

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Ruf nach Hilfe und Unterstützung

Selbstverletzendes Verhalten tritt gehäuft in der Pubertät im Kontext psychischer Erkrankungen auf. Die Ursachen sind noch nicht hinreichend erforscht. Die Behandlung gilt als langwierig und schwierig.

Psychotherapeuten beobachten im Umgang mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht selten Verhaltensweisen, die zu erheblichen Selbstverletzungen führen. Dazu zählen unter anderem Schneiden, Ritzen, Verbrühen und Verbrennen der Haut, wiederholtes Schlagen des Kopfs an Gegenstände oder Stechen mit Nadeln. Die meisten Personen, im Folgenden „Selbstverletzer“ genannt, wenden dabei nicht nur eine, sondern gleich mehrere Formen der Selbstschädigung an.

Selbstverletzendes Verhalten ist keine Seltenheit. Konservative Schätzungen gehen davon aus, dass etwa ein bis zwei Prozent der deutschen Bevölkerung betroffen sind. Gemäß neueren Studien wird sogar von 14 Prozent und mehr ausgegangen. Selbstverletzendes Verhalten tritt am häufigsten in der Pubertät auf. Etwa zehn Prozent der Jugendlichen ab 14 Jahren sollen sich schon einmal selbst verletzt haben, ungefähr die Hälfte von ihnen wiederholt. Mädchen sind vielen, aber nicht allen Studien zufolge häufiger betroffen als Jungen. Sie beginnen mit diesem Verhalten auch durchschnittlich zwei bis drei Jahre früher als Jungen.

Aufnahme in DSM als eigenständiges Symptom?

Charakteristisch für selbstverletzendes Verhalten ist die Absicht, den eigenen Körper zu verletzen, ohne sich jedoch töten zu wollen. Das Verhalten tritt überwiegend im Kontext von Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel Borderline-, narzisstische oder antisoziale Persönlichkeitsstörung) oder einer Achse-I-Störung auf (zum Beispiel Depression, Substanzmissbrauch, Angst- und Essstörungen). Da es sich jedoch auch isoliert von ande-

ren Störungen zeigen kann (sogenanntes repetitive self-harm syndrome), wird zuweilen darüber diskutiert, ob es als eigenständiges klinisches Symptom in das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aufgenommen werden sollte. Auf jeden Fall muss es als ernstzunehmenden Ruf nach Hilfe und Unterstützung gedeutet werden.

Emotionale Vernachlässigung und sexueller Missbrauch

Mit den Ursachen haben sich unter anderem die Psychologinnen Erin Polk und Miriam Liss von der University of Mary Washington befasst. Sie untersuchten, worin sich Selbstverletzer von Nichtselbstverletzern unterscheiden. An der Studie nahmen 194 Nichtselbstverletzer und 220 Selbstverletzer im Alter zwischen 18 und 47 Jahren teil. Es zeigte sich, dass Selbstverletzer stärker unter Depressionen und Alexithymien, Ängsten und Schlafstörungen litten als Nichtselbstverletzer. Außerdem berichteten sie häufiger von emotionaler Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch in der Kindheit. „Es scheint, als wüssten Selbstverletzer nicht, wie sie mit ihren starken, negativen Gefühlen umgehen sollen“, schreiben Polk und Liss. Sie vermuten, dass diese Inkompetenz mit der emotionalen Vernachlässigung zu tun hat. Als Kinder hätten Selbstverletzer von ihren Eltern nicht gelernt, auf ihre Gefühle zu achten, sie zu deuten und zu regulieren. In der Pubertät und im Erwachsenenalter verletzten sie sich daher selbst, um ihre negativen Emotionen auszudrücken und zu reduzieren. Neben einer beeinträchtigten Fähigkeit zur Emotionsregulation, mangelnden funktionalen

Bewältigungsstrategien und Problemlösefertigkeiten, Vernachlässigung und Missbrauchserfahrungen zählen Funktionsstörungen des Serotoninsystems und der Kontakt mit selbstverletzenden Gleichaltrigen zu den Risikofaktoren. Darüber hinaus werden inkonstante Primärbeziehungen, soziale Konflikte sowie traumatische Erlebnisse, wie Gewalt, Deprivation und Misshandlung, dazugerechnet. Letztlich sind die Ursachen aber noch nicht hinreichend erforscht.

Ausgehend von den möglichen Ursachen werden selbstverletzendem Verhalten unterschiedliche Funktionen zugeschrieben. Betroffene berichten, dass es als „Ventil“ beziehungsweise zum Abbau unangenehmer Zustände, wie Spannungen, Einsamkeit, Angst oder Aggression, dient. Es schafft Erleichterung, Befreiung und Beruhigung, und es hilft, sich abzulenken, den entfremdeten Körper wieder zu spüren, sich von Schuldgefühlen zu befreien oder Dissoziation zu bewältigen. Es vermittelt darüber hinaus das Gefühl von Selbstkontrolle, Selbstreinigung und Euphorie. Vermutlich versuchen Betroffene mit Traumata in der Vorgeschichte, durch Selbstverletzung negative Emotionen und Spannungszustände erträglicher zu machen, wohingegen Betroffene mit Persönlichkeitsstörungen bewusst oder unbewusst anstreben, die Aufmerksamkeit von Bezugspersonen auf sich zu lenken.

Selbstverletzendes Verhalten stellt für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine große Belastung dar. Ohne Behandlung kann es über Jahre aufrechterhalten werden und führt in vielen Fällen zu entstehenden Narben, gefährlichen Infektionen und sozialen Problemen.

Die Betroffenen zeigen ihr Verhalten und dessen Ergebnisse (Narben, Wunden) normalerweise nicht offen. Sie verstecken ihre Verletzungen unter der Kleidung oder bagatellisieren sie, indem sie sie etwa als Folgen eines Unfalls ausgeben. Daher ist es für Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige meist schwierig, selbstverletzendes Verhalten zu erkennen. Es gibt jedoch bestimmte Warnzeichen:

- Die Betroffenen tragen immer lange Kleidung, auch an heißen Tagen.
- Sie halten sich lange im Badezimmer auf.
- Sie horten Desinfektions- und Verbandsmaterial.
- Die Verletzungen treten meist an für die Person leicht zugänglichen Körperstellen auf (vor allem an den Extremitäten) und heilen nur langsam und schlecht, weil die Betroffenen an den Wunden manipulieren und die Wundheilung stören.
- Es findet sich ein Muster aus zahlreichen Schnitten in unterschiedlichem Grad der Abheilung.
- Am nicht dominanten Arm sind die Narben gehäuft, es können aber auch beide Arme sowie Bauch, Brust, Beine, Arme, Genitalien oder das Gesicht von Narben übersät sein.
- Im Besitz des Betroffenen befinden sich Gegenstände und Flüssigkeiten, die nicht zu den üblichen Zwecken eingesetzt werden, zum Beispiel Rasierklingen, Messer, Scheren, Scherben, Nadeln, Bügeleisen, Kerzen, Zigaretten, Injektionsinstrumente, Chemikalien (Schwefelsäure, Salzsäure).

Abgrenzung zu ähnlichen Störungsbildern

Ein Gespräch mit dem Betroffenen ist ein schwieriges Unterfangen, da sie ihr Verhalten oft verheimlichen, leugnen oder sich dafür schämen. Es sollte daher dem Fachmann, also einem Psychiater oder Psychotherapeuten überlassen werden. Als Einstieg kann dabei der Self-Harm Questionnaire dienen. Mithilfe dieses und weiterer diagnostischer Verfahren (zum Beispiel Self-Injury Motivation Scale, Fragebogen zum selbstverletzenden Verhalten, Kurz-

version des Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventars) sollte bei der Anamnese abgeklärt werden, ob neben dem selbstverletzenden Verhalten eine Persönlichkeits- oder eine andere psychische Störung vorliegt oder ob das Verhalten isoliert auftritt. Außerdem sollte eine Abgrenzung von ähnlichen Störungsbildern vorgenommen werden, etwa zu Body-Modification-Praktiken wie Piercing oder Tätowierung.

- Piercing und Tätowierung gelten nicht als selbstverletzendes Verhalten, obwohl bei manchen ausgefallenen Formen des Body-Modification, wie Branding, Skarifizierung und Selbstamputation, viele Parallelen vorhanden sind. Weitere Übereinstimmungen zwischen Personen, die ihren Körper verändern beziehungsweise gestalten, und Selbstverletzern gehen aus aktuellen Studien hervor. Danach waren drei Viertel der befragten Männer und die Hälfte der Frauen, die sich tätowieren oder piercen ließen, Opfer von Gewalt. Sie suchten gezielt den Schmerz, möglicherweise um Traumata und negative Emotionen zu bewältigen, aber sie wollten sich weder verstümmeln noch suizidieren.
- Es sollte außerdem zwischen selbstverletzendem und suizidalem Verhalten differenziert werden. Im Unterschied zum suizidalen Verhalten besteht beim selbstverletzenden Verhalten keine Suizidabsicht. Viele Betroffene zeigen jedoch komorbid auch Symptome von Suizidalität und setzen selbstverletzendes Verhalten gezielt dazu ein, sich von Suizidgedanken abzulenken oder diese abzuwehren. Manchmal kommt es durch selbstverletzendes Verhalten auch unbeabsichtigt zum Suizid. Eine Hilfe zur Differenzierung zwischen selbstverletzendem und suizidalem Verhalten bietet der Self-Harm Behavior Questionnaire.
- Darüber hinaus ist selbstverletzendes Verhalten von der artifiziellen Störung abzugrenzen. Charakteristisch für eine artifizielle Störung ist die gewollte Erzeugung von Erkrankungen durch den Betroffenen. Er strebt damit an, die Krankenrolle zu übernehmen und als Kranker Aufmerksamkeit, Zuwen-

dung und Respekt zu erhalten. Spezielle Instrumente zur Unterscheidung der Krankheitsbilder gibt es allerdings nicht.

Pharmakotherapie alleine nicht zu empfehlen

„Da selbstverletzendes Verhalten viele unterschiedliche Ursachen haben kann, ist meist eine individuell angepasste Behandlung erforderlich“, erklärt Prof. Dr. Franz Petermann von der Universität Bremen. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass eine Kombination aus mehreren Behandlungsstrategien die beste Wirkung erzielt. Empirisch konnte insbesondere die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie sowie der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) und deren Jugendversion (DBT-A) belegt werden. Eine effektive Möglichkeit der Traumabehandlung, die möglicherweise auch zur Therapie selbstverletzenden Verhaltens eingesetzt werden könnte, besteht in der Technik des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Eine kausal medikamentöse Behandlung gibt es bislang nicht. Kontrollierte Studien liegen kaum vor, und die bisherigen Erkenntnisse stammen überwiegend aus Kasuistiken. Berichtet wird darin unter anderem über erfolgreiche Behandlungen mit Antidepressiva und niedrig potenten Neuroleptika, die jedoch hauptsächlich auf begleitende Symptome wie Anspannung und Verstimmung wirken. Aus diesen Gründen ist die alleinige Pharmakotherapie des selbstverletzenden Verhaltens ohne psychotherapeutische Maßnahmen gegenwärtig nicht zu empfehlen. Die Behandlung selbstverletzenden Verhaltens ist laut Petermann häufig langwierig, mitunter auch schwierig. Bei Patienten im Jugendalter sollte auch die Familie einbezogen werden. ■

Dr. phil. Marion Sonnenmoser

Kontakt

Prof. Dr. Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, Grazer Straße 2 und 6, 28359 Bremen, E-Mail: fpeterm@uni-bremen.de

 **Literatur im Internet:**
www.aerzteblatt.de/pp/lit107

LITERATURVERZEICHNIS PP 11/2007, ZU:

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Ruf nach Hilfe und Unterstützung

Selbstverletzendes Verhalten tritt gehäuft in der Pubertät auf im Kontext psychischer Erkrankungen. Die Ursachen sind noch nicht hinreichend erforscht. Die Behandlung gilt als langwierig und schwierig.

LITERATUR

1. Claes L, Vandereycken W: Self-injurious behavior: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48(2): 137–44.
2. Fliege H: Pathologisch autodestruktives Verhalten. *Psychotherapeut* 2002; 47(4): 193–203.
3. Grush OC: Review of treating self-injury: A practical guide. *Annals of Clinical Psychiatry* 2007; 19(1): 61–2.
4. Hillery J, Dodd P: Self-injurious behaviour. In: Bouras N, Holt G (eds.): *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press 2007: 225–37.
5. Kasten E: *Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen*. München: Reinhardt 2006.
6. Petermann F, Winkel S: *Selbstverletzendes Verhalten*. Göttingen: Hogrefe 2005.
7. Petermann F, Winkel S: Selbstverletzendes Verhalten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2007; 55(2): 123–33.
8. Polk E, Liss M: Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences* 2007; 43(3): 567–77.
9. Stirn A: Kunstvolles Tätowieren und Piercing als selbstfürsorgliche und selbstheilende Handlung traumatisierter Menschen. *Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung* 2003; 12: 48–59.
10. Stirn A: Motivationen von Tätowierten und Gepiercten für ihre Körpermodifikationen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2004; 1: 43–58.
11. Stirn A, Hinz A, Brähler E: Prevalence of tattooing and body piercing in Germany and perception of health, mental disorders, and sensation seeking among tattooed and body-pierced individuals. *J Psychosom Res* 2006; 60(5): 531–4.
12. Teegen F, Wiem S: Selbstverletzendes Verhalten als dysfunktionale Bewältigungsstrategie – Eine Befragung Betroffener im Internet. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 1999; 47(4): 386–98.