

# Selbstverletzung - Dr. Rita Seitz

## Abgrenzung:

- Suizidversuch
- Selbstbeschädigungen z.B. bei Menschen mit geistigen Behinderungen, hirnrorganischen Erkrankungen
- **Selbstverletzendes Verhalten als Symptom von Entwicklungslinien einer Borderline-Erkrankung**

## Welche „typischen“ Ausdrucksformen selbstverletzenden Verhaltens gibt es?

- Ritzen oder Schneiden: mit Rasierklingen, Messer o.ä. wird in die Oberhaut geschnitten oder geritzt. Wichtig ist, dass die Wunde blutet. Vorzugsweise wird in Arme oder Beine geschnitten, selten auch in Brüste, Bauch und Gesicht.
- Verbrennungen: meist mit Zigaretten, die auf Armen oder Beinen ausgedrückt werden
- Kopf oder Fäuste an die Wand schlagen
- Schlucken von Chemikalien, z.B. Chlorreiniger
- Pseudo-Operationen, z.B. mit scharfen Gegenständen (Nadeln, Spritzen) Krater in die Haut graben, Blut abnehmen, Injektionen geben
- Hochrisikoverhalten: aus Fenstern springen, mit Auto herumrasen, auf Brückengeländern klettern

## Wozu machen Menschen solche Dinge?

- Abbau von Spannung
- Schnelle Stressreduktion
- Antidepressive Wirkung
- Selbstbestrafung: Wut - in Form von Selbsthass und Selbstbeschuldigung - kann gegen sich selbst herausgelassen werden, ohne einen anderen zu beschädigen
- Versuch, einen Konflikt auszudrücken
- Flucht vor unangenehmen Gefühlen (Wut, Angst, Erregung)
- Flucht vor sozialer Überforderung in die Krankenrolle

## Welche Dynamik hat selbstschädigendes Verhalten?

- wegen der für die Betroffenen angenehmen Folgen – z.B. schneller Spannungsabbau – erhöht sich die Bereitschaft, das Verhalten zu wiederholen
  - der sekundäre Krankheitsgewinn – z.B. durch besonders liebevolle Helfer – belohnt das schädigende Verhalten
  - eine wirkliche Auseinandersetzung mit schwierigen Situationen ist nicht notwendig
- ➔ insgesamt haben selbstverletzende Verhaltensweisen einen suchthaften Charakter, d.h. das Verhalten sorgt für den „schnellen Kick“ und wird deshalb von den betroffenen Menschen häufig immer schneller und heftiger angewendet.

## Wer ist betroffen?

Vor allem Mädchen und Frauen ab der Pubertät bis ins mittlere Erwachsenenalter

## Ist selbstverletzendes Verhalten ein eigenes Krankheitsbild?

Selbstverletzendes Verhalten ist häufig ein zentrales Symptom einer (sich entwickelnden) Borderline-Erkrankung.

## Was ist eine Borderline-Erkrankung?

Typische Merkmale:

- Affektive Impulsivität aus mehr oder minder gravierenden Anlässen; z.B. plötzlicher Wutausbruch wg. eines minimalen Auslösers

- Übermäßig starke Wut und Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren
- Tendenz zur Selbstverletzung bzw. Suizidversuchen
- Tendenz zur Fremdgefährdung, z.B. Prügeleien
- Wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl mit Empfinden von Wut, Scham und Demütigung bei berechtigter und unberechtigter Kritik
- Schneller Wechsel von Idealisierung und Entwertung, bei instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen
- Probleme bei der Regulierung von Nähe und Distanz zu anderen Menschen
- Störungen der Impulskontrolle; z.B. Geldausgeben, Fressanfälle, Substanzmittelmissbrauch, Klauen etc.
- Labile Identität, z.B. bei langfristigen Wünschen, im Berufsbereich, in der Art der Freunde und Partner, bei persönlichen Wertvorstellungen
- Verzweifelte Bemühen reales oder imaginäres Alleinsein zu vermeiden

### **Welche Symptome treten häufig in Kombination mit selbstverletzendem Verhalten auf?**

- Bulimie oder Essattacken
- Suchtmittelmissbrauch
- Wutanfälle
- Heftige Stimmungsschwankungen
- Angst
- Selbstwertprobleme
- „Schwarz-Weiß-Denken“: etwas ist entweder ganz gut oder ganz schlecht
- Retraumatisierung

### **Handelt es sich bei selbstverletzendem Verhalten um Selbstmordversuche?**

Es gibt durchaus Patientinnen und Patienten, die sich selbst verletzen und auch suizidal sind. Üblicherweise ist der suizidale Zustand eher durch Depressionen mit Gefühlen von Leere, Verlassenheit und völliger Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet, während selbstverletzendem Verhalten ein Übermaß an destruktiven Affekten, Anspannung und Selbsthass vorausgeht. Manchmal steigern selbstverletzende Menschen das Maß der Selbstverletzung bis in Bereiche ernsthafter Lebensgefahr und nehmen den Tod in Kauf.

### **Wie entstehen solche Erkrankungen?**

Bei 70-80% der betroffenen Menschen sind Traumatisierungen in Kindheit und Jugend bekannt. Hier geht es um körperliche Gewalt, familiäre Verwahrlosung (z.B. alkoholranke Eltern), schwere Vernachlässigung und sexuelle Gewalt.

### **Was ist Dissoziation?**

Oftmals können misshandelte und traumatisierte Menschen psychisch nur überleben, wenn sie „aus dem Körper aussteigen“. Was passiert, ist so schrecklich, dass es nicht gefühlt werden darf und nicht registriert werden kann. Dieser traumainduzierte Trancezustand und Rückzug in eine Phantasiewelt heißt Dissoziation.

Bei Extremtraumatisierungen kann dieser dissoziative Mechanismus so weit gehen, dass der „andere Zustand“ personalisiert wird und Menschen dann zwischen mehreren Persönlichkeiten „switchen“ – vielleicht kennen Sie den Begriff „multiple Persönlichkeit“.

Manchmal gelingt es Patientinnen und Patienten durch Dissoziation in eine schmerzfreie, geschützte Phantasiewelt zu gleiten. Häufig stellt sich durch Dissoziation aber ein quälender, toter Zustand von innerer Leere ein oder aber eine völlig überreizende Welt optischer Halluzinationen und innerer Horrorszenarien („Flashbacks“). Um diesen quälenden Welten zu entgehen, schneiden sich die Patientinnen oder Patienten. Durch den Schmerz wird der albraumartige Trancezustand sofort beendet.

Äußerlich sind dissoziative Zustände schwierig zu erkennen, denn betroffene Personen starren oftmals völlig affektlos ins Leere, wirken unkonzentriert oder wie in einem Dämmer Schlaf.

### **Wie entsteht der Selbsthass?**

Fast immer erleben traumatisierte Menschen endlose Entwürdigung, Entwertung und Verachtung, was das Selbstwertgefühl nahezu verkümmern lässt. Weiterhin sind Täter und Täterinnen häufig im engsten familiären Umfeld der misshandelten Menschen zu suchen und die Misshandelten sind vom Täter/der Täterin abhängig. Um den Täter/die Täterin als gutes Objekt erhalten zu können, richtet sich der Hass misshandelter Menschen dann nicht gegen z.B. den schlagenden Vater/die sadistische Mutter, sondern gegen die misshandelte Person selbst. Denn ohne Vater oder Mutter könnte ein Kind nicht überleben.

## Warum fällt bei einigen selbstverletzenden Frauen eine starke Sexualisierung auf?

Ein Teil selbstverletzender weiblicher Jugendlicher und Frauen imponiert durch ein auffälliges, teils frühreif wirkendes, übermäßig sexualisiertes Auftreten und Verhalten. Die Bandbreite reicht von unpassend ordinärer Bekleidung, schrillen sexualisiertem Verhalten oder überdimensionierter sexueller Zügellosigkeit. Eine tatsächlich befriedigende Sinnlichkeit und Sexualität ist diesen Frauen oft noch nicht möglich. Oftmals hat sich das sexualisierte Verhalten entwickelt, weil das Bedürfnis nach früher emotionaler Fürsorge so defizitär war, dass sich die triebhafte Sexualität frühreif in dieses Vakuum hineinentwickelt hat. Sexualität bedeutet Leben, soll Vernichtungsangst mildern und soll Leben in erstarrte Beziehungen bringen. Weiterhin sind, so verschiedene Studien, ca. 2/3 der Borderline-Patientinnen sexuell missbraucht worden und inszenieren möglicherweise durch ihr schrilles Verhalten einen tiefen Konflikt und sprachloses Leid. Teilweise versuchen selbstverletzende Frauen und Männer durch zügellose Sexualität aber auch ihren Druck abzubauen und sich ihrer Wichtigkeit zu versichern.

## Selbstverletzendes Verhalten als pädagogische Fragestellung

„Die Erfahrung, Gutes zu geben und dafür nur Böses wiederzubekommen, ist für den Analytiker schon ein recht dramatisches Stück Arbeit“ (Kernberg, 1975, S. 82)

Selbstverletzende Verhaltensweisen sind Äußerungen eines seelischen Konflikts und ein behandlungsbedürftiges Symptom. Wie können Sie als Lehrer oder Lehrerin mit selbstverletzendem Verhalten (oft in Kombination mit Suiziddrohungen, Essstörung oder Suchtmittelmissbrauch) umgehen?

Aus vielfältigen klinischen Erfahrungen hat sich gezeigt, dass Patientinnen und Patienten mit (beginnenden) Borderline-Erkrankungen ausgesprochen anstrengend sind und Teams spalten. Einige Regeln im Umgang mit selbstverletzenden Menschen haben sich in der therapeutischen Arbeit durchgesetzt und als hilfreich erwiesen.

- Falls Sie die Möglichkeit haben und kein akuter Notfall vorliegt, sollten Sie sich vorher im Kollegium besprechen, wer einen Schüler oder eine Schülerin anspricht und welches Ziel das Gespräch haben könnte.
- Menschen, die zu Selbstverletzung neigen, brauchen einen festen Rahmen und klare Grenzen. Überlegen Sie sich im Vorfeld, was Sie dem Schüler/der Schülerin anbieten wollen (z.B. Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, Kontakt zu Arzt herstellen etc.) und welche Konsequenzen eine weitere Eskalation des selbstverletzenden Verhaltens hat (z.B. Auflage zu psychiatrischer Abklärung).
- Informieren Sie den Schüler/die Schülerin zu Beginn des Gesprächs darüber, wem Sie Bericht erstatten und halten Sie sich an diese Regeln. Sichern Sie nicht überstürzt absolute Verschwiegenheit zu, eventuell ist es klüger, zumindest eine Berichtspflicht gegenüber der Schulleitung einzuführen.
- Gerade bei sehr gereizten und agierenden Schülerinnen/Schülerin ist es möglicherweise entlastend, wenn Sie das Gespräch mit einer Kollegin/einem Kollegen führen oder sich eine Schweigepflichtentbindung unterschreiben lassen, falls Sie Kontakte zu anderen Personen aufbauen.
- Lassen Sie keinen Zweifel daran, dass Sie Selbstverletzung, Suizid oder Suchtmittelmissbrauch als schädigendes Verhalten erachten. Trotzdem können Sie die seelische Not und die Konfliktsituation Ihres Schülers/Ihrer Schülerin einfühlsam wahrnehmen und respektieren.
- Vermeiden Sie unbedingt, sich die genaue Lebensgeschichte mit den Traumatisierungen berichten zu lassen. Dadurch werden betroffene Menschen „getriggert“, was den Schneidedruck erhöht. Die Beobachtung, dass sich ein Schüler/eine Schülerin schneidet, sollte Hinweis genug sein, dass dieser Jugendliche/diese Jugendliche in Not ist und Hilfe braucht.
- Bedenken Sie, dass Ihr Schüler/Ihre Schülerin vermutlich eine deutliche Beziehungsstörung hat und ihr Angebot vielleicht nicht annehmen kann. Eventuell werden Sie in Ihrem Engagement verspottet, entwertet oder als lästiger Einmischer beschimpft. Rechnen Sie nicht mit Dankbarkeit.
- Selbstverletzendes Verhalten hat viel mit grauenvoller Wut zu tun. Versuchen Sie sich nicht provozieren zu lassen und selbst wütend zu werden. Die Wut Ihres Schülers/Ihrer Schülerin hat vermutlich wenig mit Ihnen als Person zu tun.
- Versuchen Sie Ihre Rettungsphantasien und Ihr Helfersyndrom zu kontrollieren. Nützen Sie die Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen und widerstehen Sie heldenhaften Alleingängen. Vermeiden Sie besonders jegliche Form privat wirkender Kontaktaufnahme. Führen Sie Gespräche immer in der Schule, am besten vormittags (als offizielle Geschäftszeit eines Lehrers), in einem offiziellen Dienstraum der Schule. Freundliche gemeinte Angebote (z.B. gemeinsames Kaffeetrinken,

nachmittägliche Telefonate, private Besuche) werden gerade von dieser Gruppe von Menschen falsch verstanden.

- Geben Sie den Narben und Schnitten nicht zu viel Aufmerksamkeit. Betonen Sie, dass therapeutische/ärztliche Hilfe notwendig ist und fordern Sie den Schüler/die Schülerin auf, die Wunden zu versorgen oder beim Arzt versorgen zu lassen. Versuchen Sie relativ neutral zu bleiben. Nur in wirklichen medizinischen Notfällen sollten Sie einen Notarzt rufen. Falls in der Schule Wundversorgung geleistet werden muss, stellen Sie Verbandsmaterial zur Verfügung, lassen Sie die Schülerin die Wunde jedoch selbst versorgen.
- Sehen Sie dem selbstverletzenden „Treiben“ nicht zu lange zu, besonders falls es mit großer Öffentlichkeit in der Schule praktiziert wird. Verlangen Sie von dem Schüler/der Schülerin einen dezenten Umgang mit der Symptomatik in der Schule und setzen Sie rechtzeitig Konsequenzen.
- Sollte ein Schüler/eine Schülerin mit Suizid drohen und Ihnen nicht glaubhaft versichern können, dass er/sie sich von der Suizidabsicht distanziert, ist dies – schon wegen der Haftung – ein Fall für die Polizei. In unklaren Fällen lassen Sie sich von dem Schüler/der Schülerin eine schriftliche Bestätigung geben, dass er sich nicht suizidieren will. Verzichten Sie auf nervenaufreibende Rettungsaktionen.
- Ermutigen Sie Ihren Schüler/Ihre Schülerin, sich behandeln zu lassen. Das Leben mit der beschriebenen Symptomatik ist äußerst anstrengend und ein qualvolles Wechselbad stürmischer Gefühle. Eventuell ist es notwendig, den Schüler/die Schülerin zu informieren, dass nicht sofort eine geeignete Behandlungsmöglichkeit gefunden werden kann.