

Selbst-Verletzung

Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten

Bearbeitet von
Ulrich Sachsse, Willy Herbold

1 2015. Taschenbuch. 200 S. Paperback
ISBN 978 3 7945 3136 3
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beack-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

1 Zur Syndrom- und Behandlungsgeschichte

Vom »Syndrome of the wrist cutter« über »Selbstverletzendes Verhalten« (SVV) zum »Nicht-suizidalen Selbstverletzungsverhalten« (NSSV)

Ulrich Sachsse

Die Auseinandersetzung mit dem Verständnis von selbstverletzendem Verhalten (SVV) und dem angemessenen therapeutischen Umgang damit hat eine lange Geschichte in Psychiatrie und Psychotherapie. R. C. Burnham (1969) berichtete im Rahmen des »Symposium on impulsive self-mutilation«, dem 13th Annual Symposium at Chestnut Lodge, Rockville, Maryland, am 13. Oktober 1967, dass Selbstverletzerinnen beim Personal psychiatrischer Kliniken immer wieder heftigste Gegenübertragungsreaktionen auslösten. Eine Patientin habe das Personal schließlich soweit provoziert, dass eine präfrontale Lobotomie durchgeführt wurde; anschließend verletzte sie sich nicht mehr selbst, sondern beschäftigte sich damit, Papierpüppchen auszuschneiden – man denkt an den Film »Einer flog über das Kuckucksnest«.

Walsh und Rosen (1988, S. 3) begannen das erste Kapitel ihrer Monografie folgendermaßen: »Selbstverletzendes Verhalten (self-mutilative behavior [SMB]) gehört zu jenen Handlungen, die an der Grenze menschlicher Erfahrung zu liegen scheinen. Genau wie Suizide, Morde und der sexuelle Missbrauch von Kindern trägt selbstverletzendes Verhalten in sich eine implizite Konnotation von ›das ist menschliches Verhalten vom Schlechtesten (at its worst)‹ oder ›das sind Exemplare der Spezies Mensch, mit denen etwas schief gelaufen ist – so schief, wie man sich nur denken kann.«¹

Niemand würde heute noch so über diese Symptomatik schreiben. Eine Auseinandersetzung mit selbstverletzendem Verhalten ist auch eine Auseinandersetzung mit der Behandlungsgeschichte der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Und da hat sich in den letzten Jahrzehnten fundamental etwas verändert.

1 Alle Übersetzungen in diesem Beitrag stammen von U. Sachsse.

Selbstverletzendes Verhalten hat aber offenkundig eine erhebliche »interaktionale Potenz« (König 1982). Die Mitteilung »Ich muss mich wieder schneiden« oder eine Selbstverletzung induzieren beim Interaktionspartner polare, intensive Reaktionen: entweder zunächst eine grenzenlose Hilfsbereitschaft, die dann irgendwann abrupt aufhört, oder gleich eine hart abgegrenzte, unempathische oder zynische Zurückweisung.

1.1 Definition

Selbstverletzendes Verhalten gehört seit dem DSM-III, aktuell auch im DSM-5 (American Psychiatric Association 2015) zum Kriterium 5 der Borderline-Persönlichkeitsstörung: »(5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten« (S. 909). Die Zusammenführung von suizidalen Handlungen und Selbstverletzungsverhalten in einem Kriterium ist irreführend, da beides voneinander unterschieden werden muss (Herpertz 2008). Selbstverletzendes Verhalten lässt sich definieren als eine wiederholt selbst zugefügte, direkte, körperliche Verletzung, die nicht gezielt lebensbedrohlich ist. Es handelt sich dabei um eine spezifische Form von selbstschädigendem Verhalten, die sich grundsätzlich von Suizidversuchen unterscheidet (Herpertz 1995b). Selbstverletzendes Verhalten findet sich bei 73–85 % aller Individuen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Herpertz 2008).

In der deutschsprachigen Literatur wird dieses Verhalten mit Begriffen wie Autoaggression, Autodestruktion, Selbstbeschädigung oder Selbstverletzung beschrieben, im angloamerikanischen mit self-injurious behavior (SIB), self-destructive behavior, self-damaging behavior, self-harming behavior, self-aggression, self-mutilative behavior (SMB), deliberate self-harm (Herpertz u. Saß 1994; Sachsse 1994). Ich habe mich entschlossen, die Begriffswahl von Brezovsky (1985) und Tameling (1992) zu übernehmen und spreche von selbstverletzendem Verhalten (SVV), weil mir dieser Begriff am deskriptivsten, am wenigsten wertend und am konnotationsärmsten erscheint. Im angloamerikanischen Schrifttum wird selbstverletzendes Verhalten bei geistig retardierten, autistischen oder Menschen mit Intelligenzminderung meist als »self-injurious behavior« (SIB) bezeichnet, bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung meist als »self-mutilation behavior« oder »self-mutilative behavior« (SMB).

Diagnostisch kann selbstverletzendes Verhalten durch die Fragebögen »Deliberate Self-Harm Inventory« (DSHI; Gratz 2001) und »Self-Harm Behavior Questionnaire« (SHBQ; Gutierrez et al. 2001), deutsche Versionen jeweils von Fliege et al. (2006), erfasst und beforscht werden. Eine differenzierte Basisdokumentation stammt von Willenberg (Willenberg 1994; Willenberg et al. 1997).

1.2 Lokalisation, Art und Schwere des selbstverletzenden Verhaltens

Die häufigste Art der Selbstverletzung ist das Schneiden mit Gegenständen wie Rasierklingen, Scherben, Messern oder Scheren in die Haut der Extremitäten, gefolgt von Verbrennungen mit Zigaretten oder Feuerzeugen. Sehr viel seltener sind Verletzungen durch Verätzen, Verbrühen, Stechen oder Kopfschlagen. Selbstverletzendes Verhalten zentriert sich meist auf die Extremitäten. Lokalisationen wie Kopf, Brüste, Rumpf oder Genitalien sind deutlich seltener (Tameling 1992; Tameling u. Sachsse 1996). Dies korrespondiert mit den Ergebnissen von Herpertz und Saß (1994) sowie im Wesentlichen auch mit Ergebnissen von Favazza und Conterio (1989). Eine Studie an 79 Patienten (87 % Frauen, 13 % Männer) bestätigt diese Verteilung: 81 % Schnittverletzungen, 37 % Prellungen, 25 % Verbrennungen, 24 % Kratzverletzungen und 16 % Manipulationen von Wunden und Narben (Fleischer u. Herpertz 2009). Die Schwere der Hautverletzung variiert vom oberflächlichen »delicate self-cutting« (Pao 1969) bis hin zu tiefen Verletzungen durch die Muskulatur bis auf die Knochen, Injektion von Schmutzwasser in die Blutbahn oder ins Kniegelenk, Ablassen von Blut bis zu Hb-Werten von unter 4 mmol/l oder Eröffnung der Bauchdecken.

1.3 Epidemiologie und gesellschaftlicher Wandel

Zur Epidemiologie in der Allgemeinbevölkerung liegen Erhebungen aus Kanada, Großbritannien, Dänemark, Australien und den Vereinigten Staaten an sehr heterogenen Populationen vor (Pattison u. Kahan 1983; Walsh u. Rosen 1988). Die Prävalenzrate der verschiedenen amerikanischen Studien streut nach Favazza und Rosenthal (1993) von 400–1400/100 000 Personen. Fleischer und Herpertz (2009, S. 20) gewichten ihre aktuelle Sichtung der vorliegenden Studien wie folgt: »Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Angaben zur Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinpopulation stark variieren, nämlich zwischen 4 % und 38 %, die Mehrzahl der Studien jedoch Prävalenzen zwischen 10 und 20 % berichten.« Zur Häufigkeit von Artefakten in deutschen dermatologischen Kliniken zitiert Janus (1972) Zahlen zwischen 0,04 % und 0,49 %. Während die Geschlechterverteilung in der Normalpopulation fast gleich zu sein scheint, ist sie bei Borderline-Patienten bis zu 9:1 Frauen zu Männer (Fleischer u. Herpertz 2009).

In Deutschland galt selbstverletzendes Verhalten bis in die 1980er-Jahre hinein als Hinweis auf eine schizophrene Psychose. Zwischen 1980 und 1990 setzte sich die Sichtweise durch, dass selbstverletzendes Verhalten fast ein Beweis für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sei. Nach 1990 galt dieses Symptom zeitweise als pathognomonisch für Patientinnen mit einer Anamnese sexuellen Missbrauchs. Inzwischen ist die Symptomatik in den Medien breit abgehandelt

und weithin bekannt. Gegenwärtig ist selbstverletzendes Verhalten eines jener Symptome, die im Jugendalter quasi erprobt werden und recht verbreitet sind. In einer aktuellen deutschen Studie an Schülern einer 9. Klasse erwies sich, dass 4 % wiederholt selbstverletzendes Verhalten einsetzten, 11 % gelegentlich (Brunner et al. 2007). Studien aus anderen Ländern weisen noch höhere Prävalenzen auf. Gesellschaftlich hat selbstverletzendes Verhalten geradezu eine Karriere hinter sich. »The Coming of Age of Self-Mutilation« betitelte Favazza schon vor über fünfzehn Jahren einen Artikel (Favazza 1998).

1.4 Abgrenzung

Selbstverletzendes Verhalten ist nicht auf Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen beschränkt. Mit wichtigen anderen Gruppen, bei denen diese Symptomatik auftritt, werde ich mich im Rahmen dieses Kapitels allerdings nicht auseinandersetzen können.

Nach der von Scharfetter (1984) in Anlehnung an das DSM-III vorgeschlagenen Einteilung gehören die hier behandelten Patienten weder zur Gruppe der Simulanten (»Malingering«) noch zur Gruppe der selbstinduzierten Krankheiten (factitious disorders [FD]), sondern zur dritten Gruppe: »automutilatives Verhalten im psychopathologischen Kontext«. Zur Klassifikation und Abgrenzung offener und heimlicher Formen von Selbstbeschädigung verweise ich auf die Arbeiten von Paar und Eckardt (1987), Eckhardt (1989), Plassmann (1994), Willenberg (1994) und Eckhardt-Henn (2011) sowie auf das Kapitel von Eckhardt-Henn in diesem Buch (► Kap. 10).

Es verwundert nicht, dass es eine umfangreiche dermatologische Literatur zur Selbstverletzung der Haut gibt (u. a. Gieler 1994; Gieler et al. 1987; Haenel et al. 1984; Lyell 1976; 1979; Rauchfleisch et al. 1982; 1983; Rechenberger 1986; van Moffaert 1983; van Moffaert et al. 1985). Das Kriterium des Verheimlichens gilt nach Cadotsch und Eichmann (1984) in der deutschsprachigen dermatologischen Literatur als Unterscheidungsmerkmal zwischen Artefakten und den Parartefakten: Acné excoriée, neurotische Exkorationen, Trichotillomanie und Dermatozoenwahn. Andere Autoren verweisen demgegenüber auf die fließenden Übergänge (Bosse 1985; Haenel et al. 1984).

Zwei völlig unterschiedliche Bücher geben eine umfassende Einführung in die allgemeine Psychodynamik der Haut: Anzieu (1996) beschreibt in »Das Haut-Ich« in der Nachfolge Freuds die Haut als körperliche, seelische und soziale Grenze und Hülle mit vielfältigen Funktionen. Maguire (2009) sieht »Hauterkrankungen als Botschaften der Seele« und leitet in der Nachfolge C. G. Jungs die Physiologie, Pathologie und psychische Bedeutung der Haut aus Mythologie, Religion und Märchen ab.

Besonders schwerwiegend und verstümmelnd ist selbstverletzendes Verhalten oft bei psychotisch erkrankten Patienten. Selbstverletzungen wie Selbstkastration oder Enukleation eines Auges finden sich fast nur bei dieser Gruppie-

rung. Ich verweise auf die Arbeiten von Favazza (1989b), Hänsli (1996) sowie Walsh und Rosen (1988).

Selbstverletzendes Verhalten ist auch ein zentrales Symptom bei Menschen mit geistiger Retardierung, Minderbegabung oder Autismus. Hierzu finden sich weitere Ausführungen bei Brezovsky (1985), Gaedt (1990), Hänsli (1996), Luiselli et al. (1992), Rohmann und Hartmann (1992), Walsh und Rosen (1988) sowie Petermann und Winkel (2005).

Völlig anders muss selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen eingeschätzt und diagnostiziert werden. Die Grenzen zwischen Normalität und Pathologie sind hier besonders fließend. Weiterführende Literatur findet sich bei Favazza (1989a), Hänsli (1996), Klosinski (1979), Luiselli et al. (1992), Petermann und Winkel (2005), Rothenberger (1993), von Törne (1974) sowie Walsh und Rosen (1988).

Selbstverletzendes Verhalten hat auch im Justizvollzug, Maßregelvollzug und bei der Vortäuschung von Straftaten seine Bedeutung. Immer mal wieder kommt es zu selbst beigebrachten Verletzungen, die eine Straftat vortäuschen. Selbst beigebrachte Verletzungen zeichnen sich jedoch häufig durch typische Merkmale aus und sind dadurch von einer Fremdbeibringung abgrenzbar. Diese Ereignisse finden oft ein überzogenes Medieninteresse, welches der eigentlichen Bedeutung der Symptomatik selbstverletzenden Verhaltens nicht gerecht wird. Selbstverletzendes Verhalten wird aber auch zum Versicherungsbetrug eingesetzt oder um eine Erleichterung von Haftbedingungen zu erzwingen. Hierzu sei verwiesen auf Dankwarth (1994), Heide und Kleiber (2006), König et al. (1989), Püschel (1992), Püschel et al. (1994), Saternus und Kernbach-Wighton (1996) sowie Zinka und Fieseler (2009).

1.5 Kulturelle Aspekte von selbstverletzendem Verhalten

Die grundlegenden Werke zu transkulturellen Aspekten von Selbstverletzung und kulturell geforderter Verletzung des meist kindlichen oder jugendlichen Körpers eines Angehörigen des eigenen Volkes sind die Bücher »Bodies Under Siege. Self-Mutilation in Culture and Psychiatry« von Favazza (1987) und »Weibliche Perversionen« von Louise J. Kaplan (1991). Selbstschädigungen des eigenen Körpers sind in verschiedenen Kulturen als Ausdruck der Trauer, als Mutprobe, Initiationsritus, Ausdruck von Ekstase bei religiösen Zeremonien, Selbstopfer oder als Selbstweihe anzutreffen und dürfen keinesfalls generell pathologisiert werden (Favazza 1989a). In der Türkei gibt es Pop-Sänger, die sich als Ausdruck der Verzückung beim Singen die Arme aufschneiden. Marilyn Manson ist ein Sänger des westlichen Kulturkreises, bei dem selbstverletzendes Verhalten als Fake zur Bühnen-Show gehört.

Die Skarifikation (das Zufügen von Narben) war früher unter afrikanischen Stämmen sehr verbreitet und wird noch heute praktiziert. Skarifikation erfolgt aus ästhetischen, gesundheitlichen und sozialen Gründen. Bei einigen Stämmen