

## 1. EINLEITUNG

Selbstverletzendes Verhalten ist ein Teil menschlichen Lebens und tritt in verschiedenen kulturellen und religiösen Situationen auf. Viele Riten von Naturvölkern enthalten Selbstverletzungen. Im Mittelalter gab es zahlreiche religiös motivierte Selbstverletzungen und in verschiedenen Subkulturen, wie z.B. der Punk-Kultur gehören Hautverletzungen mit Rasierklingen zum festen Bestandteil der Identität.

Trotzdem gilt in unserer Gesellschaft Selbstverletzung als völlig inakzeptabel. Es scheint schwer zu verstehen, da es sich gegen das anthropologische Grundverständnis nach Schmerzvermeidung und Befriedigungssuche richtet. Sozialarbeiter die in ihrem Berufsleben damit konfrontiert werden haben häufig wenig Kenntnisse über dieses Phänomen und reagieren daher häufig mit Unverständnis. Ich habe dieses Thema für meine Hausarbeit gewählt, da ich der Meinung bin, als Sozialarbeiter häufiger damit konfrontiert zu werden, als viele erwarten. Epidemiologische Daten zur Selbstverletzung fehlen weitgehend. Herpertz und Saß<sup>1</sup> schätzen die Prävalenz auf 0,6-0,75 % der Allgemeinbevölkerung, dabei fast 2 % der 15-35 jährigen. Selbstverletzendes Verhalten betrifft nach Herpertz und Saß allerdings fast 25-40 % der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen, 6,5 % der männlichen Gefängnisinsassen und 13 % der Borderline – Patienten. Viele leichte Formen autodestruktiven Verhaltens sind auch in unser Alltagsleben integriert, dazu gehören Nägelkauen, Nagelbrettreißen, Haare ausreißen, Aufkratzen von Wunden, überreichliches Essen, Alkohol, Rauchen und riskante Sportarten. Selbstverletzung muß also nicht immer pathologisch sein.

Ich möchte mit meiner Arbeit aufzeigen, welche Funktionen Selbstverletzendes Verhalten haben kann. Da es nicht die eine Ursache für Selbstverletzungen gibt, werde ich verschiedene Erklärungsansätze vorstellen. Besonders eingehen werde ich auf die Bedeutung der Borderline – Persönlichkeit in Zusammenhang mit Selbstverletzendem Verhalten sowie Traumata, speziell sexueller Mißbrauch, als mögliche Ursache.

Da ich innerhalb meines Schwerpunktes die Studiengruppe Drogen gewählt habe und später auch in diesem Bereich arbeiten möchte, werde ich in einem weiteren Kapitel die Zusammenhänge zwischen Sucht und Selbstverletzendem Verhalten aufgreifen. Außerdem werde ich generell darstellen, in welchen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit Selbstverletzendes Verhalten besonders häufig vorkommt. Ich werde der Einfachheit Halber nur von Frauen sprechen, da das Phänomen Selbstverletzendes Verhalten in der Hauptsache nur Frauen betrifft.

## 2. DEFINITION

Ich definiere Selbstverletzendes Verhalten folgendermaßen:

Selbstverletzendes Verhalten liegt vor, wenn eine Person sich selber aktiv, direkt, bewußt oder unbewußt, wiederholt Verletzungen zufügt, die nicht zum, im jeweiligen Kulturkreis üblichen, zählen und keine intendierte suizidale Wirkung haben.

Diese Definition ist sehr eng gefaßt, beschreibt aber relativ genau jenes Phänomen, das in vielen sozialpädagogischen Einrichtungen für Frauen vorkommt und auch in Kinder- und Jugendhilfe Einrichtungen nicht selten zu beobachten ist. Auch in der Kinder- und Jugend- sowie der Erwachsenenpsychiatrie spielt es eine große Rolle.

Meist beginnt Selbstverletzendes Verhalten im Alter von 8-12 Jahren mit leichten Formen und kommt zwischen 16 und 20 , in seltenen Fällen viel später, richtig zum Ausbruch.

Umgangssprachlich bezeichnet man dieses Selbstverletzende Verhalten als „Schnippeln“ oder „Ritzen“. Meine Definition lehnt sich an die Auffassungen der AutorInnen Scharfetter, Sachsse, Eckhard, Herperz& Saß, sowie Hänslı an.

Absichtlich möchte ich bestimmte Formen von Selbstverletzung ausschließen, die ich in meiner Arbeit auch nicht behandeln will. Zu diesen Abgrenzungen komme ich im nächsten Kapitel.

Hinsichtlich der Begrifflichkeit besteht in Fachkreisen keine Einigkeit, welcher Begriff zu welchem genau definierten Symptom gehört. Dadurch werden oftmals Untersuchungen in ihrer Aussagekraft relativiert . Ich habe mich für die Bezeichnung Selbstverletzendes Verhalten entschieden und möchte dies damit Begründen, daß so eine deskriptive und emotional weitgehend neutrale Benennung erfolgt. Auch Sachsse verwendet in allen Werken diesen Begriff. In der dermatologischen Literatur wird hingegen von Para-Artefakten gesprochen, in der psychiatrischen Literatur von Selbstverstümmelung, Autoaggression, Selbstdestruktiven Verhalten, Selbstbeschädigung und Automutilation. Im anglo-amerikanischen Sprachraum finden sich die Bezeichnungen self-mutilation, self-injurious behavior, delicate self cutting, delicate self harm syndrome und syndrome of wrist cutter.

Bereits durch die Bezeichnung wird erkennbar wie sehr dieses Problem mit sozialen Werten besetzt ist. Ich möchte daher Selbstverletzendes Verhalten nicht als Krankheit begreifen, sondern als Extrem des Normalverhaltens der Selbstfürsorge.

## 2.1. ABGRENZUNG ZU ANDEREN FORMEN SELBSTVERLETZENDEN VERHALTENS

Selbstverletzungen können heimlich und offen vorgenommen werden. Bei den vorgetäuschten Verletzungen handelt es sich mehr um heimlich induzierte Krankheiten, als um selbst beigebrachte Hautverletzungen. Die Untergruppen der heimlichen Selbstverletzungen, das Münchhausen –Syndrom, das Münchhausen-proxy-Syndrom und die artifiziellen Krankheiten möchte ich in dieser Arbeit nicht thematisieren, obwohl viele Frauen sich heimlich und offen selbstverletzen.

Selbstverletzendes Verhalten, wie es von mir definiert wurde, bezieht sich auf die Form der offenen Selbstverletzung und ist als solche weder nach dem DSM- IV ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ) noch nach dem ICD-10( Internationale Klassifikation psychischer Störungen) genau zu klassifizieren. Im DSM-IV wird Selbstverletzendes Verhalten als ein diagnostisches Kriterium für Borderline-Patienten angesehen. Daher werde ich im Kapitel 4.1. näher auf den Zusammenhang Selbstverletzungen und Borderline-Persönlichkeit eingehen. Die genaue Formulierung des DSM-IV „vorgetäuschte Störung mit körperlichen Symptomen“<sup>2</sup> bezieht sich meiner Auffassung nach allerdings eher auf die heimliche Selbstverletzung. Im ICD-10 wird im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen die „Artifizielle Störung“ genannt, und unter anderem explizit von „sich selbst zugefügten Schnittverletzungen“ gesprochen, allerdings ist auch die Rede von Vortäuschung, und darum geht es bei der offenen Selbstverletzung ja gerade nicht.<sup>3</sup>

Ich möchte Selbstverletzendes Verhalten ebenfalls abgrenzen von Formen schwerer Selbstverstümmelung im Rahmen von Psychosen und Schizophrenien, bei geistig behinderten Menschen und bei Transsexualismus.

## 2.2. ERSCHEINUNGSBILD

Am häufigsten geschieht Selbstverletzung durch das Schneiden mit Gegenständen wie Rasierklingen, Scherben oder Messern, gefolgt von Verbrennungen mit Zigaretten oder der Flamme eines Feuerzeuges. Häufig sind auch Manipulationen an Wunden und großflächige Kratzspuren. Seltener sind Verletzungen durch das Schlucken von unverdaulichen Substanzen wie Putzmittel, Besteck oder Schmuck, Verätzungen, Beißen, Verbrühen oder heftiges Kopfschlagen. Lokalisiert sind Selbstverletzungen am häufigsten an den Unterarmen, seltener an Oberarmen und Beinen. Oft findet sich ein regelrechtes Netzwerk zahlreicher Schnittverletzungen. Arme und Beine sind häufig von Narben übersät, was auf chronische Selbstverletzungen hinweist. Im Klinikjargon wird dann häufig von „Borderline-Armen“ gesprochen. Der Schweregrad der Verletzungen reicht von oberflächlichen Ritzern durch Stecknadeln, bis hin zu tiefen Wunden bei denen Muskeln und Sehnen durchtrennt wurden.

Auffällig ist bei sich selbst verletzenden Frauen, daß sie nicht nur dieses Symptom an den Tag legen, sondern einen regelrechten Symptomwandel durchlaufen. Dazu ein Zitat von Sachsse: „Während der ersten drei Therapien hatte ich das Gefühl diese Patientinnen haben aber auch alles! Und wenn sie es nicht haben, bekommen sie es während der Therapie.“<sup>4</sup> Tatsächlich kann sowohl eine hohe Co-Morbidität beobachtet werden als auch ein Symptomwandel. So werden häufig Eßstörungen, Politoxikomanie und Suizidalität diagnostiziert. Nach Sachsse gibt es eine zeitliche Abfolge von Symptombildungen, die folgendermaßen aussehen kann, allerdings nicht linear verlaufen muß:

Selbstverletzung – Suchtverhalten – fremdaggressive Durchbrüche – Unfälle – psychosomatische Erkrankungen – „normale“ Krankheiten.<sup>5</sup>

Zum inhaltlichen Ablauf einer Selbstverletzungsepisode gibt Paar einen guten Überblick, den ich hier kurz darstellen möchte:

Idealtypischer Ablauf einer offenen Selbstverletzungsepisode<sup>6</sup>

- Auslösende Situation:

Erfahrung von Versagen und Mißerfolg, reale oder phantasierte Zurückweisung, Verlust einer signifikanten Bezugsperson, führen zu Alleinsein und Loyalitätskonflikten.

- Affektveränderung:

Dysphorische Stimmung, Angst, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Scham- und Schuldgefühle, Wut und Rachegefühle gegen andere, Wendung der Aggression gegen das Selbst.

- Frustrane Handlungsalternativen:

Versuch, der drohenden Selbstverletzung zu entkommen durch Arbeit, Beziehungsaufnahme, Alkohol, Medikamente, Drogenkonsum.

- Negative Kognitionen:

Entfremdungserlebnisse, Leere und Benommenheitsgefühl

- Vegetative und Psychoendokrine Streßreaktionen

Flucht-Kampf-Reaktion, Opioidsystem erhöht, dopaminerges System erhöht, serotonerges System erniedrigt.

- Depersonalisation, Derealisation

Ich-Dystonie, Veränderung der Sinneswahrnehmung, Veränderung allgemeiner Körpergefühle, Störung der Zeit- und Raumwahrnehmung, Angst vor Fragmentierung

- Offene Selbstbeschädigung :

Selbstverletzung beendet quälenden Zustand der Depersonalisation, während der Selbstverletzung Hypo/ Analgesie oder lustvolle Stimulation.

- Nachwirkungen :

Körperselbstgrenzen wieder aufgerichtet, Spannungsreduktion, Steigerung des Selbstwertes, später Schuld- und Schamgefühle möglich.

Meinen folgenden Darstellungen wird der Einfachheit halber dieser typisierte Ablauf zu Grunde liegen. Ich werde auf die einzelnen Funktionen der Selbstverletzenden Handlungsweisen im folgenden Kapitel näher eingehen.

Da es so viele Erklärungsansätze und Betrachtungsweisen gibt, wie es Selbstverletzende Handlungen gibt, werde ich nur einige von mir ausgewählte Aspekte Selbstverletzenden Verhaltens darstellen.

### 3. Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens

Um den idealtypischen Ablauf von Selbstverletzungen zu veranschaulichen möchte ich das folgende Kapitel mit einem Fallbeispiel von Eckhardt beginnen :

„ Der Kontakt mit der Umgebung bricht irgendwie ab. Es ist als ob ich aus der Wirklichkeit herausrutsche. Der Zustand ist furchtbar. Ich habe Angst ich könnte wahnsinnig werden. Ich schlage mich, bis die Haut ganz rot ist. Ich dusche so heiß, daß ich

mich fast verbrenne. Aber ich spüre nichts. Dann kommt der Drang mir weh zu tun. Ich schneide mich und lasse das Blut ganz lange über die Haut laufen. Das rote, warme Blut gibt mir ein Gefühl von Entspannung und Geborgenheit. Erst dann spüre ich auch wieder den Schmerz. Erst dann habe ich wieder das Gefühl, ich bin wieder in mir drin.“<sup>7</sup>

Anhand des idealtypischen Ablaufs und dieses Beispiels möchte ich nun darstellen, wie betroffene Frauen die Selbstverletzung erleben und welche Funktionen Selbstverletzendes Verhalten für sie erfüllt. Die Funktionen können sehr vielfältig sein, aber sie sind dem Betroffenen nicht immer bewußt. Bewußt ist meist nur, das die Selbstverletzung einen persönlichen Sinn erfüllt, denn es würde niemand etwas tun was für einen selbst keinen Sinn macht. Die Funktionen für die einzelnen Personen heraus zuarbeiten kann mit die Aufgabe einer Beratung oder Therapie sein. Selbstverletzendes Verhalten kann eine interpersonale Inszenierung des eigenen Konflikts darstellen, der Beziehungsregulation dienen, Ausdruck von Wut, Frustration und Vergeltung sein, einem „masochistischen Triumph“ dienen, eine Appellfunktion haben, zur Einnahme einer Krankenrolle oder /und zur Aufrechterhaltung eines Familiensystems dienen. Außerdem kann es intrapersonel als Selbstschutzmechanismus, zur narzißtischen Selbstwertregulierung, zur Spannungsreduktion, als Suizidprophylaxe, zur Selbstbetrachtung und / oder Selbstentlastung dienen, zur Bekämpfung des seelischen Schmerzes, zur Wiedererlangung von Kontrolle, als Antidepressivum und als Antipsychotikum, es hilft sich der eigenen Körpergrenzen zu vergewissern, dient dazu sich unattraktiv zu machen oder /und Traumata zu reinszenieren. Selbstverletzendes Verhalten ist also eine selbstfürsorgliche Symptombildung und dient der Bewältigung innerseelischer Zustände.

### 3.1. Gefühle vor , während und nach der Selbstverletzung

Als ein, der Selbstverletzung unmittelbar voraus gehendes Gefühl benennt Herperz einen „diffusen Spannungszustand“<sup>8</sup>, der hervorgerufen werde durch Angst – und Frustrationstoleranz oder mangelnde Affektdifferenzierung. Viele AutorInnen berichten von Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen vor einer Selbstverletzung.<sup>9</sup> Den starken, inneren Spannungszustand den die betroffenen vorher erleben kann man mit einem Rauschzustand vergleichen. Viele Frauen versuchen auch diesen Spannungszustand im Vorfeld bereits durch Arbeit, Kontaktaufnahme, Medikamente oder Alkohol oder

Drogenkonsum zu lösen. Für Sozialarbeiter ergibt sich hier ein Ansatzpunkt indem Alternativhandlungen ermöglicht werden. „Jemandem die Erlaubnis und den Raum zu geben, Schmerz und Zorn zu äußern ist eine gute Alternative.“<sup>10</sup>

Viele Frauen die sich selbst verletzen berichten von partieller oder totaler Schmerzunempfindlichkeit während der Verletzungshandlung.<sup>11</sup>

In der Untersuchung von Favazza und Conterion berichten 29 % davon, gar keinen Schmerz zu empfinden und 38 % gaben an, nur leichten Schmerz zu empfinden.

Eine Hypothese zur Ätiologie Selbstverletzenden Verhaltens erklärt diese Analgesie Damit; daß bei schmerzhafter Stimulation eine erhöhte Endorphin-Ausschüttung erfolgt.<sup>12</sup> Direkt nach der Selbstverletzung werden positive, entlastende Gefühle beschrieben.

### 3.2. Intrapsychische Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens

Alle Autoren der von mir gelesenen Literatur sind sich einig, daß Selbstverletzungsverhalten immer ein Selbstschutzmechanismus ist, mit dem überwältigende Gefühle gemindert oder abgewehrt werden sollen. Oft stellen Selbstverletzungen das einzige wirksame Mittel dar, um unerträglichen Depersonalisations- oder Derealisationszuständen ein Ende zu setzen.

Selbstverletzendes Verhalten wird also meist als Antidissoziativum eingesetzt.

Eine Medikamentöse Behandlung ist nicht wirksam möglich, da es kein antidissoziativ wirkendes Medikament gibt.<sup>13</sup> Nach Sachsse ist es ebenfalls eine der Hauptfunktionen Selbstverletzenden Verhaltens, die Überflutung mit Deprivationserlebnissen zu verhindern. Doch darauf werde ich in einem der folgenden Kapitel noch näher eingehen. Die Selbstverletzung kann also als globales Druckventil gelten.

Wut auf andere wird oft in Form von Selbstentwertung und Selbsthaß gegen die eigene Person gerichtet. In diesem Fall keine eine Selbstverletzung Teil einer Selbstbestrafung sein, um sich von unerträglichen Schuldgefühlen zu entlasten. Eine häufige Aussage von Selbstverletzungspatientinnen ist die Aussage „Damit ich den großen Schmerz nicht spüre“. Die Frauen beschreiben, daß der selbstzugefügte, körperliche Schmerz leichter zu ertragen sei, als der seelische Schmerz.

Eckardt beschreibt als weitere Funktion das Erlangen von Kontrolle über den eigenen Körper. Ihren Darstellungen zufolge erleben viele Frauen und Mädchen ihren Körper als nicht kontrollierbar, die Menstruation und die Möglichkeit schwanger zu werden, werden

als bedrohlich erlebt. Eine etwas seltenere Funktion ist das sich unattraktiv machen. Zahlreiche Narben an gut sichtbaren Stellen schaffen –vergleichbar mit eßgestörten Frauen- eine Distanz zu anderen Menschen. Dahinter kann zum Beispiel der Wunsch stehen sich durch Abschreckung vor sexuellen Übergriffe zu schützen.

Ich habe bereits angesprochen, daß Selbstverletzendes Verhalten auch als Selbstfürsorge angesehen werden kann. „Normale“ Möglichkeiten der Selbstfürsorge stehen den betroffenen Frauen oft nicht zur Verfügung, da der Körper meist entfremdet ist, verhaßt und ausschließlich Quelle unlustvoller Spannungszustände.

### 3.3 Interpersonelle Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens

Ein zentraler Konflikt von sich selbst verletzenden Menschen ist eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Nähe und dem Wunsch nach Distanz und Autarkie. Daraus ergeben sich natürlich auch viele zwischenmenschliche Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens. Allerdings ist es sehr wichtig dabei zu unterscheiden, welche Wirkung von den Frauen intendiert ist und welche Wirkung sie auslösen. Nicht immer ist beabsichtigt, was ausgelöst wird.

Die Kommunikationsfähigkeit ist bei Menschen mit Selbstverletzendem Verhalten oft beeinträchtigt. Oft können die Frauen, die sich selbst verletzen ihre Gefühle nicht anders ausdrücken.<sup>14</sup>

Sozialer Druck und die Furcht vor sozialen Anforderungen können Auslöser für Selbstverletzendes Verhalten sein. Allerdings ist Verantwortung abgeben nur selten Motiv für Selbstverletzung, da Fürsorge sehr ambivalent und mit Scham besetzt ist.<sup>15</sup>

## 4. Erklärungsansätze

Selbstverletzendes Verhalten ist ein globales Ventil für inneren Druck.

Jeder weitere Erklärungsversuch hat Unzulänglichkeiten.

Ein durchgängiges Problem fast aller Erklärungsansätze ist die mangelnde Konkretion bezüglich der Begrifflichkeit und des Symptoms. Viele Ansätze beziehen sich auf Selbstverletzungen bei Menschen mit Behinderung, ohne dies jedoch zu benennen. Kaum ein Ansatz berücksichtigt feministische und nur wenige gesellschaftliche Aspekte.



Es gibt nicht eine umfassende Erklärung für Selbstverletzendes Verhalten. Das Phänomen weist zu viele verschiedenen Facetten auf, jeder Mensch hat seine eigenen Geschichte und für jeden hat das Verhalten eine andere Bedeutung. Zusammenfassend bin ich der selben Meinung wie Hänsli<sup>16</sup> nämlich, daß biologische, psychologische, soziale und kulturelle Faktoren in wechselseitiger Verknüpfung eine Rolle spielen. Im folgenden habe ich einige der zahlreichen Erklärungsansätze ausgewählt und möchte nach kurzer Darstellung dazu Stellung nehmen. Alle Erklärungsansätze darzustellen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und so werde ich nur die wichtigsten Gruppen ansprechen.

- Psychoanalytische Erklärungsmodelle

Es gibt eine Vielzahl psychoanalytischer Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten. Gemeinsam haben alle, daß sie das Symptom Selbstverletzendes Verhalten als Ausdruck unbewußter, seelischer Konflikte ansehen, deren Ursprünge in der frühen Kindheit liegen. Die Verantwortung wird oft der Mutter zugeschoben, die es verpaßt hätte in der symbiotischen Phase den Grundstein für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes zu legen, der Vater hingegen wird kaum erwähnt. Gesellschaftliche Aspekte werden ebenfalls nicht berücksichtigt.

- Kommunikationsansatz

Die zentrale These dieses Ansatzes ist, daß die Ursache für Selbstverletzendes Verhalten eine Störung der Kommunikation ist. Hänsli betont dabei die besondere Bedeutung der Haut für die Kommunikation. Die Haut sei das Organ, welches die Grenze zwischen innerer und äußerer Welt festlege und gleichzeitig als Sinnesorgan, den Kontakt zur Außenwelt herstelle. Für Kommunikation sei diese Grenze nötig. Bei zu großer Durchlässigkeit, d.h. Überflutung von außen, könnten Schnitte zur Vergewisserung dienen, ein eigenständiges, abgegrenztes Subjekt zu sein. Andererseits könnten Schnitte, bei zu großer Distanz nach außen, eine Botschaft aus der Beziehungslosigkeit und Einsamkeit sein.<sup>17</sup> Sachsse nennt diese Wirkung auch „präverbalen Hilfsappell“, dabei sei diese Wirkung selten intendiert.<sup>18</sup>

- Medizinisch / Biologische Erklärungsansätze

- Endorphin-Hypothese

Die Endorphin-Hypothese besagt, daß vor der Selbstverletzung der Endorphin-Spiegel niedriger als im Normalzustand sei und so der Drang zur Selbstverletzung entstünde. Durch die Selbstverletzung würde der Spiegel der endogenen Opioide ansteigen und

tranceartige, entspannte Bewußtseinszustände hervorrufen. Der Anstieg der Opiode würde auch die Analgesie erklären..

Unter Einbeziehung der Lerntheorien könnte man erklären, daß dieser einmal positiv erlebte Zustand immer wieder herbeigeführt wird.

- Serotonin-Hypothese<sup>19</sup>

Die Serotonin-Hypothese besagt, daß Patientinnen, die sich selbst verletzen im gereizten Zustand einen niedrigeren Serotoninspiegel aufweisen, als gereizte Patientinnen ohne Selbstverletzendes Verhalten. Eine serotonerge Dysfunktion kann also mit Selbstverletzendem Verhalten in Verbindung gebracht werden.

Allerdings liegen meiner Meinung nach für alle medizinischen Erklärungsmodelle noch unzureichende Untersuchungen vor.

- Lerntheoretische Ansätze

Alle Lerntheoretischen Ansätze gehen von einer Formbarkeit des Menschen aus, ohne zu berücksichtigen, welche individuellen Unterschiede bezüglich Motivation, psychischem Zustand und Geschichte der Selbstverletzerinnen es gibt. Auch gesellschaftliche Aspekte werden nicht beachtet. Ausschließlich angewandt halte ich die Lerntheorien zu oberflächlich und pragmatisch, im Umgang mit dem Symptom Selbstverletzungen, allerdings in Kombination mit Möglichkeiten der Psychoanalyse oder anderen Therapieformen können Lerntheoretische Ansätze durch aus von Nutzen sein, um z.B. Auslöser zu finden und zu vermeiden und gegen den Prozeß der Verfestigung zu wirken.

#### 4.1. Zusammenhang Selbstverletzendes Verhalten und Borderline Persönlichkeit

Verschiedenste klinische Diagnosen werden häufig im Zusammenhang mit Selbstverletzendem Verhalten gestellt. Die wichtigsten sind im DSM und dem ICD zu finden. Am häufigsten kommt die Diagnose Borderline- Persönlichkeitsstörung gemeinsam mit Selbstverletzendem Verhalten vor, gefolgt von Eßstörungen, Psychotropem Substanzgebrauch, der Antisozialen Persönlichkeit , der neurotischen Persönlichkeitsstörung und der Multiplen Persönlichkeitsstörung.<sup>20</sup>

Ich werde in meiner Arbeit lediglich die Zusammenhänge zur Borderline – Persönlichkeitsstörung aufgreifen, da sie auch am häufigsten vorkommen.

Von AutorInnen wie Gardner & Cowdry und Walsh & Rosen wird die offene Selbstverletzung als Manifestation einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen, so Herperz und Saß.<sup>21</sup>

Offensichtlich ist allerdings auf jeden Fall eine hohe Anzahl an Borderline-Diagnosen bei Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten.

Herperz fand in ihrer Untersuchung bei 50 % ihrer Selbstverletzungspatientinnen die Diagnose Borderline<sup>22</sup> und in der Untersuchung von Herperz und Saß hatten 21 von 36 Patientinnen diese Diagnose.<sup>23</sup>

Selbstverletzendes Verhalten ist eines der neun Kriterien des DSM-IV, von denen mindestens fünf für die Diagnose Borderline zutreffen müssen.

Ich werde im Folgenden die Kriterien in ihrem Zusammenhang zu Selbstverletzendem Verhalten kurz darstellen.

- Verzweifelt Bemühen tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Nach Sachsse findet sich bei sich Selbstverletzenden Frauen regelmäßig eine ausgeprägte Angst vor dem Alleinsein.<sup>24</sup>

- Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch den Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

Menschen mit Borderline-Störungen haben oft typische Spaltungsmechanismen in „nur gut“ und „nur böse“ entwickelt und neigen daher dazu, Bezugspersonen zu idealisieren und bei der geringsten Enttäuschung zu verteufeln. Solche Beziehungsmuster finden sich auch sehr häufig bei sich selbstverletzenden Frauen und werden auch häufig auf Betreuungs- und therapeutische Beziehungen übertragen.<sup>25</sup>

- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

Herperz fand in ihren Untersuchungen ein sehr stark gemindertem Selbstwertgefühl bei sich selbst Verletzenden Frauen. Außerdem ist Herperz der Meinung, Selbstverletzendes Verhalten sei eng mit der Identitätsfindung verwoben.<sup>26</sup>

- Impulskontrollprobleme

Jede Selbstverletzungshandlung ist ein Kontrollverlust, in Freßanfällen, Kaufattacken und Substanzmittelmißbrauch kann sich das Problem der Impulskontrolle ebenfalls äußern.

- Suizidalität

Frauen die sich selbst Verletzen haben häufig bereits Suizidversuche hinter sich. Sachsse spricht sogar davon, daß alle seine Patientinnen bereits Suizidversuche hinter sich hätten.<sup>27</sup>

- Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige, episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst )

Die von Herperz untersuchten Selbstverletzungspatientinnen wiesen zu 65 % Probleme mit der Affektregulation auf.<sup>28</sup>

- Unangemessene , heftige Wut oder Schwierigkeiten Wut kontrollieren zu können.

Borderline-Patientinnen bergen oft ein hohes aggressives Potential in sich.

Auch Selbstverletzendes Verhalten ist Aggression - Autoaggression.

- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Veränderungen der Wahrnehmung werden auch fast immer vor Selbstverletzenden

Handlungen beschrieben. Zur dissoziativen Wirkung von Selbstverletzungen werde ich im nächsten Kapitel kommen.

Im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist selbstverletzendes Verhalten also charakteristisch, aber nicht zwingend.

Genauso ist dies umgekehrt der Fall. Nicht alle Selbstverletzungspatientinnen sind

Borderline-Persönlichkeiten, vor allem nicht durchgängig. Meist handelt es sich um

Patientinnen die „eine narzißtische Persönlichkeitsstörung aufweisen und in

Belastungssituationen auf Borderline Organisationsniveau regredieren und dissoziativ dekompensieren können.“<sup>29</sup>

#### 4.2. Selbstverletzendes Verhalten als Antidissoziativum bei Traumatisierung

Als schwere Kindheitstraumata werden unter anderem schwere Säuglingsverwahrlosung- also Deprivation-, lebensbedrohliche Gewalterfahrungen in der Familie,

Kindesmißhandlung, sexueller Mißbrauch und schwere, schmerzhaft Kinderkrankheiten

angesehen. Alle diese Traumata beziehen den kindlichen Körper direkt mit ein. Eine

Erfahrung wirkt dann traumatisch, wenn sie zur Reizüberflutung oder zur Störung der

Abwehrfähigkeit führt. Das Kind wird überflutet von Angst, Panik, Haß, Scham, Ekel und völliger Wahrnehmungskonfusion.

Zur Bewältigung dieser sehr widersprüchlichen und frustrierenden Erfahrungen steht den

Menschen die Fähigkeit zur Dissoziation zur Verfügung .Diese Fähigkeit ermöglicht es,

gegensätzliche, logisch oder emotional unvereinbare Erfahrungen innerseelisch aufzuspalten und getrennt zu halten. Zum Trauma-Coping können dissoziative Fähigkeiten wie induzierte Derealisation, Depersonalisation und intensive Phantasietätigkeiten genutzt werden. Allerdings besteht die Gefahr, daß diese Coping-Mechanismen sich generalisieren und ihrerseits Symptom-Charakter bekommen. Wirksamstes Antidissoziativum kann dann die Selbstverletzung sein.

Trauma heißt Wunde, und diese Metapher finde ich sehr passend. Ein Trauma kann durch Dissoziation aus dem Bewußtsein abgespalten und durch Gegenbesetzung dauerhaft ausgeschlossen werden. Traumatische Körpererfahrungen werden engrammiert und es entstehen Erfahrungen, die nie erfahren wurden. Dabei besteht die große Gefahr, daß sich eine tiefe Unsicherheit den eigenen Wahrnehmungen gegenüber ausbildet.

In Zuständen der Depersonalisation kommt der Körper quasi abhanden. Selbstverletzungen vermitteln dann ein Grenzerleben und geben das Gefühl lebendig zu sein. Warmes, pulsierendes Blut als Zeichen inneren Lebens.

Zusammenfassend lassen sich einige Realerfahrungen in der Biographie von sich offen und heimlich selbstbeschädigenden PatientInnen finden :<sup>30</sup>

- kindliche Konfrontation mit Krankheit oder Verlust
- früher Objektverlust
- frühe Parentifizierung und pathologische Kommunikationsstile in der Ursprungsfamilie
- infantile Bindung an eine Arztperson
- Realtrauma in Form körperlicher und sexueller Gewalt in Latenz und Adoleszenz
- Besondere Affinität zu Gesundheitsberufen durch Berufswahl oder persönliche Bindungen.

Auf die traumatischen Erlebnisse in der Kindheit speziell sexuelle Traumatisierung, werde ich im folgenden Kapitel noch näher eingehen.

### 4.3. Zusammenhang Selbstverletzendes Verhalten und Sexueller Mißbrauch

Bei mindestens zwei Dritteln aller Selbstverletzungspatientinnen lassen sich klar umschriebene Kindheitstraumata finden: Verwahrlosung, aggressive Mißhandlung und / oder sexueller Mißbrauch.<sup>31</sup>

Die meisten AutorInnen berichten von einem Zusammenhang zwischen Selbstverletzendem Verhalten und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit. Von einigen AutorInnen wird Selbstverletzendes Verhalten als „Überlebensstrategie“<sup>32</sup> mißbrauchter Frauen betrachtet, andere messen Sexuellem Mißbrauch nicht mehr Bedeutung zu als anderen traumatischen Erlebnissen, wie zum Beispiel Kindesmißhandlung und Deprivation in der Kindheit<sup>33</sup>. Ein statistischer Zusammenhang zwischen Selbstverletzendem Verhalten und Sexuellem Mißbrauch ist in beide Richtungen gefunden worden. Sexuell mißbrauchte Frauen zeigen häufiger als nicht sexuell mißbrauchte Frauen Selbstverletzendes Verhalten.

UNTERSUCHUNG	STICHPROBE / KONTROLLGRUPPE	PRÄVALENZ VON SELBSTVERLETZENDEM VERHALTEN
Bange, 1992, BRD	<u>124 Sexuell mißbrauchte Frauen</u> / 371 nicht mißbrauchte Frauen	27 % 10 %
Deegener, 1994 / 1995, BRD (Nachfolgeuntersuchung Banges)	<u>121 sexuell mißbrauchte Frauen</u> / 289 nicht mißbrauchte Frauen	30 % 18 %
Hotte & Rafman, 1992, Kanada	57 Mädchen (8-14) aus Dysfunktionalen Familien <u>Inzestbetroffen</u> / nicht-Betroffen (Klinisches Kollektiv)	60 % denken daran, sich selber zu verletzen, wenn sie Probleme haben / Vs. 25 %
McClellan & Adams, 1995, USA	Psychisch kranke, jugendliche PatientInnen eines psychiatrischen Krankenhauses <u>Sexuell mißbraucht</u> / nicht mißbraucht	Erhöht
Draijer, Nel, 1990, Niederlande	1054 Frauen der Bevölkerung 15,6 % <u>inzestuös</u> sexuell mißbraucht / 84,4 % nicht inzestuös sexuell mißbraucht	erhöht
Romans et al., 1995, Neuseeland	252 Frauen der Bevölkerung, die von Sexuellem Mißbrauch	8,7 % / 0,4 %

	berichten und 225 , die keinen Mißbrauch berichten	
Teegen & Cerney-Seeler 1998, BRD	541 Frauen aus der Bevölkerung, die sich <u>sexuellem Mißbrauch</u> bewußt waren	29 %
Shapiro, 1987, USA	11 <u>inzestuös</u> mißbrauchte Frauen	6 Frauen , das entspricht über 50 %, 3 hatten sich nur einmal geschnitten, eine mehrmals und 2 Frauen regelmäßig

Und umgekehrt sind Frauen, die sich selbst verletzen häufig in ihrer Kindheit oder Jugend sexuell mißbraucht worden :

UNTERSUCHUNG	STIUCHPROBE / KONTROLLGRUPPE	PRÄVALENZ VON SEXUELLEM MIßBRAUCH / INZEST
Favazza & Conterio, 1989, USA	240 Frauen, die sich selbst verletzen	46 %
Caroll & Schaffer, 1980, USA	14 sich selbst verletzende PatientInnen (10 Frauen ) / 14 PatientInnen, die sich nicht selbst verletzen	5 der sich selbst verletzenden Frauen hatten von <u>Inzest</u> berichtet / eine Kontrollpatientin
Herpertz, 1995, BRD	60 PatientInnen (53 Frauen ) , die sich selbstverletzen, der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychiatrie / 60 PatientInnen , die sich nicht selbstverletzen	20 PatientInnen berichten von <u>sexuellem Mißbrauch</u> / 6 PatientInnen der Kontrollgruppe ( Daten sind leider nicht nach Geschlecht getrennt)
Tameling % Sachsse, 1996, BRD	28 psychisch kranke, sich selbstverletzende PatientInnen (21 Frauen) / 35 PatientInnen, die sich nicht selbst verletzen	10 von 21 Frauen gaben <u>Inzest</u> an , d.h. 48 %
Romans et al., 1995 , Neuseeland	252 Frauen aus der Bevölkerung die von sexuellem Mißbrauch berichten / 225 Frauen, die keinen sexuellen Mißbrauch angaben	95, 7 % der 23 , sich selbstbeschädigenden Frauen berichten von <u>Sexuellem Mißbrauch</u>
Sachsse et al., 1997, BRD	43 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten ( 40 Frauen )	46 % der Stichprobe, d.h. 50 % der Frauen gaben <u>Sexuellen Mißbrauch</u> an

Sowohl Opfer Sexuellem Mißbrauchs, als auch Frauen, die sich selbst verletzen berichten vermehrt von Schuldgefühlen. Schamgefühle und negative Einstellungen zum eigenen Körper- wie Haß und Verachtung- können zu Selbstverletzungen führen. Hirsch sieht in der Selbstverletzung ein Element der Selbstbestrafung, welches auf diesem Weg zur Verminderung der Schuldgefühle beitrage .<sup>34</sup>

Shapiro schreibt über den Zusammenhang von Sexuellem Mißbrauch und Selbstverletzendem Verhalten folgendes :

„ The child who does not disclose the abuse remains powerless; her anger and dissatisfaction in others are directed inward, and her coping mechanism becomes a complex of self-destructive behaviors.“<sup>35</sup>

Das sexuell mißbrauchte Kind ist dem Täter ausgeliefert, es entwickelt aus der Not heraus, das Bedürfnis nach vollkommener Kontrolle und versucht alle Situationen zu meiden, die scheinbar nicht kontrollierbar sind. Selbstverletzendes Verhalten kann dann dazu dienen, die Kontrolle über den Körper, die Gefühle, das Selbst, wiederherzustellen und den Kontakt zur Außenwelt und zum Leben nicht zu verlieren.

Eckhardt meint, daß die verwirrenden Veränderungen in der Pubertät und die damit verbundenen Verunsicherungen bei einem Mädchen , daß sexuellen Mißbrauch in der Kindheit erlebt hat, zum Ausbruch seelischer Störungen wie Selbstverletzendes Verhalten oder beispielsweise Eßstörungen führen könne, da die Hilflosigkeit, die angesichts dieser Körperveränderungen empfunden würde, die Mädchen an die quälenden Gefühle von Hilflosigkeit, verursacht durch sexuelle und körperliche Übergriffe in ihrer Kindheit erinnern würden. Dabei spiele die Menstruation eine besondere Rolle, denn selbstverletzende Frauen würden oft von der Menstruation überrascht werden, sie würden diese plötzliche Veränderung wie eine Zerstörung erleben, etwas was sie nicht unter Kontrolle haben.<sup>36</sup> Auch das Auftreten von sexueller Erregung und sexuellen Wünschen in der Pubertät kann als etwas Verbotenes , Schuldhaftes erlebt werden wofür der Körper gehaßt wird.

## 5. Selbstverletzendes Verhalten und Sucht

Fast alle sich selbstverletzenden Frauen haben eine Suchtproblematik oder entwickeln eine solche als Zwischenphase der therapeutischen Entwicklung. Alkoholabusus, Benzodiazepin-Abusus und Polytoxikomanie sind am häufigsten.<sup>37</sup> In Kapitel 2.2. habe ich



bereits angeführt, daß Suchtverhalten zur Symptombildung Selbstverletzenden Verhaltens gehört. Innerhalb dieser Symptomveränderung kann Substanzabusus eine Progression bedeuten. Es besteht die Hoffnung, daß Ruhe und Entspannung von außen herbeigeführt werden können. Es wird nicht mehr alles zwischen autistischen Selbstanteilen inszeniert. Eine erste Wendung nach außen wird gewagt. Außerdem verschafft das Suchtmittel ja eine positives Gefühl. Erst im Entzug kommt die Dysphorie. Lust und Schmerz werden also getrennt voneinander erlebt. Allerdings bedeutet süchtiges Verhalten auch immer eine große Gefahr für die Frauen und einige wenige bleiben in ihrer Entwicklung in der Sucht stecken. Allerdings berichtet Sachsse, er habe noch keine therapeutische Entwicklung einer Selbstverletzungspatientin erlebt, in der es nicht eine oder mehrere Phasen süchtigen Verhaltens gegeben hätte.<sup>38</sup>

Ein Beispiel mit umgekehrter zeitlicher Abfolge wird von Dulz & Schneider angeführt : Frau N. hatte über Jahre mittels aller denkbaren Drogen –einschließlich intravenös appliziertem Heroin- nach eigenen Worten versucht, ihre Angst zu bekämpfen, ohne daß es ihr in ausreichendem Maße gelungen sei. Schließlich wurde sie mit Levomethadon ( L-Polamidon) substituiert. Später begann sie eine Therapie. Nachdem sie auf ihren Wunsch einschließlich Neuroleptika (Zotepin) keinerlei Medikamente mehr bekam, traten optische Pseudohalluzinationen bedrohlichster Art, sowie eine massive , diffuse Angst auf. Eine Entlastung suchte Frau N. durch Schnippeln zu erlangen. Es wurde – auch der Patientin- deutlich, daß sie mit Hilfe einer autoaggressiven Handlung (Drogeneinnahme) ihren Seelischen Zustand zu stabilisieren versucht hatte. Nach dem Wegfall der Drogen trat an deren Stelle eine andere autoaggressive Handlung (Schnippeln).<sup>39</sup>

Ein weiterer Aspekt im Zusammenhang zwischen Sucht und Selbstverletzendem Verhalten ist der, daß Selbstverletzendes Verhalten an sich süchtigen Charakter bekommen kann. Selbstverletzendes Verhalten kann wie eine Droge in jeder alltäglichen Belastungssituation eingesetzt werden.

Resch et al. versuchen die Zusammenhänge zwischen süchtigem und Selbstverletzendem Verhalten anhand der Abhängigkeitskriterien des DSM-III-R zu belegen.

Sie vertreten die Hypothese einer Isomorphie zwischen Substanzmißbrauch und repetitivem Selbstverletzendem Verhalten aufgrund von Entsprechungen im Bereich der Veränderungen des Opiatsystems, bei den biographischen Wurzeln und auf phänomenologischer Ebene.<sup>40</sup>

Favazza fand bei seiner nicht klinischen Untersuchung von 240 Frauen mit selbstverletzendem Verhalten, daß 28 % über ihren Alkoholkonsum beunruhigt seien, 18

% sich als Alkoholikerinnen betrachteten und 30 % schon illegale Drogen konsumiert hätten.<sup>41</sup>

## 6. Bedeutung von Selbstverletzendem Verhalten für die Soziale Arbeit

---

<sup>1</sup> Herperz und Saß (1994) , zit. n. Wenglein, Hellwig, Schoof (Hg) Selbstvernichtung. Göttingen , 1996, S.141

<sup>2</sup> DSM-IV, S.739

<sup>3</sup> vgl. ICD-10

<sup>4</sup> Sachsse, Selbstverletzendes Verhalten, Göttingen, 1999, S. 163

<sup>5</sup> vgl. Sachsse, Selbstverletzendes Verhalten, Göttingen, 1999

<sup>6</sup> vgl. Paar, offene und heimliche Selbstbeschädigung: Diagnostik, Klinik und Therapie , in Wenglein, Hellwig, Schoof (Hg) Selbstvernichtung. Göttingen, 1996, S. 154

<sup>7</sup> Eckhardt, 1994, S.117

<sup>8</sup> Herperz, S.117

<sup>9</sup> vgl. Sachsse 1995a, S.43; Eckhardt 1994, S. 116, Hirsch 1993, S.4

<sup>10</sup> Pembroke, S.86

<sup>11</sup> vgl. Untersuchung von Favazza & Conterio, S. 286

<sup>12</sup> vgl. Coid et al. 1983, zit. nach Sachsse , S.30

<sup>13</sup> vgl. Sachse S. 29

<sup>14</sup> vgl. Hänslı

<sup>15</sup> vgl. Hilsenbek,1998, S. 114 und Sachsse1995a, S.46 und 1989 S. 104

<sup>16</sup> Hänslı, 127

<sup>17</sup> vgl. Hänslı, 138

<sup>18</sup> vgl. Sachsse 1995a, 104

<sup>19</sup> vgl. Hänslı, und Herperz und Saß in Wenglein/ Hellwig/ Schoof

<sup>20</sup> vgl. Herperz, 119

<sup>21</sup> Herperz & Saß, 298

<sup>22</sup> Herperz, 119

<sup>23</sup> Herperz & Saß, 298

<sup>24</sup> Sachsse, 1995 a, 33

<sup>25</sup> vgl. Sachsse, 1995b, 56 ; Herperz 117, ; Hänslı 83

<sup>26</sup> vgl. Herperz, 122

<sup>27</sup> Sachsse 1989a, 32 und 158

<sup>28</sup> vgl. Studie von Herperz, 117 /120

<sup>29</sup> Sachsse SSV, S.55

- 
- <sup>30</sup> Paar1987, Plassmann 1994b, Sachsse1994a  
<sup>31</sup> Sachsse, S.59  
<sup>32</sup> vgl. Hilsenbek  
<sup>33</sup> vgl. Kaplan 1993  
<sup>34</sup> Hirsch , 1987, 221  
<sup>35</sup> Shapiro, 46  
<sup>36</sup> vgl. Eckhardt, 1994, 139 und 141  
<sup>37</sup> Herpertz und Saß 1994: 31 %; Sachsse et al. 1994 : 40 %  
<sup>38</sup> Sachsse, SSV, S. 164, vgl. auch Körkel und Kruse 1993  
<sup>39</sup> Dulz & Schneider, 31  
<sup>40</sup> Resch et al. , 257  
<sup>41</sup> Favazza & Conterio, 287