

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Eine kurz gefasste Übersicht

Was muss in einem Menschen, vor allem einem jungen Menschen vorgehen, wenn er sich absichtlich und aller Folgen bewusst selbst verletzt: Schneiden oder Ritzen mit Rasierklingen, Messer, Glasscherben, Scheren. Oder Kratzen, Kneifen und Beißen bis das Blut austritt. Oder den Kopf gegen die Wand schlagen. Vielleicht sogar die eigenen Knochen brechen oder – unfassbar – sich ein Auge ausreißen. Dabei der Hinweis, man verspüre (fast) keine Schmerzen.

Was sind das für Menschen, vor allem aber welche Hintergründe, Ursachen, Belastungen, Ereignisse treiben sie zu solchen Taten? Ist das eine Art Selbsttötungs-Versuch oder eine eigenständige Störung?

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zu einem Thema, das viel häufiger auftritt, als es die Allgemeinheit registriert. Und wenn, dann entweder nicht ernst nimmt, beschönigt oder – das Gegenteil – fassungslos, ja empört verurteilt. Nur: das ist keine Hilfe für die Betroffenen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Selbstverletzendes Verhalten – selbstzugefügte Schädigungen – Auto-Aggression – selbst-aggressives Verhalten – Selbstverstümmelung – Parasuizidalität – Selbst-Beschädigung des eigenen Körpers – selbst-verletzende Riten – Tätowierungen – Piercings – Selbstverletzungs-Methoden – Selbstverletzungs-Körperstellen – Selbstverletzung und Schmerz-Erleben – Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens – Co-Morbidität bei Selbstverletzung: Depression, Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Ess-Störung, hysterische (histrionische) Persönlichkeitsstörung, dependente Persönlichkeitsstörung u. a.

– Verlauf selbstverletzenden Verhaltens – Alter beim selbstverletzenden Verhalten – Geschlecht und selbstverletzendes Verhalten – Klassifikation selbstverletzenden Verhaltens – schweres selbstverletzendes Verhalten – stereotypes selbstverletzendes Verhalten – oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzungen – Klassifikation selbstverletzenden Verhaltens – Selbstverletzung und Suizidgefahr – Ursachen selbstverletzenden Verhaltens – Theorien zum selbstverletzenden Verhalten – wichtige Risikofaktoren zum selbstverletzenden Verhalten – psychische Störung und selbstverletzendes Verhalten – Vorbeugung selbstverletzenden Verhaltens – Therapie selbstverletzenden Verhaltens – u.a.m.

Dass wir uns einmal unbeabsichtigt selbst verletzen, wem wäre das nicht schon passiert. Dass es aber Menschen gibt, die sich absichtlich selber verletzen, und zwar fortwährend, das ist schwer nachvollziehbar – aber häufiger, als man denkt.

Dabei gibt es in nicht wenigen Kulturen bzw. Gesellschaftsformen bestimmte Arten von Selbstverletzung, die nicht jedem einleuchten, manchmal sogar fassungslos machen (man erinnere sich nur an bestimmte Riten in Afrika und dem Fernen Osten); und auch bei uns im scheinbar so aufgeklärten Europa muss man dafür zumindest grenzwertige bis diskussionswürdige Beispiele hinnehmen. Man denke nur an die derzeit wieder aufblühenden Mode-Trends wie Tätowierungen und das Tragen von Piercings, die nebenbei immer mehr Körperteile erfassen, die dafür sicher nicht vorgesehen sind.

Unter selbstverletzendem Verhalten hingegen versteht man verschiedene Formen von selbst zugefügter Schädigung, bewusst, gezielt, im allgemeinen aber auf krankhafter Basis, insbesondere was seelische Beeinträchtigungen und psychosoziale Konsequenzen anbelangt.

Nachfolgend deshalb ein kurz gefasster Beitrag zu diesem für die meisten erst einmal irritierenden Thema auf der Grundlage von Forschung und Publikationen entsprechender Experten, in diesem Fall von Prof. Dr. F. Petermann und D. Nitkowski vom Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 9 (2008) 1017. Ein ausführlicher Beitrag dazu findet sich an anderer Stelle in dieser Serie, basierend auf dem Buch von F. Petermann und Sandra Winkel: *Selbstverletzendes Verhalten* im Hogrefe-Verlag Göttingen 2005.

Selbstverletzendes Verhalten – was ist das?

Unter selbstverletzendem Verhalten verstehen die Experten also mannigfaltige Formen selbst zugefügter Schädigungen. Dabei kommen unterschiedliche Fach-

begriffe zur Sprache wie „Auto-Aggression“ (also selbst-aggressives Verhalten), „Selbstverstümmelung“ oder auch „Parasuizidalität“ (gemeint sind Suizidhandlungen ohne tödlichen Ausgang, zumeist mit einer gewissen Appell-Intention).

Im deutschen Sprachbereich definiert man selbstverletzendes Verhalten als „funktionell motivierte, direkte und offene Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen (Selbsttötungs-)Absichten einher geht.

Dabei werden indirekte Varianten selbst-schädigenden Verhaltens ausgeklammert wie Verweigerung von Nahrung und Wasser oder ungeschützter Geschlechtsverkehr. Hier ist nämlich das Resultat der körperlichen Schädigung nicht direkt beobachtbar und zumeist von den Betroffenen bezüglich der Konsequenzen auch nicht präzise einschätzbar, geben die Experten zu bedenken. Die Folgen zeigen sich erst nach längerem Zeitraum, ähnlich dem kontinuierlichen und intensiven Alkoholkonsum.

Welches sind die wichtigsten Selbstverletzungs-Methoden?

Die häufigste Methode bei Jugendlichen und Erwachsenen (ohne geistige Behinderung, das ist ein erweitertes Feld, wenngleich nicht selten) ist das Schneiden oder Ritzen der Haut. Dazu werden scharfe Gegenstände missbraucht wie Rasierklingen, Messer, Glasscherben oder Scheren.

Vielfach kratzen, kneifen oder beißen sich die Betroffenen auch, und zwar so ausgeprägt und folgenschwer, dass zum Teil Blut aus der Wunde austritt. Dabei muss man nicht auf technische Mittel zurückgreifen (s. o.); in diesem Fall reichen die eigenen Fingernägel oder Zähne aus.

Oder man schlägt mit Kopf oder Händen an eine Wand (was man früher vor allem bei nicht gut versorgen geistig Behinderten miterleben musste); heute stehen dafür bestimmte Medikamente zur Verfügung, die mindestens einen Teil dieser folgenschweren Aggressivitäts-Handlungen zu unterbinden versuchen.

Als Selbstverletzung gelten aber auch alle Maßnahmen, die das Abheilen einer Wunde hinauszögern oder unmöglich machen.

Seltener treten schwerwiegende körperliche Schädigungen auf, die der Laie noch fassungsloser registriert, beispielsweise der Versuch, sich die eigenen Knochen zu brechen oder ein Auge herauszudrücken.

Das Ausreißen von Haaren gehört auch zum selbstverletzenden Verhalten, hat aber einen eigenen Namen (nämlich Trichotillomanie) und eine eigene psychologische Ursachen-Basis (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie).

Welche Instrumente zur Selbstverletzung eingesetzt werden, ist eine individuelle Entscheidung. Häufig ist es sogar mehr als eine Methode. Was grundsätzlich zu bedenken gilt, so Prof. Dr. F. Petermann und Mitarbeiter:

Wenn sich ein Patient dringend verletzen will oder – krankheitsbedingt – muss, findet er immer ein Mittel dazu, meist auch mehrere.

Welche Körperstellen sind am häufigsten betroffen?

Einiges kam schon zur Sprache bzw. lässt ahnen, was alles möglich ist. Grundsätzlich aber gilt auch hier: Es können praktisch alle Körperstellen verletzt werden, an die man mehr oder weniger problemlos herankommt. Das beginnt mit der Innenseite des Mundes, also Verletzungen der eigenen Mundschleimhaut, geht über die Zunge (vor allem Beißen) und findet seine Höhepunkte an Armen und Handgelenken, gefolgt von Ober- und Unterschenkel.

Diese leicht erreichbaren Regionen lassen sich zwar bei „gesundem Menschenverstand“ nicht nachvollziehen, aber doch einigermaßen erklären, wenn selbstverletzendes Verhalten sein muss. Fast grausen würde es einen allerdings bei Schädigungen an empfindlichen Stellen, die man zu schützen sucht, wo es geht. Dazu gehören beispielsweise, wie erwähnt, die Augen. Aber auch sie können bedroht sein, bis zum Versuch, die eigenen Augen herauszureißen (Fachbegriff: Auto-Enukleation).

Die am häufigsten betroffenen Körperteile, also Arme und Handgelenke sind natürlich auch am einfachsten zu erreichen, am leichtesten zugänglich und manipulierbar. Der Umstand, dass man so etwas nur selten sieht liegt daran, dass die Narben und Wunden meist unter Kleidung verborgen werden können oder als Unfall-Folgen vorgegeben werden.

Selbstverletzendes Verhalten und Schmerz-Erleben

Man nimmt an, dass die Mehrzahl der Patienten bei ihren Selbstverletzungen keine oder kaum Schmerzen empfinden. Gerade die so genannten Borderline-Patienten mit oberflächlichem bis mittelschwerem selbstverletzendem Verhalten berichten immer wieder von einer regelrechten Schmerzlosigkeit (Fachbegriff: Analgesie). Und auch in so genannten belastungsfreien Phasen scheinen sie die nun

eigentlich deutlicher werdenden Schmerzen weniger ausgeprägt wahrzunehmen als Gesunde mit gleichen Verwundungen.

Vor allem wenn Stress-Gefühle überhand nehmen und ein immer stärker auftretender Selbstverletzungs-Drang verspürt wird, erhöht sich die Wahrnehmungsschwelle für Schmerzempfindungen offenbar noch weiter – man spürt nichts.

Wie häufig ist selbstverletzendes Verhalten?

Die Häufigkeit von oberflächlichen bis mittelschweren Selbstverletzungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wird mit etwa vier Prozent in der Allgemeinbevölkerung angegeben (ausgenommen geistige Behinderung, das ist ein eigenes Kapitel).

Besonders ausgeprägt tritt es im Jugendalter und bei Heranwachsenden auf. Hier spricht man von 7 bis 15 Prozent. Vier Prozent haben mehr als drei Episoden krankhaften Selbstverletzungs-Drangs pro Jahr zu verkraften. Am häufigsten finden sich die bereits erwähnten oberflächlichen und mittelschweren Fälle.

In bestimmten Gruppierungen muss man aber mit deutlich mehr Selbstverletzungsraten rechnen. So sind jene die jungen Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant oder stationär behandelt werden müssen, sehr viel häufiger betroffen, nämlich bis zu 19 Prozent.

Ein Sonderfall ist die bereits erwähnte geistige Behinderung. Hier kann es sogar erwachsene Patienten über den gesamten Lebenszeitraum hinaus in bis zu 45 Prozent aller erfassten Fälle treffen.

Das weibliche Geschlecht scheint durchweg häufiger vertreten.

Co-Morbidität: wenn eine Krankheit zur anderen kommt

In dieser Serie wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es bei organischen Leiden (sprich Körper-Krankheiten) keine Seltenheit, im höheren Lebensalter sogar die Regel ist, nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten ertragen zu müssen (z. B. Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Magen-Darm, Stoffwechsel u. a.). In seelischer Hinsicht ist das nicht anders, obgleich man auf dieses Phänomen erst in den letzten Jahrzehnten verstärkt aufmerksam geworden ist. Beispiele: Depressionen und Angststörungen, Alkoholismus und Nikotin-Abusus, verschiedene Persönlichkeitsstörungen usw.

So ist es auch bei selbstverletzendem Verhalten. Hier finden sich beispielsweise Störungen der Sozialverhaltens, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, eine so genannte Major-Depression (früher als endogene, also vor allem biologische und erblich verankerte Depression bezeichnet), insbesondere Persönlichkeitsstörungen vom Typ der Borderline-, vermeidend-selbstunsicheren und paranoiden Persönlichkeitsstörungen. Aber auch Ess- und affektive (Gemüts-)Störungen, histrionische (früher hysterisch genannte) und dependente (von anderen krankhaft abhängige) Persönlichkeitsstörungen gehören dazu.

Am besten erforscht (weil wohl auch am häufigsten diagnostiziert) ist in diesem Zusammenhang die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Einzelheiten zu allen diesen Krankheitsbildern siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Wie verläuft selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten beginnt eigentlich selten in der Kindheit (mit Ausnahme von Patienten mit geistiger Behinderung). Kommt es allerdings im Alter von acht Jahren und jünger vor, ist mit einem besonders ausgeprägten Krankheitsbild zu rechnen.

Oberflächliche und mittelstarke Selbstverletzungen werden in der Regel das erste Mal zwischen 13 und 16 Jahren begangen (aber noch lange nicht in diesem Alter rechtzeitig registriert bzw. dann den zuständigen Experten, nämlich den Ärzten und Psychologen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt). Am häufigsten und ausgeprägtesten tritt es zwischen 18 und 24 Jahren auf.

Der Verlauf ist von einem so genannten repetitiven Muster charakterisiert, d.h. es kommt immer wieder zu Rückfällen, auch wenn zwischendurch „Ruhe herrscht“. Das kann bis zu selbstverletzenden Handlungen mehrfach pro Tag ausufern.

Im Allgemeinen dauert es offenbar zwischen zehn und 15 Jahren, so die Erfahrungen der Experten. Auf jeden Fall nimmt es im Alter von 30 bis 40 Jahren deutlich ab.

Wie klassifiziert man selbstverletzendes Verhalten?

In Wissenschaftskreisen gibt es verschiedene Klassifikations-Vorschläge, die selbstverletzendes Verhalten praktisch nutzbar einzuteilen versucht. Seit etwa zehn Jahren einigt man sich offenbar vor allem auf ein System, das in schwere, stereotype und oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzungen differenziert.

- Zu den *schweren selbstverletzenden Verhaltensweisen* zählen intensive Gewebe-Schädigungen, die auch lebensbedrohlich werden können. Hierunter fallen beispielsweise Selbst-Amputationen von Gliedmaßen, Selbst-Kastrationen oder die Zerstörung des eigenen Augapfels (die erwähnte E nukleation). Solche nun wirklich unfassbaren Handlungen gehen meist auf psychotische Störungen zurück (beispielsweise schizophrene Psychosen) oder werden unter dem Einfluss von Rauschdrogen ausgeführt.
- *Stereotypes selbstverletzendes Verhalten* umfasst Schneiden, Verbrennen und Ausreißen von Haaren, Sich-Kratzen, Augen-, Nasen- und Ohrenbohren sowie – häufig bei geistig behinderten Menschen – das ständige Schlagen des Kopfes gegen die Wand. Hier handelt es sich zumeist um Persönlichkeits-, Ess- und so genannte dissoziative Störungen, die mit diesen unfassbaren Reaktionen unangenehme Gefühle mindern oder gar positive erzeugen wollen.
- *Oberflächliche bis mittelschwere Selbstverletzungen* unterteilt man in einen zwanghaften, episodischen (in bestimmten Phasen auftretenden) und repetitiven (sich ständig wiederholenden) Typus.

Bei zwanghaften Schädigungs-Ursachen findet man vor allem Nägelkauen oder das Ausreißen von Haaren (die erwähnte Trichotillomanie). Dagegen wird die episodische und repetitive Selbstverletzungs-Form besonders durch Schneiden, Verbrennen und Behinderung der Wundheilung charakterisiert. Diese Schädigungsart findet man vor allem bei Borderline- oder dissozialen Persönlichkeitsstörungen sowie im Zusammenhang mit Ess- und postraumatischen Belastungsstörungen nach unverarbeiteter Extrembelastung.

Selbstverletzendes Verhalten als absichtliches Selbstverletzungs-Syndrom

Selbstverletzendes Verhalten mag zwar ein breites Spektrum unfassbarer Handlungen umfassen, letztlich aber ist allen klar: Hier kann es sich nicht um eine seelisch gesunde Person handeln. Deshalb hat man im Rahmen der internationalen ton-angebenden Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) auch eigene Klassifikations-Kriterien vorgeschlagen und eingeführt. So die Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der APA als *absichtliches Selbstverletzungs-Syndrom*, aufgeteilt in nachfolgende kennzeichnende Merkmale:

1. Beschäftigung mit körperlicher Selbstverletzung, ohne dass eine bewusste suizidale Absicht oder suizidale Gedanken bestehen.
2. Unfähigkeit, dem Impuls zur Selbstverletzung zu widerstehen (wenn die Entscheidung einmal gefallen ist).

3. Dem Verhalten gehen emotionale Zustände wie zunehmende Anspannung, Wut, Angst, Traurigkeit oder allgemeine Belastung voraus, die weder gemieden noch kontrolliert werden können.
4. Auf das selbstverletzende Verhalten folgt unmittelbar ein Gefühl der Erleichterung, Zufriedenheit oder die Beendigung eines Depersonalisations-Zustandes (auf Deutsch: Ich bin nicht mehr ich selber).
5. Es müssen mindestens fünf selbstverletzende Handlungen durchgeführt worden sein (die Methoden können im Bereich der verschiedenen Selbstverletzungs-Episoden variieren).
6. Die Selbstverletzung tritt nicht im Rahmen einer psychotischen Störung (populär: Geisteskrankheit), geistigen Behinderung, Entwicklungsstörung oder als Folge einer körperlichen Erkrankung auf.
7. Das Verhalten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leid oder Beeinträchtigungen in den sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Natürlich sollte man diese Gruppierung auch in die bisherigen Klassifikations-Einteilungen einordnen können. Wissenschaftlich diskutiert wird dabei die Frage, ob selbst-verletzendes Verhalten eine so genannte „Störung der Impulskontrolle“ ist, die sich ja durch das Unvermögen auszeichnet, sich einem Drang zu widersetzen, der zu einer (auch selbst-)schädlichen Handlung führt. Denn dadurch wird ja die innere Spannung oder gar Erregung abgebaut.

Es wird aber auch diskutiert, ob man selbstverletzendes Verhalten nicht als „Abhängigkeitsstörung“ auffassen könnte, ähnlich dem Konzept der nicht-stoffgebundenen Suchtformen (z. B. Kaufsucht). Der bisherige Forschungsstand – so die Experten – spricht jedoch eher dafür, dass man selbstverletzendes Verhalten als eine Störung der Impulskontrolle zu begreifen hat.

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidgefahr

Selbstverletzendes und suizidales Verhalten weisen Gemeinsamkeiten auf, das leuchtet sofort ein. Doch sie lassen sich auch unterscheiden: Suizidale Verhaltensweisen zielen auf eine Selbsttötung, die Beendigung des eigenen Lebens. Oberflächliche und mittelschwere Selbstverletzungen werden dagegen häufig ausgeführt, um negative Gefühle zu reduzieren. Allerdings muss man einräumen, dass bei etwa jedem Dritten mit selbstverletzendem Verhalten zumindest suizida-

le Gedanken zum Zeitpunkt der Verletzung vorliegen (je nach Studie zwischen 28 und 41 Prozent).

Suizidal motivierte Handlungen sind allerdings im Unterschied zu oberflächlichen mittelschweren selbstverletzenden Verhaltensweisen gekennzeichnet durch:

- eine geringere Häufigkeit sowie
- meist nur einer Verletzungs-Methode (die aber auch eine hohe Letalitäts-, d. h. Tödlichkeits-Rate aufzuweisen pflegt).

Deshalb empfehlen die Experten für eine möglichst genaue Beurteilung der vorliegenden Selbstbeschädigung, also 1. selbstverletzendes Verhalten oder 2. suizidale Handlung folgende Kriterien zu berücksichtigen: Intention (Absicht), Zahl der Episoden sowie das medizinische Risiko eines tödlichen Ausgangs.

Was steckt dahinter?

Selbstverletzendes Verhalten hat eine Ursache bzw. deren mehrere. Dazu gehören

- bei Jugendlichen intensive Belastungen, z. B. durch familiäre Schwierigkeiten, das Ende einer Partnerschaft oder ein sexuelles Missbrauchs-Erlebnis. Hier soll die Selbstverletzung zur Problemlösung beitragen, was sich aber als ungünstige Strategie erweist, allerdings im subjektiven Erleben nur mittel- bis langfristig. Denn je effektiver sich diese fatale Problemlösungs-Strategie in der kurzfristigen Bewältigung der unüberwindbar erscheinenden zwischenmenschlichen Schwierigkeiten erweist, desto schneller wird auch in anderen, weniger bedrückenden Situationen darauf zurückgegriffen. Das nennen die Experten eine Generalisierung. Da aber die eigentlichen Probleme dadurch nicht gelöst, sondern nur überspielt, verdrängt oder gemieden werden, wird den Betroffenen erst im Laufe der Zeit klar, in welche psychosoziale Sackgasse sie sich damit manövriert haben.

Denn selbstverletzendes Verhalten kann zwar zum Abbau psychischer Spannungen beitragen, vor allem, was die Reduktion von Groll, Wut, Zorn, aber auch Angst und depressive Gefühle angeht. Man nennt so etwas eine Emotions-Regulation. Ja, es können danach sogar positive Gefühle auftreten, nämlich Entspannung, Ruhe, auf jeden Fall aber scheint die missliche Lage irgendwie eine zwar ungewöhnliche, aber scheinbar machbare Realitäts-Kontrolle zu erfahren. Allerdings werden auch schon relativ früh und zumindest bei einem Teil der Betroffenen Scham-Gefühle entwickelt, die ihrerseits in einen Teufelskreis münden lassen können.

Auf jeden Fall wirken Selbstverletzungen unmittelbar auf das Gemüt, sind allerdings nur kurzzeitig wirksam und deshalb keine Lösung. Denn schon am nächsten Tag kann wieder das negative Ausgangs-Niveau erreicht werden, was zu erneuter Tat zwingt.

- Es gibt allerdings noch andere Aspekte, die es zu berücksichtigen gilt: So lässt sich mit selbstverletzendem Verhalten auch die Wut auf sich selber umsetzen, das Bedürfnis, sich selber zu bestrafen, herabzusetzen, zu demütigen, auf jeden Fall entsprechende Emotionen auszudagieren, wie der Fachbegriff lautet.
- Neben dieser Selbstbestrafungs-Strategie wird aber auch versucht, so genannte dissoziative Zustände oder Flash-backs zu mindern oder gar zu beenden. Einzelheiten zu diesem Phänomen siehe die entsprechenden Kapitel über dissoziative Störungen in dieser Serie.
- Manchmal wird aber auch durch selbstverletzendes Verhalten „nur“ versucht, unangenehme soziale Bedingungen zu beenden oder positive äußere Zustände zu erzwingen.
- Und schließlich diskutieren die Fachleute darüber, ob das selbstverletzende Verhalten nicht sogar zur Vermeidung oder zumindest als Ersatz für das erwähnte suizidale Verhalten genutzt werden könnte (Fachbegriff: Anti-Suizid).

Wenn man alle diese Hypothesen und diagnostisch-therapeutischen Überlegungen gegeneinander abwägt dann wird aus wissenschaftlicher Sicht vor allem dem Modell der Affekt- bzw. Emotions-Regulation sowie dem Selbstbestrafungs-Modell die meiste Wertigkeit zugesprochen. Es scheinen also intra-psychische Motive (innerseelische Beweggründe) bedeutsamer zu sein als (psycho-)soziale.

Nicht wenige Experten sind aber auch der Meinung, dass hier mehrere Funktionen zusammen kommen müssen, wenn auch mit unterschiedlichem Schwerpunkt.

Die wichtigsten Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren

Wenn eines bisher deutlich geworden ist, dann dies: Selbstverletzendes Verhalten basiert auch auf einer entsprechenden seelischen Verwundbarkeit (Fachbegriff: Vulnerabilität) und wird gebahnt von bestimmten Risiko-Faktoren. Zu den wichtigsten gehören Impulsivität, traumatische Erlebnisse, die affektive Dysregulation, psychische Störungen sowie biologische Veränderungen im so genannten serotonergen Gehirn-System (sprich Botenstoffe) und sogar Opiat-System. Was heißt das im Einzelnen?

- Der **Impulsivität** (populär: einem unüberlegten, unerwarteten und plötzlichen Handlungs-Muster) wird eine wichtige Funktion in der Psychologie des Selbstverletzungs-Verhaltens beigemessen. Dabei vermutet man auch gleich einen biologischen Hintergrund, nämlich eine Störung im serotonergen Neurotransmitter-System des Gehirns (s. u.). Das wird durch vielerlei Untersuchungsergebnisse und entsprechende Schlussfolgerungen gestützt.

Ein Aspekt ist beispielsweise derjenige, dass die meisten Patienten nur wenige Sekunden oder überhaupt nicht über das selbstverletzende Verhalten nachdenken, bevor sie zur Tat schreiten. Auch zeigt sich, dass viele Patienten davon berichten, fast täglich einen Drang zur Selbstverletzung zu verspüren, was dann nicht mehr mit einzelnen Beeinträchtigungen erklärt werden kann, so häufig belasten selbst negative Verhältnisse auch wieder nicht.

- Dagegen finden sich in der Vorgeschichte der Betroffenen gehäuft **traumatische Erlebnisse**; und hier vor allem sexuelle Missbrauchs- und körperliche Misshandlungs-Erfahrungen, insbesondere in der Kindheit.

Solche traumatischen (in diesem Fall körperlich, vor allem aber seelisch verwundende) Ereignisse gelten als wichtiger, wenn nicht gar wichtigster Risikofaktor für selbstverletzendes Verhalten.

- Dabei scheinen bei jungen Männern physische (körperliche) Misshandlungen mehr Bedeutung zu haben als die Erfahrung eines sexuellen Missbrauchs oder einer emotionalen Vernachlässigung.
- Beim weiblichen Geschlecht denkt man vor allem an sexuellen Missbrauch, wobei jedoch hier neben traumatischen Kindheits-Erlebnissen auch eine Neigung zu emotionaler (gemütsmäßiger) Übererregbarkeit und eine mangelnde Fähigkeit vorliegt, sich gemütsmäßig auszudrücken, beispielsweise darüber entlastend zu sprechen.

- So wird auch immer wieder darüber berichtet, dass eine gestörte Emotions-Regulation, d.h. eine **affektive Dysregulation** für die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten verantwortlich sein kann (kurz und allgemein verständlich eine ausgeglichene Stimmungslage zu unterhalten. Zumindest wird ihr eine bedeutsame Rolle zugeschrieben, was die halt nur kurze Beeinflussung einer negativen Gemütslage, vor allem aber was den Zwang zu immer wiederholter Selbstbeschädigung anbelangt.

- Ist selbstverletzendes Verhalten also eine **psychische Störung** bzw. findet sie sich im Rahmen einer seelischen Erkrankung, und wenn ja, bei welchen bevorzugt? Auch dies hat natürlich die Experten immer wieder beschäftigt und die Ergebnisse ihrer Untersuchungen lauten:

Oberflächliche und mittelschwere Formen selbstverletzenden Verhaltens finden sich vor allem in Kombination mit *Persönlichkeitsstörungen*, besonders bei *Borderline-Störungen*. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie. Hier ist es vor allem das „andauernde Muster von affektiver und interpersoneller Instabilität sowie deutlicher Impulsivität und einer damit verbundenen Neigung zu selbstdestruktiven Handlungsweisen“ wie es in der Fachsprache heißt. Oder auch kurz und allgemein verständlich: Diese Menschen sind inner-seelisch nicht im Gleichgewicht, gleichsam durchgehend instabil und dabei zusätzlich noch impulsiv, was eine unerträgliche Spannung aufbaut, die in ihren Augen nur durch Selbstverletzungen gelöst oder zumindest gemildert werden kann.

Allerdings gibt es Selbstverletzungen auch bei Ess-Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Substanz-Missbrauch (Rauschdrogen, Alkohol, Medikamente, Nikotin). Und sie finden sich sogar bei depressiven Zuständen, die man früher beispielsweise als endogene Depressionen und heute als Major-Depression bezeichnet. Auch hier: Einzelheiten siehe die zum Teil ausführlichen Beiträge in dieser Serie.

Auf jeden Fall wird das selbstverletzende Verhalten auf zweierlei hinweisen (können): Zum einen als Reaktion auf die Belastung durch solche Erkrankungen bzw. ihre Symptome und zum anderen als mehr oder weniger typische Merkmale dieser Störung, zumindest aber als Vorläufer der jeweiligen Erkrankung.

Beides ist auf jeden Fall ungünstig, was die Heilungsaussichten anbelangt und bedarf deshalb einer raschen Diagnose und gezielten Therapie.

Schlussfolgerung

Das heißt: Vor allem bei Krankheitszeichen, die den Verdacht auf eine Persönlichkeits-, Ess- oder posttraumatische Belastungsstörung, auf Missbrauch oder Abhängigkeit sowie Depressionen verweisen, sollte man auch nach Selbstverletzungs-Neigungen fahnden (Vorgeschichte, frische Verletzungen oder Narben). Dabei muss man aber sehr behutsam vorgehen, denn die erwähnte Kombination aus Wut, Angst oder Scham sowie die Furcht vor Ablehnung kann zu Rückzug oder Widerstand führen und damit alle Bemühungen schon im Vorfeld zunichte machen.

Liegt der Verdacht nahe, muss man tiefer einzusteigen versuchen. Dazu gehören entsprechende Fragen zu Ursache und Beweggrund, zur jeweiligen Gefühlslage, zum psychischen Zustand zum Zeitpunkt der Tat u. a. Vor allem aber die Frage nach der Anzahl selbstverletzender Episoden sowie zur Verletzungs-Intensität bis hin zur drohenden Letalität (Tödlichkeit).

Bei der Planung therapeutischer Schritte geht es neben den psychosozialen Risiken vor allem auch um biologische Hintergründe, was dann aber die vereinten Bemühungen verschiedener Experten nahe legt (Nervenärzte, d. h. neurologisch und psychiatrisch ausgebildet, Psychiater mit psychotherapeutischer Erfahrung, Psychologen mit entsprechender Ausbildung, ggf. neuro- und psycho-physiologisch spezialisierte Experten).

Das zentrale **Therapieziel** am Schluss aber ist die Förderung emotionaler Kompetenz, wie es die Fachleute nennen. Es gilt die Affekte so zu modulieren, dass sie sich nicht derart zerstörerisch gegen den Betroffenen selbst wenden. Selbstverletzendes Verhalten als Aufschrei von innen nach außen, das zu erkennen, zu akzeptieren und verständnisvolle Hilfe anzubieten, das ist das Gebot der Stunde, von dem man mit einiger Bestürzung feststellen muss, dass es immer häufiger gefordert ist. Dass hier „etwas nicht stimmt“, wird jedem schnell klar. Dass man hier umgehend eingreifen sollte, auch. Allerdings wie, wann, mit wem?

Das zu entscheiden setzt das entsprechende Wissen voraus, und zwar in der Allgemeinheit und damit auch im potentiellen Umfeld des (bisher lang nicht erkannten) Betroffenen. Auf dieses Umfeld kommt es an, denn die Fachleute stehen am Ende dieser Diagnose- und Therapie-Kette. Da man aber so früh und so konsequent wie möglich eingreifen sollte, ist und bleibt es eine aufgeklärte Öffentlichkeit, die hier den bedrohlichsten Schaden abzuwenden vermag, und zwar rechtzeitig, falls fundiert informiert, wirklich motiviert und nachhaltig um Hilfestellung bemüht.

Einzelheiten dazu siehe der ausführliche Beitrag zu diesem Thema.

Literatur

Zunehmende Zahl von wissenschaftlichen Publikationen und erste Fachbücher in deutscher Sprache.

Grundlage vorliegender Ausführungen ist vor allem das Fachbuch

*Petermann, F., Sandra Winkel: **Selbstverletzendes Verhalten**. Hogrefe-Verlag, Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag 2005*

