

# Selbstbeschädigung als Symptom psychischer Krankheiten in der PUK Zürich zwischen 1987 und 1995

■ Ch. Schmid, B. Hochstrasser, D. Hell

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

## Summary

*Schmid C, Hochstrasser B, Hell D. Automutilation as a symptom of psychiatric disease at the Psychiatric University Hospital Zurich between 1987 and 1995. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2000;151:184–9.*

Automutilation may be a very serious symptom of different psychiatric diseases. In a retrospective study we analysed the prevalence of automutilative behaviour between 1987 and 1995 at the Psychiatric University Hospital, Zurich and potential psychiatric and sociodemographic correlates to self-mutilation. We identified 57 patients with a total of 331 automutilative acts. In the time from 1987 to 1995 the prevalence rate of patients with automutilative behaviour increased from 1.25 to 1.81%. The following risk factors for automutilative behaviour could be identified: sociodemographic factors like age, female gender, social isolation and psychiatric factors like diagnosis of personality disorders, somatoform disorders or adjustment disorders; psychiatric comorbidity; agitation or gloominess on psychiatric examination and drug abuse by history.

*Keywords: automutilation; automutilative behaviour; self-mutilation*

## Zusammenfassung

Die Selbstbeschädigung kann unter anderem ein schwerwiegendes Symptom verschiedener psychischer Erkrankungen darstellen. In einer retrospektiven Studie untersuchten wir den Verlauf automutilativer Handlungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich zwischen den Jahren 1987 und 1995 sowie psychiatrische und soziodemographische Faktoren, die mit selbst-

verletzenden Handlungen assoziiert waren. In der vorliegenden Arbeit wurden 57 Patienten mit insgesamt 331 automutilativen Handlungen untersucht. In der Zeit von 1987 bis 1995 nahm die Prävalenzrate an der PUK Zürich für Patienten mit automutilativen Handlungen von 1,25 auf 1,81% zu. Als Risikofaktoren für automutilatives Verhalten ergaben sich soziodemographische Faktoren (jugendliches Alter, weibliches Geschlecht, soziale Isolation), psychiatrische Diagnosen (Persönlichkeitsstörung; neurotische, Belastungs-, somatoforme Störung), psychiatrische Komorbidität, erregte bzw. bedrückte Stimmung im Psychostatus und anamnestischer Tablettenmissbrauch.

*Schlüsselwörter: Selbstbeschädigung; Automutilation; Aggression*

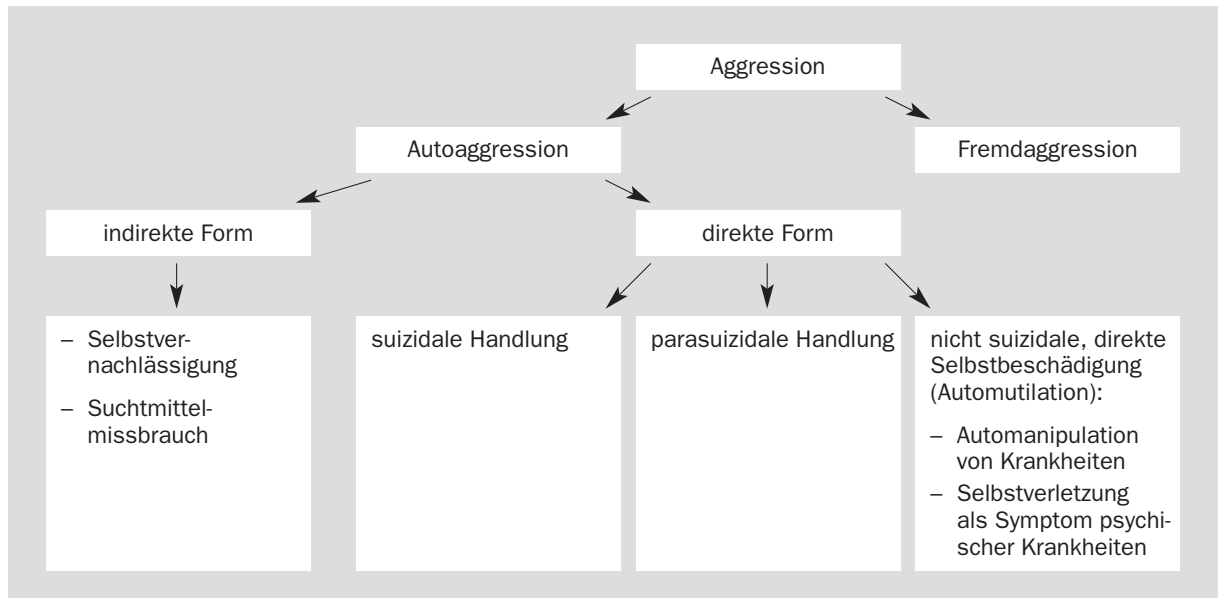
## Einleitung

Scharfetter [1,2] definiert Automutilation als selbstzugefügte und eigenaktive, direkte, unmittelbare und konkrete, funktional-final motivierte – ob bewusst oder unbewusst – oder eher als Automatismus ablaufende Beschädigung und Deformation des eigenen Körpers, welche kulturell nicht sanktioniert und nicht direkt lebensbedrohlich ist. Diese Definition schliesst von vornherein suizidale und parasuizidale Handlungen aus, da diese mit einer suizidalen Absicht verbunden und somit potentiell lebensbedrohlich sind. Andererseits werden Tätowierungen, Piercing, Blutsfreundschaft, Beschneidungen usw. ebenfalls ausgeschlossen, da diese kulturell akzeptierte Handlungen darstellen. Einen kurzen Überblick über die Formen von Aggression stellt Abbildung 1 dar.

Prävalenzerhebungen automutilativer Handlungen gestalten sich ziemlich schwierig, da Falldefinition sowie Fallidentifikation nicht einheitlich erfolgen. Schätzungen nach liegt die Prävalenz oberflächlicher Automutilationen (wie Ritzen oder Schneiden der eigenen Haut) in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0,6 und 0,75% (Herpertz et al. [3]). In psychiatrischen Kliniken dagegen ist die

Korrespondenz:  
Dr. med. Christian Schmid  
Lägerstrasse 21  
CH-5400 Baden  
e-mail: chrigel\_schmid@hotmail.com

**Abbildung 1**  
Formen der  
Aggression.



Prävalenz um das 5–6fache erhöht (Ballinger [4], Philipps und Muzaffer [5]). Bei speziellen psychischen Erkrankungen kann selbstverletzendes Verhalten noch häufiger vorkommen. So wird die Prävalenzrate bei multipler Persönlichkeitsstörung mit 34% (Favazza et al. [6]), bei Anorektikern und Bulimikern zwischen 25 und 40% (Winchel et al. [7]), bei institutionalisierten geistig Behinderten mit 13,6% (Griffin [8]) und bei Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 13% (Favazza et al. [9]) angegeben.

Verschiedene Studien versuchten Charakteristiken von Patienten mit automutilativem Verhalten zu definieren. Graff et al. [10] beschrieben den typischen Patienten mit automutilativem Verhalten als eine attraktive, junge, intelligente und ledige Frau, die zu Sucht neigt, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hat, ein «alles oder nichts»-Verhalten in ihrer sexuellen Aktivität zeigt und Erleichterung bei selbstverletzenden Handlungen verspürt. Zudem waren physischer und sexueller Missbrauch in der Kindheit auffallend häufig.

Automutilative Handlungen scheinen multifaktoriell determiniert zu sein. Patienten sehen ihr automutilatives Verhalten unter anderem als Mittel, Spannungszustände zu lösen, sich von Wut oder Frustration zu befreien, sich zu bestrafen, inneren Schmerz zu übertönen und auf Halluzinationen oder Wahngedanken zu reagieren. In der Fremdinterpretation der Behandelnden wird Automutilation gesehen als Autotherapie, Dekompensationsabwehr, Suizidersatz, Folge einer Kommunikationsstörung bzw. als Appell. Einige Autoren [11, 12] sehen die Automutilation als

Handlung, um Erleichterung von dissoziativen Zuständen zu erhalten (v.a. bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen), auch wenn diese Interpretation kontrovers diskutiert wird [13]. Weitere Hypothesen zur Ätiologie der Automutilation umfassen lerntheoretische und psychoanalytische Erklärungsansätze, organische Faktoren sowie die Selbststimulationshypothese (Hänsli [14]). Diese besagt, dass ein Organismus ein gewisses Mass an Stimulation benötigt. Erhält er dies nicht, neigt er dazu, das Ungleichgewicht durch eigene Stimulation (mittels stereotypen Bewegungen einschliesslich selbstverletzenden Verhaltensweisen) auszugleichen.

In der vorliegenden Arbeit ging es vorwiegend darum, herauszufinden, inwieweit sich die Häufigkeit automutilativen Verhaltens an der PUK Zürich in der Zeit zwischen 1987 und 1995 verändert hatte und welche Risikofaktoren für automutilatives Verhalten ausgemacht werden können.

## Methoden

Die Untersuchungspopulation umfasst alle Patienten, die während den Jahren 1987, 1992 und 1995 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hospitalisiert waren und eine Selbstverletzung vornahmen (insgesamt 57 Patienten mit 331 Einzelhandlungen). Ausschlusskriterien waren suizidale und parasuizidale Handlungen. Als Grundpopulation galten alle Patienten, die in den entsprechenden Jahren Aufnahme in der PUK Zürich fanden.

Mittels Datenerfassungsblatt wurden folgende Daten der Patienten registriert:

- soziodemographische Faktoren (Geburtsdatum, Geschlecht, Zivilstand, Wohnstatus, Schulbildung, Beschäftigung und berufliche Stellung);
- Hauptdiagnose, Nebendiagnosen (psychiatrische Komorbidität);
- Ersterkrankungsalter, Krankheitsdauer, Datum der selbstverletzenden Handlung;
- anamnestische parasuizidale Handlungen, Medikamentenintoxikation;
- Körperlokalisierung und Art der automutilativen Handlungen;
- Häufigkeit der automutilativen Handlung während des untersuchten Jahres;
- vorhandene anamnestische Automutilationen und deren Häufigkeit;
- Psychostatus und Umstände während der automutilativen Handlung;
- Psychopharmakaeinnahme.

Die erhobenen Daten wurden statistisch mit dem SAS-Statistikprogramm 0.6 ausgewertet. Es wurden Frequenzen bestimmt und Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen gesucht, welche ihrerseits auf ihre Signifikanz überprüft wurden (Mantel-Hanszel- $\chi^2$ -Test bei Vorliegen einer  $n \times n$  Tabelle bzw.  $\chi^2$ -Test bei Vorliegen einer  $2 \times 2$  Tabelle).

## Resultate

Die 57 Patienten mit automutilativem Verhalten waren folgendermassen auf die Jahre verteilt:

- 1987: 12 Patienten,
- 1992: 19 Patienten,
- 1995: 26 Patienten.

### Soziodemographische Faktoren

66,7% der Patienten mit automutilativen Handlungen waren Frauen. Im gleichen Zeitraum waren 48,4% der in der PUK Zürich hospitalisierten Patienten weiblich. Deutlich geht daraus hervor,

dass das weibliche Geschlecht bei selbstverletzenden Handlungen weit überwiegt. Die meisten automutilierenden Patienten waren ledig (80,7%) gegenüber 53,2% in der Grundpopulation. Das durchschnittliche Alter betrug 32,6 Jahre (Standardabweichung: 11,1 Jahre). 29,1% der untersuchten Patienten waren länger als ein Jahr hospitalisiert, 20% lebten in einem Einzelhaushalt, 14,5% wurden extern betreut oder lebten in Heimen und 12,7% wohnten noch im Elternhaus. 84,2% der Männer verletzten sich nur ein- bis zweimal während der Indexhospitalisation, während die Frauen mit automutilativen Handlungen signifikant häufiger mehr als zweimal selbstverletzende Handlungen vollzogen (Tab. 1).

### Diagnose und Komorbidität

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Erstdiagnosen (nach ICD-10) der Patienten mit automutilativen Handlungen an der PUK Zürich. Gesamthaft hatten 22,8% der untersuchten Patienten mit Automutilationen eine Schizophrenie, eine schizotype oder wahnhaftige Störung; 21,1% eine neurotische, eine Belastungs- oder somatoforme Störung; 19,3% eine affektive Störung und ebenfalls 19,3% eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung als Diagnose.

Im Verlauf der Jahre nahmen die Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen deutlich ab (1987: 41,7%; 1995: 15,4%). Die affektiven Störungen traten in den einzelnen Jahren mit einer ähnlichen Häufigkeit auf (1987: 16,7%; 1995: 19,2%), wohingegen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (1987: 16,7%; 1995: 23,1%) und insbesondere die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (1987: 8,3%; 1995: 26,9%) zunahmen. Es bestehen beachtliche Unterschiede zwischen der Grundpopulation und den untersuchten Patienten bezüglich Erstdiagnoseverteilung. In der untersuchten Population eindeutig übervertreten im Vergleich zur Grundpopulation sind die Patienten mit einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (26,9 gegenüber 3,6%) und die Patienten mit einer neurotischen, Belastungs- oder

**Tabelle 1** Beziehung zwischen Häufigkeiten und Geschlechtsverteilung selbstverletzender Handlungen.

	selbstverletzende Handlungen		total
	selten (1-2)	häufig (>2)	
männlich	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)
weiblich	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)
total	34	17	57

$\chi^2$ -Test: Value 7,143; p = 0,008

**Tabelle 2** **Tabelle 2**  
Erstdiagnoseverteilung.

	<b>1987</b> <b>n = 12</b> %	<b>1992</b> <b>n = 19</b> %	<b>1995</b> <b>n = 26</b> %
F00: organische einschliessend symptomatische psychische Störung	0	0	0
F10: psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen	0	15,8	7,7
F20: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	41,7	21,1	15,4
F30: affektive Störungen	16,7	21,1	19,2
F40: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung	16,7	21,1	23,1
F50: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	0	3,8
F60: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8,3	15,8	26,9
F70: Intelligenzmindering	8,3	5,3	3,8
F80: Entwicklungsstörungen	0	0	0
F90: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8,3	0	0
total	100	100	100

somatoformen Störung (23,1 gegenüber 7,2%).

Im Verlauf der Jahre ergaben sich grosse Unterschiede im prozentualen Anteil der untersuchten Patienten einer Diagnosegruppe bezogen auf die Grundpopulation mit derselben Diagnose. Von den Patienten mit einer affektiven Störung hatten sich 1987 1,3% und 1995 2,5% verletzt. Von den Patienten mit einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung verletzten sich 1987 4,8% und 1995 16,3%. Von den Patienten mit einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung verletzten 1987 1,9% und 1995 6,9% und von denjenigen mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung verletzten sich 1987 1,3% und 1995 0,9%.

63,2% der untersuchten Patienten mit automutilativen Handlungen hatten mindestens zwei psychiatrische Krankheiten und waren dementsprechend komorbid. Der prozentuale Anteil zeigte im Verlauf der Jahre eine steigende Tendenz (1987: 58,3%, 1992: 57,9%, 1995: 76,9%). In der Grundpopulation war die Komorbidität eindeutig weniger ausgeprägt (1987: 22,4%; 1995: 31%).

Wenn man Erst- und Zweitdiagnose berücksichtigt, so leiden 33,3% der untersuchten Patienten mit automutilativen Handlungen an einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung; 26,3% an einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung; ebenfalls 26,3% an einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung und 22,8% an einer affektiven Störung. Patienten mit einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung in der Erst- oder Zweitdiagnose verletzten sich nur zu 36,8% ein- bis zweimal während eines untersuchten Jahres, während die restlich untersuchten Patienten sich zu 71,1% selten (ein-

bis zweimal) verletzten (Mantel-Hanszel- $\chi^2$ : 6,757;  $p = 0,009$ ).

#### Art und Umfeld der automutilativen Handlungen

Bei den verschiedenen Arten automutilativer Handlungen der untersuchten Patienten stand «sich schneiden» (60,7%) im Vordergrund, am zweithäufigsten war «sich schlagen» (12,7%). Die Extremitäten waren am meisten von automutilativen Handlungen betroffen (74,2%), 23,0% der Handlungen fanden im Gesicht statt und 2,8% am Körper. Nur bei 86 der 331 Handlungen konnte der Psychostatus aufgrund der Krankengeschichte definiert werden. 54,7% der Patienten, bei denen der Psychostatus angegeben ist, sind während der automutilativen Handlung ängstlich oder bedrückt, 25,6% sind erregt und 14% sind in einem alkoholisierten oder intoxikierten Zustand.

#### Verlauf der Automutilationen an der PUK Zürich

Die Anzahl Patienten mit automutilativen Handlungen an der PUK Zürich nahm im Verlauf von 1987 bis 1995 von 1,25% (1987) auf 1,81% (1995) zu. Der Anstieg fand am deutlichsten zwischen 1987 und 1992 statt, worauf sich die Zahl der Patienten mit automutilativen Handlungen auf einen stabileren Wert einpendelte.

#### Diskussion

Wir gingen von der Hypothese aus, dass die Patienten mit automutilativen Handlungen in

der PUK Zürich in den letzten 10 Jahren einer Zunahme unterworfen waren. Tatsächlich wurde eine Zunahme des prozentualen Anteils an sich selbstverletzenden Patienten gefunden. 1987 verübten 1,25% aller Patienten der PUK Zürich automutilative Handlungen, 1995 waren es 1,81%, was einer Zunahme um beinahe die Hälfte entsprach. Trotz dieser Zunahme liegt die Prävalenz automutilativer Handlungen in der PUK Zürich deutlich niedriger als in vergleichbaren Studien. So untersuchte Ballinger [4] 1971 584 Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses in England auf automutilatives Verhalten. Während eines Monats stellte er bei 3,4% der Patienten Automutilationen fest. Nach einer ähnlichen Untersuchung von Philipps und Muzaffer [5] 1961 zeigten 4,29% von 2816 Patienten automutilatives Verhalten. Bei Ballinger hatten mehr als die Hälfte aller Patienten eine Schizophreniediagnose. Damit handelte es sich bei ihm deutlich um eine andere Population als in der PUK Zürich. Beide Studien wurden allerdings sehr früh durchgeführt (1961/1971), in einer Zeit als die pharmakologische Therapie weniger entwickelt und differenziert war, eine andere Milieubetreuung praktiziert wurde und die diagnostische Praxis anders war.

Schon 1967 beschrieben Graff et al. [10] den typischen Patienten mit automutilativem Verhalten unter anderem als jung, ledig und weiblich (vgl. auch Einleitung). In unserer Studie konnten diese Risikofaktoren bestätigt werden. Die untersuchten Patienten waren zu einem grossen Prozentsatz entweder seit mehr als einem Jahr hospitalisiert, wohnten in einem Einzelhaushalt oder sie wurden betreut (Heim, Vormund). Daraus lässt sich schliessen, dass die Patienten vermehrt sozial isoliert waren oder einer sozialen Randgruppe angehörten, während in der Grundpopulation immerhin etwa 60% der Patienten mit jemandem zusammen lebten. Im Geschlechtsvergleich verletzen sich Männer in der Regel nur ein- bis zweimal während eines untersuchten Jahres, während sich die Frauen meist repetitiv verletzen. Zudem verübten Männer eher schwere und mittelschwere Automutilationen. Dies lässt vermuten, dass Männer zwar seltener, dann jedoch aggressiveres selbstverletzendes Verhalten zeigen.

Wir gingen von der Hypothese aus, dass Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline-Persönlichkeitsstörungen) bei den untersuchten Patienten als Erstdiagnose identifizierbar seien. Prozentual fanden sich auch die meisten Automutilationen in den Diagnosegruppen der Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Dies lässt den Schluss zu, dass diese beiden Dia-

gnosegruppen wichtige Risikofaktoren für automutilatives Verhalten darstellen.

Bei der Untersuchung des prozentualen Anteils an Patienten mit selbstverletzendem Verhalten pro Diagnosegruppe für die Jahre 1987, 1992 und 1995 zeigt sich folgender Trend: Im Verlauf der Jahre nahmen die Patienten mit automutilativen Handlungen pro Diagnosegruppe zu, mit Ausnahme der Patienten mit einer Schizophreniediagnose. Diese Abnahme der Schizophreniepatienten könnte Ausdruck einer verbesserten Betreuung und Pharmakotherapie sein. Die generelle Zunahme könnte eine Widerspiegelung einer Zunahme im Schweregrad der Erkrankungen der Patienten anderer Diagnosegruppen sein.

Auffällig ist die 4fache Zunahme der Patienten mit automutilativen Handlungen mit der Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (u.a. Borderline-Persönlichkeitsstörungen). Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die selbstverletzende Handlung ein diagnostisches Kriterium für Borderline-Persönlichkeitsstörungen darstellt und der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörungen vermehrt Beachtung geschenkt wurde, was aber die starke Zunahme nicht allein erklären dürfte. Weitere Faktoren könnte die vermehrte Präsenz aggressiven Verhaltens in unserer Gesellschaft sowie die Zunahme des Schweregrades und der Dauer der Krankheit sein. Zudem stieg die Anzahl komorbider Patienten an (1987: 41,7%, 1995: 76,9%), was diese Hypothese stützt. Die Grundpopulation hat gegenüber den untersuchten Patienten eine tiefe Komorbiditätsrate (1987: 22,4%; 1995: 36,4%). Daraus lässt sich schliessen, dass psychiatrische Komorbidität ebenfalls einen Risikofaktor für automutilatives Handeln darstellt.

61,4% der untersuchten Patienten hatten in ihrer Anamnese mindestens schon einmal einen Suizidversuch vorgenommen. Zum allergrössten Teil waren dies Medikamentenmissbräuche, also eine indirekte Form autoaggressiven Verhaltens. Hingegen hatten nur 43,9% der Patienten in ihrer Anamnese eine automutilative Handlung verübt. Dies zeigt, dass die Patienten auch in ihrer Vergangenheit das Bedürfnis hatten, sich etwas anzutun, wenn auch in etwas anderer Form. Das autoaggressive Verhalten scheint sich also im Verlauf einer Patientenkarriere verändert zu haben. Wer aber in der Vergangenheit schon automutilative Handlungen verübt hat, fügt sich während des untersuchten Jahres signifikant vermehrt repetitive Automutilationen zu und dies vor allem, wenn die anamnestischen Automutilationen auch schon repetitiv waren.

Sich Schneiden war die häufigste Art der automutilativen Handlungen, und am meisten fanden

die Handlungen an den Extremitäten statt. Es ergaben sich aber weder bei der Art noch beim Ort der automutilativen Handlungen eine signifikante Beziehung zur Häufigkeit derselben. Dennoch zeigte sich folgender Trend: sich Schneiden und sich Schlagen im Gesicht oder an den Extremitäten waren meist repetitive Handlungen.

Interessant wäre es gewesen, den Psychostatus und die Umstände während der Automutilation zu bestimmen. Leider war nur von sehr wenigen Handlungen der jeweilige Psychostatus (26%) und Umstand (23,3%) bekannt. Von denjenigen Handlungen, bei welchen der Psychostatus angegeben war, waren mehr als drei Viertel bedrückt oder erregt. In der Literatur wird häufig die Dissoziation als Zustand, in welchem automutilative Handlungen vorgenommen werden, erwähnt (vgl. Einleitung, [11–13]). Die Frage, inwiefern und in welchen Diagnosegruppen ein bestimmter Psychostatus prädikativ für Automutilation ist, müsste jedoch in weitergehenden Studien geklärt werden.

## Literatur

- 1 Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie, 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1991.
- 2 Scharfetter C. Selbstbeschädigung, Klinik und Praxis. TW Neurologie Psychiatrie 1992;6:763–6.
- 3 Herpertz S, Sass H. Offene Selbstbeschädigung. Nervenarzt 1994;65:296–306.
- 4 Ballinger BR. Minor self-injury. Br J Psychiatr 1971;118:535–8.
- 5 Philipps R, Muzaffer A. Some aspects of self-mutilation in the general population of a large psychiatric hospital. Psychiatr Q 1961;35:421–3.
- 6 Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic Issues in self-mutilation. Hosp Community Psychiatry 1993;44:134–40.
- 7 Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior. Am J Psychiatry 1991;148:306–17.
- 8 Griffin JC. Self-injurious behaviour. In: Advances in the Treatment of Self-Injurious Behaviour. Texas Planning for Council for Developmental Disabilities, Richmond, TX, 1984.
- 9 Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatr Scand 1989;79:283–9.
- 10 Graff H, Mallin R. The syndrome of the wrist cutter. Am J Psychiatry 1967;124:36–42.
- 11 Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. Am J Psychiatry 1996;153:83–93.
- 12 Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissoziation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1995;152:1788–92.
- 13 Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. Can J Psychiatry 1994;39:259–64.
- 14 Hänslı N. Der sich selbst beschädigende Mensch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber; 1994.