. So können Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur zwischen Borderline-Patienten mit und ohne selbstverletzenden Verhaltensweisen erhoben werden und klinische Implikationen für psychoanalytisch-psychotherapeutische Interventionen abgeleitet werden. Neben soziodemographischen Variablen, werden noch komorbide Störungen (SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997; BDI; Hautzinger et al., 1994) erhoben.

Abstract

Project title: Is there a self-harm-personality in patients with BPD?

The aim of this study is to assess personality traits of borderline-patients who do or do not show deliberate self-harm. Self-harming behaviour and suicidality is a key focus of the psychotherapeutical process and receives much attention (Oldham, 2006). Therefore, it is important to understand self-harm and its relation to the personality structure. Maladaptive dimensions of personality can give us information about the origin of self-harming behaviours and help us to focus psychoanalytic-psychotherapy on this malfunctioning dimensions.

Studies show us that 50% of the borderline-patients develop self-harm behaviour during their lifetime and that the frequency of this behaviour is highly related to the severity of the borderline personality disorder (BPD) (Sansone, Gaither & Songer, 2002). Additionally, Klonsky et al. (2003) found, that borderline-patients, who show deliberate self-harm, have more maladaptive personality traits than borderline-patients with no such behaviours. Some of the personality traits representing the highest risk for self-destructive behaviours among patients with BPD are a heightened sensitivity to rejection, a higher tendency to the buildup of tension and anxiety, a greater level of extrapunitive and intropunitive hostility as well as impulsivity (Mangnall & Yurkovich, 2008).

In order to examine the above mentioned questions, a cross-sectional analysis with a follow up after one year is planned. The study takes place at the Department for Psychoanalysis and Psychotherapy of the Medical University Vienna. In the study we include 100 patients from the out-patient-clinic, who were diagnosed with BPD. Primarily we assess self-destructive behaviours and suicidality and personality dimensions. Personality dimensions are examined with the Structured Interview for Personality Organization (STIPO; Clarkin et al., 2004). The instrument measures the severity of a BPD in assessing the maladaptive degree of the personality organization of the individual and maladaptive dimensions of personality based on psychoanalytic theory. Next to sociodemographic variables, we investigate comorbid disorders (SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997; BDI; Hautzinger et al., 1994).

1 Einleitung

Selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten nimmt im Therapieprozess einen sehr großen Stellenwert ein (vgl. Oldham, 2006). Maladaptive Dimensionen der Persönlichkeit können Aufschluss über dieses Verhalten geben und derart können weitere Implikationen für die psychotherapeutische Arbeit entwickelt werden.

Das Ziel dieser Studie ist demnach die Persönlichkeit von Borderline-Patienten mit und ohne selbstverletzendem Verhalten gegenüber zu stellen.

Die Haupthypothese dieser Untersuchung lautet:

Hypothese: Selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-PatientInnen wird durch die Persönlichkeitsstruktur (STIPO) bestimmt. Je mehr die Persönlichkeit in Richtung Borderlineorganisation orientiert ist, desto eher zeigt sich selbstverletzendes Verhalten bzw. Borderline-PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten zeigen im STIPO einen signifikant höheren Schweregrad der BPS als PatientInnen ohne selbstverletzendes Verhalten.

1.1 Theoretische Überlegungen und Zweck der Studie

Die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) haben weniger als 2% der in der Bevölkerung lebenden Menschen, jedoch bis zu 20% stationärer und bis zu 10% ambulanter Patienten (Chapman, Specht & Cellucci, 2005).

Nach der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen F60 um tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Abweichungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung zeigen sich vor allem im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. Das ICD-10 unterscheidet 9 Arten von Persönlichkeitsstörungen, wobei jede mittels allgemeiner (siehe Tabelle 1) und spezieller Diagnosekriterien eingeschätzt wird.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung nach Borderline-Typus (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch die in Tabelle 2 dargestellten speziellen Diagnosekriterien.

Tabelle 1: Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000)

A. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ("Normen") ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen);
2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion);
3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung;
4. Zwischenmenschliche Beziehungen und die Art des Umganges mit ihnen.

B. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).

C. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides, deutlich dem unter B. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.

D. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.

E. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F00 – F59 und F70 – F79 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.

F. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07.- verwendet werden).

Tabelle 2: Spezielle diagnostische Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung – Borderline Typus nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000)

Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen,

1. deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
5. unbeständige und unberechenbare Stimmung.

Weiters müssen mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen vorhanden sein:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller);
2. Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung;
5. anhaltende Gefühle von Leere.

Kernberg (1992) erweiterte diesen phänomenologisch orientierten Ansatz des ICD-10 auf einer strukturellen Ebene der Persönlichkeitsorganisation, wobei Identitätsstörung, unreife Abwehrmechanismen und Realitätskontrolle zentrale Pfeiler der Borderline Persönlichkeitsorganisation darstellen.

Ein Bestandteil der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus ist nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 230) die Anwesenheit von „Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen“. Allerdings zeigen nicht alle Borderline-PatientInnen selbstschädigendes Verhalten. Studien von Borderline-PatientInnen zeigen hohe Lebenszeitprävalenzen von um 50% (Chapman, Specht & Cellucci, 2005) und positive Zusammenhänge zwischen Schweregrad der BPS und der Selbstverletzungshäufigkeit. Die durchschnittliche Anzahl selbstverletzenden Verhaltens steigt dabei zwischen dem 18. und dem 24. Lebensjahr drastisch an und bleibt bis zum 59. Lebensjahr relativ stabil (Sansone, Gaither & Songer, 2002).

Selbstverletzendes Verhalten ohne suizidale Absicht wie Schneiden, Verbrennen und Schlagen ist häufiger unter Borderline-PatientInnen verbreitet, es können jedoch beide Formen selbstdestruktiven Verhaltens mit und ohne Absicht nebeneinander in einer Person existieren (Oldham, 2006). Viele Studien unterstützen die Klassifikation von absichtlich selbstverletzendem Verhalten als ein Symptom der BPS, es kann aber auch in Verbindung mit anderen Diagnosegruppen wie dissoziative Störungen, affektive Störungen, posttraumatische Störungen und Essstörungen auftreten (Mangnall & Yurkovich, 2008).

Es gibt Hinweise dafür, dass PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten ein abweichendes Körpererleben haben. Ebenfalls ist bekannt, dass traumatische Kindheitserfahrungen zu verändertem Körperbewusstsein, insbesondere zu Essstörungen beitragen (Sansone and Sansone, 2007). Andere Untersuchungen zeigen, dass Körpermanipulationen wie Piercings oder Tattoos psychopathologische Ähnlichkeiten mit selbstverletzenden Verhalten darstellen können und legen eine veränderte Körperwahrnehmung nahe (Stirn und Hinz, 2008).

Klonsky und Mitarbeiter (2003) fanden in ihrer Untersuchung des selbstverletzenden Verhaltens bei BPS an militärischen Rekruten eine Art „selbstverletzendes Persönlichkeitsprofil“. Personen, die selbstverletzendes Verhalten zeigten, wurden häufiger dadurch beschrieben, dass sie intensivere

Gefühlserlebnisse hatten sowie auf interpersonelle Ablehnung sensibler reagierten. Klonsky und Mitarbeiter (2003) wiesen ebenfalls darauf hin, dass in Hinblick auf Spannungsgefühle, Ängste über depressiven Gefühlen als Vorläufer selbstverletzenden Verhaltens dominierten.

Ebenso bestehen unter dem Hinblick der Persönlichkeit bei Personen mit selbstdestruktivem Verhalten Tendenzen impulsiver zu handeln und Gefühle nicht offen ausdrücken zu können, was wiederum zu erhöhtem Spannungsdruck führt. Eine Kombination aus vermehrten negativen Affekten wie Ärger, Schuldgefühlen oder Selbsthass kann bei fehlenden Copingalternativen dazu führen, dass die aggressiven Absichten gegen sich selbst gerichtet werden (Mangnall & Yurkovich, 2008). Andererseits scheint selbstverletzendes Verhalten aber auch dazu zu dienen ein Gefühl der Leere und Irrealität zu überbrücken und wurde mit dissoziativen Episoden (Gratz, Conrad & Roemer, 2002) und traumatischen Kindheitserfahrungen (Klonsky et al., 2003) in Verbindung gebracht.

Auf der Basis des psychodynamischen Konzepts der Persönlichkeitsorganisation von Otto Kernberg soll überprüft werden ob mit zunehmend dysfunktionaler Persönlichkeitsstruktur zunehmende selbstdestruktive Verhaltensweisen auftreten und inwiefern einzelne Dimensionen der Persönlichkeitsstruktur wie „Integration der Identität“, „Realitätsprüfung“, „primitive Abwehrmechanismen“ und andere aus dem Modell relevante Dimensionen (Clarkin et al., 2004) zum selbstverletzenden Verhalten beitragen.

Diese Studie trägt auf unterschiedliche Art zu Erschließung wissenschaftlicher Forschung bei indem sie erstens die Ergebnisse von Klonsky und Mitarbeiter (2003) zu Zusammenhängen zwischen Borderline-PatientInnen mit und ohne selbst verletzenden Verhaltensweisen und Persönlichkeitsstruktur ausweitet, da deren Stichprobe aus Air-Force Rekruten gezogen wurde. Bei dieser Studie handelt es sich um eine klinische Stichprobe, die nur PatientInnen mit BPS einschließen soll. Zweitens wird zur Erhebung der Persönlichkeitsstruktur das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO; Doering, 2004) verwendet, das auf Kernbergs Konzept aufbauend, die Persönlichkeitsstruktur von Borderline-PatientInnen erhebt und einer psychometrischen Testung unterzogen wird. Drittens ist aufgrund des vorliegenden Forschungsprojekts zu erwarten, dass Erkenntnisse zu selbstverletzendem Verhalten in dieser klinischen Stichprobe vorangetrieben werden, da nicht nur 2 Items (wie bei Klonsky et al., 2003) selbstverletzendes Verhalten erfassen, sondern anhand von 4 unterschiedlichen Inventaren die Art, Häufigkeit, Schweregrad, Dauer, Methoden, Gründe und Behandlungsgeschichte des selbstverletzenden Verhaltens erfasst werden. Zusätzliche Variablen wie Körperkonzept und

komorbide Störungen tragen zusätzlich zu einem Erkenntnisgewinn bei.

Aus diesem Projekt könnten sich weitere Implikationen für die Psychotherapieforschung ergeben, sowie über den wissenschaftlichen Bereich hinaus auf psychotherapeutischer und medizinisch-psychiatrischer Seite für die Behandlung von Borderline-PatientInnen.

1.2 Design, Methoden und Vorgehensweise

Die hypothesengeleitete Studie ist gekennzeichnet durch eine empirisch-quantitative Datenerhebung mittels psychologischer Testverfahren. Bei der Fragebogenuntersuchung handelt es sich um eine Querschnitterhebung an 100 Borderline-PatientInnen im ungefähren Alter zwischen 18 und 45 Jahren, die sich im Rahmen des Routineablaufs an der Ambulanz der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie zur Beratung und Psychotherapieplanung melden.

Der Anteil der Männer zu dem der Frauen wird bei ungefähr 80:20 liegen, aufgrund der hohen Verbreitung von BPS vor allem bei jüngeren Frauen (Johnson et al., 2003). Was bedeutet, dass sich eine repräsentative Stichprobe für eine Population von Borderline-Patienten aus einer größeren Anzahl weiblicher, im jungen Erwachsenenalter befindlicher Personen zusammensetzt.

Die Testung wird zusätzlich zur bestehenden Erstdiagnostikroutine für alle Borderline-PatientInnen angeboten, wie es bereits derzeit in der Planung des Therapieprozesses bei bestimmten PatientInnen angewandt wird. Die Studie würde eine zusätzliche katamnestische Untersuchung nach einem Jahr vorsehen.

Um ethischen Überlegungen Rechnung zu tragen, wird zum Zeitpunkt der Befragung über das Studienvorhaben informiert und die Einwilligung zur Studie und zur eventuellen Katamnese eingeholt. Die Befragung mittels einer psychologischen Fragebogenbatterie findet im Einzelsetting statt.

Einschlusskriterien

1. Frauen und Männer mit der klinischen Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung (ICD-10) ab einem Mindestalter von 18 Jahren, die als ambulante PatientInnen an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie des Allgemeinen Krankenhauses Wien ein Erstgespräch erhielten.
2. Die Probanden müssen persönlich einwilligungsfähig sein, d.h. in der Lage sein die Probandeninformation zu verstehen und eine Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Ausschlusskriterien

1. Personen werden von der Testung ausgeschlossen, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, da die Fragebögen/Interviews in deutscher Sprache vorgegeben werden.
2. Ebenfalls sind Personen von der Testung auszuschließen, für die eine Testung aufgrund von akuter psychischer Problematik (etwa psychotischem Erleben oder akuter Suizidalität), unzumutbar wäre.

Soziodemographische Daten werden aus dem bei der Routinediagnostik erhobenen Datenblatt mit Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungsstand entnommen.

Eingangs wird der Hauptfragebogen, das Strukturierte Interview zu Persönlichkeitsorganisation in deutscher Version (STIPO-D; Doering, 2004) im Fremd-Rating-Verfahren durchgeführt, das Dimensionen der Persönlichkeit auf neurotischem und Borderline-Niveau abbildet und eine differenzierte Einschätzung durch unterschiedliche Abstufungen von Schweregraden der BPS ermöglicht. Das STIPO erfasst auf 8 Skalen die Bereiche „Identität“, „Objektbeziehungen“, „Primitive Abwehr“, „Coping/ Rigidität“, „Aggression“, „Wertvorstellungen“, „Wahrnehmungsverzerrungen und Realitätskontrolle“. 94 Einzelitems werden zunächst auf einer dreistufigen Skala eingeschätzt (0 bis 2), wobei für jedes Item drei Ankerbeispiele bzw. Definitionen für das Rating vorgegeben werden. Im Anschluss an das Interview werden Summenscores für die einzelnen Skalen gebildet und globale Ratings für jede Skala auf einer fünfstufigen Skala (1 bis 5) durchgeführt. Abschließend wird das Niveau der Persönlichkeitsorganisation auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt: Normal, Neurotisch 1, Neurotisch 2, Borderline 1, Borderline 2 und Borderline 3.

Zur Erfassung selbstverletzenden Verhaltens werden vier sehr kurze, Fragebögen in deutscher Übersetzung verwendet. Erstens wird der Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ; Gutierrez et al., 2001) vorgelegt, der die Art des suizidalen Verhaltens erhebt. Zweitens wird das Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI; Gratz, 2001) eingesetzt, das Häufigkeit, Schweregrad, Dauer und Methoden des selbstverletzenden Verhaltens abbildet. Drittens wird der Self-Harm Reason Questionnaire (SHRQ; Lewis & Santor, 2008) vorgegeben, der die Gründe für das selbstverletzende Verhalten erhebt. Zudem wird der Fragebogen zu suizidalem und selbstverletzendem Verhalten (FSSV; Deutsche Version des Cornell Interview for Suicidal and Self-

Harming-Behavior CISSB) und der Fragebogen zur Behandlungsgeschichte (FBG; Deutsche Übersetzung des Cornell Revised Treatment History Inventory CRTHI) als Selbstrating-Fragebogen vorgelegt. Es handelt sich um einen Fragebogen zu suizidalem Verhalten und zur Behandlungsgeschichte nach suizidalem Verhalten, der in einer unserer laufenden Studien bereits eingesetzt wird und jeweils eine geringfügige Änderung der von Linehan et al (1993) entwickelten und bei Borderline PatientInnen eingesetzten Fragebögen darstellt.

Um komorbide Störungen abzuklären werden im folgenden Testverlauf das Strukturierte Klinisches Interview für DSM-IV in Achse I und II (SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) sowie das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger et al., 1994) zur Bestimmung des Schweregrads einer möglichen Depression verwendet.

1.6 Literatur

Chapman, A. L., Specht, M. W. & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide Life-Threat Behav*, 35, 388-399.

Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. & Kernberg, O. (2004). *Structured Interview for Personality Organization* (STIPO). NY: Weill Medical College.

Deusinger, I. M. (1998). *Frankfurter Körperkonzeptskalen* (FKKS). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien/WHO* (4., korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern [u.a.]: Hans Huber.

Doering, S. (2004). *Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation – deutsche Version: STIPO-D*. Übersetzung der englischen Originalausgabe: Structured Interview for Personality Organization (STIPO). NY: Weill Medical College.

Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopath Behav Assessment*, 23, 253-263.

Gratz, K., Conrad, S., Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self harm among college students. *Am J Orthopsychiatry*, 72, 128-140.

Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X. & Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *J Personality Assessment*, 77, 475-490.

Hautzinger, M, Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar*. Bern: Huber.

Johnson, D. M., Shea, M T., Yen, S., Battle C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Bender, D. S., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G. & Zanarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal disorders

study. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 284-292.

Kernberg, O.F. (1992): *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*, 160, 1501-1508.

Lewis, S. P. & Santor, D. A. (2008). Development and validation of the Self-Harm Reasons Questionnaire. *Suicide Life-Threat Behav*, 38, 104-115.

Linehan M. M., Heard H. L. & Armstrong H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 50(12), 971-4.

Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A literature of deliberate self-harm. *Perspectives in psychiatric care*, 44, 175-184.

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*, 163, 20-26.

Sansone, R. A., Gaither, G. A. & Songer, D. A. (2002). *Comprehensive Psychiatry*, 43, 215-218.

Sansone R. A. & Sansone L. A. (2007). Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: A developmental cascade. *Eat Disord*, 15(4), 333-46.

Shedler, J., Westen, D. (1998): Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment* 5, 335-55.

Stirn A. & Hinz A. (2008). Tattoos, body piercings, and self-injury: is there a connection? Investigations on a core group of participants practicing body modification. *Psychother Res*, 18(3), 326-33.

Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.