

13 Selbstverletzendes Verhalten

Reinhard Plassmann

13.1 Krankheitsbild

Selbstbeschädigung wird synonym auch als offene Selbstbeschädigung oder offene Selbstmisshandlung bezeichnet (Plassmann 1987; Sachsse 1987), oder selbstverletzendes Verhalten. Im Englischen wird von *automutilation* oder von *delicate self-cutting* (Pao 1969) gesprochen, da das Schneiden die am häufigsten praktizierte Selbstverletzungsmethode ist.

Dieses Verhalten tritt in psychiatrischen Kliniken häufig in Gestalt des „Ritzens“ oder als Brennen der Haut mit Zigarettenstummeln, als mechanische Traumatisierung durch Schlagen mit der Hand oder mit dem Kopf gegen harte Gegenstände oder auch, wie auch im Fall einer unserer Patienten, durch Verätzung der Haut mit Säure. Die Verletzungsarten sind eher stereotyp, ohne ausgeprägte persönliche Symbolik und von außen sichtbar.

Die Patienten leben ihren destruktiven Selbstanteil offen aus. Es scheint ihnen gar nichts auszumachen, daß sie ihren Körper durch ihre Selbstbeschädigungshandlungen zerstören. Sie wirken identifiziert mit der Destruktivität, während Sorge um sich und Fürsorge für den Körper, die Verantwortung für sich selbst unzugänglich sind.

13.2 Epidemiologie

Die Häufigkeit, in der in den einzelnen Studien selbstverletzendes Verhalten gefunden wird, hängt natürlich extrem von der Definition ab, also ob gelegentliches oberflächliches Ritzen im Sinne des delicate self cutting gezählt wird oder nur schwerere Verletzungen. Die Studien geben diesen Unterschied leider nicht immer präzise an. In verschiedenen amerikanischen Studien streut die Häufigkeit gemäß Favazza und Rosenthal (1993) von 400 bis 1.400 Personen pro 100.000, also 0,4–1,4%. Hänsli (1996) schätzt, dass in der Schweiz mit zurzeit 7 Mio. Einwohnern bei bis zu 42.000 Personen jährlich selbstverletzendes Verhalten neu auftritt. Sachsse schätzt infolgedessen, dass in den westlichen Kulturnationen etwa 1% der Bevölkerung selbstverletzendes Verhalten praktiziert (Sachsse 2000).

Van der Kolk et al. haben prospektiv herausgefunden, dass dissoziative Phänomene ein Prädiktor für selbstverstümmelndes Verhalten und für Suizidversuche sind (Van der Kolk et al. 1991).

13.3 Psychoanalytische Aspekte

Psychoanalytisch betrachtet bekommt selbstverletzendes Verhalten von den Patientinnen Bedeutungen zugewiesen, es wird zum Symbol. Diese Bedeutungen, also die Symbolik des selbstverletzenden Verhaltens zu kennen, vertieft das Verständnis, es muss dabei aber jederzeit klar bleiben, dass selbstverletzendes Verhalten nicht das ist, was es *bedeutet*, sondern dass was es *ist*. Eine Patientin, die also selbstverletzendes Verhalten als Reinszenierung von erlebtem sexuellem Missbrauch praktiziert, wiederholt im selbstverletzenden Verhalten den Missbrauch nicht, auch dann nicht, wenn sie in ihrer Phantasie eine Gleichsetzung vornimmt. Was sie tatsächlich praktiziert, ist selbstverletzendes Verhalten, sonst nichts.

Die Unterscheidung zwischen dem Symbolgehalt und der tatsächlichen Handlung ermöglicht eine realistische und auch emotional angemessene Bewertung dieses Verhaltens. Bei allen Bedeutungen, die selbstverletzendes Verhalten bekommt, ist und bleibt es eine zerstörerische, gewaltsame Handlung gegen den eigenen Körper und damit gegen die eigene Person. Auch wenn die Patientinnen im selbstverletzenden Verhalten ein Täter-Opferschema symbolisieren, in dem sie sich selbst als Opfer fühlen, darf die Tatsache nicht vergessen werden, dass sie im selbstverletzenden Verhalten tatsächlich Täterinnen sind, die eine Gewalthandlung am eigenen Körper jetzt in der Gegenwart aktiv ausführen, auch wenn sie in der Vergangenheit Opfer fremder Gewalt gewesen sind.

Häufige symbolische Bedeutungen des selbstverletzenden Verhaltens werden im Folgenden näher beschrieben.

13.3.1 Das Symptom als Symbol für real Geschehenes

Das Selbstschneiden kann Erinnerungen symbolisieren an gewaltsames Eindringen in den Körper. Man kann leicht in der klaffenden roten Spalte der Schnittwunde wiedererkennen, wie ein vergewaltigtes Kind sich das Eindringen des Penis ins Genitale vorstellt, als ein Aufgerissen-, Aufgeschnitten-, Verletzt werden. Der eindringende Penis scheint die Körperoberfläche zu durchstoßen und ins Körperinnere einzudringen. Die Patientin kann solche Erinnerungen im Selbstschneiden zum Ausdruck bringen, ohne darüber zu sprechen, auch wenn es bewusste Erinnerungen gibt.

Die Sprachlosigkeit, die zum Traumaschema gehört, wird im selbstverletzenden Verhalten fortgeführt. Die Versprachlichung der mit dem ursprünglichen Traumaschema verbundenen Emotionen bleibt blockiert, auch deren Wahrnehmung und Differenzierung.

An dieser Stelle wird deutlich, dass selbstverletzendes Verhalten in mehrfacher Hinsicht eine Form der Selbsttraumatisierung ist, nicht nur durch Verletzung des Körpers, sondern auch durch die Verkümmern des Zuganges zum eigenen Gefühlsleben. So wie das traumatisierte Kind keine Gelegenheit bekommt, seine überstarken negativen Emotionen, die in der traumatischen Situation entstehen, zu integrieren, zu benennen, zu differenzieren, so bewirkt die Selbstverletzungspatientin in der Gegenwart, dass ihr ihre eigenen Emotionen vor, während und nach der selbstverletzenden Handlung, fremd, undifferenziert, unbenennbar und unintegrierbar bleiben.

13.3.2 Die Suche nach einem Objekt

Einige unserer Patienten tragen zu Beginn des stationären Aufenthaltes ihre Rasierklingen im Portemonnaie mit sich herum wie andere die Fotos ihrer Familie. Die Funktion des Messers und der Wunde als Übergangsobjekte ist dann evident. Die Klinge ist immer verfügbar, auch die Wunde ist ein Übergangsobjekt, Blut ist Leben, die Patientin kann das Leben in sich, den blutgefüllten Innenraum ihres Körpers erreichen und fühlen, indem sie schneidet. Die scheinbare leblose Körperoberfläche verwandelt sich dabei in etwas als lebendig empfundenen. Wo vorher nichts zu sehen war, ist dann etwas zu sehen und wo nichts zu fühlen war, ist dann etwas zu fühlen. Wichtig ist dabei nicht nur das Vorhandensein der Wunde, sondern auch die Möglichkeit, sie zu erschaffen. Wiederum handelt es sich um ein Surrogat von Bindung, niemals wird die Wunde ein Freund, eine Freundin, eine Therapeutin sein.

In der therapeutischen Beziehung bemüht der Therapeut sich um Kontakt, schöpft Hoffnung und jedes Mal aufs Neue sieht er sich der Enttäuschung ausgesetzt. Die Gegenübertragung des Therapeuten spiegelt dann die infantile Enttäuschung des objektsuchenden Kindes wieder. Diese Erfahrung ist häufig von traumatischer Heftigkeit gewesen. Die Patienten fügen heute ihr infantil

erlittenes Trauma dem Therapeuten und ihren Mitpatienten mit eben dieser Heftigkeit zu. Dabei fühlen sie sich im aktiven Tun besser als im passiven Erleiden. Das Herstellen dieses Objektbeziehungsmusters zu Pseudo-Objekten gibt der Patientin die Illusion, sie sei machtvoll, in der aktiven Position, geschützt vor infantiler Ohnmacht.

Die Isolierung der Patientinnen von ihrem eigenen Gefühlsleben, also die gestörte Bindung zu sich selbst, das Leben mit der Wunde als Beziehungssurrogat und die reale Einsamkeit und Isolierung enthalten aber auch eine Chance zur Weiterentwicklung. Die Patientin fühlt diese emotionale Verelendung und sucht Verbindung und Mitteilung. Hierin liegt eines der stärksten Motive für die Patientinnen, ihr selbstverletzendes Verhalten zu beenden.

13.3.3 Gelebte Wut und Destruktivität

Ein häufiges psychodynamisches Muster ist der Versuch, eigene Wut, Scham- und Schuldgefühle, Ekel, aggressive Konflikte, eigene destruktive Bedürfnisse auf eine verdeckte Form auszuleben zu Lasten des eigenen Körpers. In aller Regel sind unmittelbar vorher ärgerliche Dinge geschehen, starke Hassgefühle sind aufgetreten. Solche Situationen von gefühlter eigener destruktiver Wut werden von den Patientinnen habituell mit selbstverletzendem Verhalten beantwortet. Dies geschieht sowohl außerhalb wie innerhalb der stationären Psychotherapie. Das selbstverletzende Verhalten hat für die Patientinnen den Vorteil, dass sie sich vor dem Gegenangriff geschützt fühlen, der Körper, den sie angegriffen haben, schlägt nicht zurück, greift nicht an, er leidet nur. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Patientinnen selbst sich unmittelbar nach dem selbstverletzenden Verhalten als Opfer definieren, entweder klagen sie wütend an, was man ihnen angetan hat, sodass sie sich deshalb zwangsläufig selbstverletzen mussten oder sie definieren sich leidend, fordern Mitgefühl. Gerade an dieser Stelle wird sichtbar, wie sehr selbstverletzendes Verhalten die Entwicklungen der eigenen Kompetenz im Umgang mit belastenden Emotionen, mit belastenden Beziehungen destruiert. Das habituelle Benutzen von selbstverletzendem Verhalten lähmt die Entwicklung der Persönlichkeit. Die gesamte Entwicklungsenergie fließt in das destruktive Verhalten.

Im stationären Rahmen hat dies fatale Folgen. Alle Patientinnen versuchen, auf der Seite der Traumatisierenden zu sein, nicht auf der Seite der Traumatisierten. Niemand will das Risiko einer personalen Beziehung eingehen, weil stets irgendeine Mitpatientin sich in die scheinbare Überlegenheit der Selbstverletzungswelt überhebt. Die Folge sind redundante Traumainszenierungen ohne Ende und ohne Ausweg, Selbstverletzungsendemien. Es ist, wie wenn jeder versuchte, den Lärm des anderen mit noch mehr Lärm zu übertönen. Die Folge wäre eine zum Wachstum und zum Leben nicht mehr geeignete Kakophonie der Gewalt. Gleichzeitig werden alle Objektbeziehungen vermieden

und auf das Konkurrieren um die schlimmste Wunde reduziert. Im Abschnitt über Behandlung werden die therapeutischen Konsequenzen diskutiert.

13.3.4 Die Entfremdung vom Körper

Manchen Kindern scheint ihr Körper zu weiten Teilen eine leblose, fremde Landschaft geworden zu sein. Mögliche Gründe können der Bewegungsmangel der Kinder sein, die vor dem Bildschirm aufwachsen und die ihren Körper infolgedessen nicht mehr fühlen, möglich wäre auch ein emotionaler Besetzungsmangel. Die Pflegepersonen berühren, lieben, besetzen den kindlichen Körper nicht emotional. Aus dieser Öde des fremdgewordenen eigenen Körpers ragen möglicherweise schon in der infantilen Primärerfahrung Schmerzen als das Lebendigste hervor, was das Kind erlebt. Sie werden dem Körper zufällig oder absichtlich zugefügt, sei es durch Sturz, sei es durch Gewalt, sei es durch Selbststimulation und werden so zum infantilen Vorbild des späteren manipulativ erzeugten virtuellen Selbstobjekts. Der Schmerz ist wie eine Lebendigkeitsinsel in der Öde des leblos gefühlten Körpers.

Was ist zu tun?

Dass Selbstverletzendes Verhalten eine unbewusste Bedeutung hat und die Reinszenierung früher Traumatisierung darstellen kann, darf nicht zu dem Schluss führen, der Ablauf sei unbeeinflussbar durch gesunde Persönlichkeitsanteile (Paris 2000).

Hierauf werden wir im nächsten Abschnitt ausführlicher zu sprechen kommen.

13.4 Therapie

13.4.1 Das 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie

Die Therapie beginnt, nicht nur bei Selbstverletzungspatienten, mit der Stabilisierungsphase.

Die aktive Selbststabilisierung

Das emotionale Belastungsmaterial im Kern der Erkrankung hat Kompensationsmechanismen auf den Plan gerufen: **primäre Sofortreaktion** und **sekundäre Folgereaktionen**.

Die Sofortreaktionen sind sehr basale Strategien, die das Überleben des Individuums bei unerträglicher emotionaler Belastung sichern sollen: Dissoziation des Erlebten, Fragmentierung der Eindrücke, Dekontextualisierung des Erlebten, also blockierte Verknüpfung mit vorhandenen Erfahrungen, Blockierung der Symbolisierungs- und Versprachlichungsfunktionen. All dies sind Elemente der traumatischen Reaktion. Der psychische Verarbeitungsap-

parat hat keine anderen Möglichkeiten als das überstarke, nicht verarbeitbare Material gleichsam in einen extraterritorialen Raum auszukapseln. Die einzelnen Emotionen und Wahrnehmungen werden dissoziiert und durch dissoziative Barrieren voneinander ferngehalten. Der Vorgang dient dem psychischen Überleben, außerhalb der Kontrolle des bewussten Ichs.

Ganz anders die sekundären Reaktionen. Sie sind der fortwährende Versuch der gesunden Persönlichkeit, Kontrolle über das emotionale Traumaschema zu bekommen. Die dabei entwickelten Fähigkeiten sind stets Mischwesen, eine Art Zwitter aus Trauma und Ressource. Beispielsweise ist die Fähigkeit anorektischer Patientinnen das eigene Gewicht zu kontrollieren, hochentwickelt und die Fähigkeit ist zugleich eine Form der Selbsttraumatisierung, die zur Zerstörung der eigenen Weiblichkeit und der eigenen Entwicklung führt.

Die Sekundärphänomene unterliegen einer starken bewussten Kontrolle, sie werden aktiviert und deaktiviert abhängig von den situativen Begebenheiten und den aktuellen Zielen der Person. Trotz ihrer Zwitternatur zwischen Ressource und Trauma sind sie eine Form der Kreativität. Sie sind Schöpfungen des gesunden Teils der Person, Lösungsversuche, die allerdings nicht lösen.

Wichtig ist, die primären und die sekundären Reaktionen sorgfältig zu unterscheiden. Die Stabilisierungsphase beginnt als Phase der **aktiven Selbststabilisierung** jenes Sekundärphänomens, welches die stärkste selbsttraumatisierende und entwicklungsblockierende Wirkung hat. Die Patientinnen übernehmen Verantwortung, dieses Negativ-Muster unter Nutzung ihrer vorhandenen Ressourcen zu kontrollieren und zu beenden, hier also konkret das selbstverletzende Verhalten.

Selbstverletzendes Verhalten wird allgemein als etwas nicht Kontrollierbares angesehen, es wird also den primären Krankheitsphänomenen zugeordnet. Dem widersprechen allerdings zahlreiche klinische Beobachtungen, die eher wenig Beachtung finden. Die Patienten kontrollieren beispielsweise immer den Ort, an dem sie ihre Selbstverletzungen praktizieren. Niemals geschieht dies in der Therapiestunde. In der Therapiestunde entsteht vielleicht der Gedanke, nach der Therapiestunde entsteht erst der Plan und dann die Entscheidung, später die Umsetzung am hierfür bevorzugten Ort. Bei primären Krankheitsphänomenen, einem Asthma- oder Migräneanfall beispielsweise, wäre dies nicht möglich. Selbstverletzendes Verhalten erscheint stets eingebettet in eine Beziehungs- und Gruppendynamik, es gibt Selbstverletzungsepisoden innerhalb und außerhalb von Kliniken. Selbstverletzendes Verhalten hat stets auch eine gewisse Symbolik, der Ablauf stellt eine Inszenierung unbewusster Bedeutungen dar.

All dies spricht dafür, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten um ein sekundäres, somit auch kontrollierbares Krankheitsphänomen handelt. Die Notwendigkeit, diese Fähigkeit auch zu nutzen, ergibt sich aus der offensichtlich selbsttraumatisierenden Wirkung selbstverletzenden Verhaltens. Dem

Körper wird Gewalt angetan, es ist eine Form der Körperverletzung, die, würde sie einem Anderen angetan, unter Strafe stünde. Die Auswirkungen auf die Stabilität der Patientinnen sind fatal. Selbstverletzendes Verhalten zehrt enorm Energie, gerade keimende Stabilität oder beginnende Entwicklung wird durch jede neue Selbsttraumatisierung dieser Art gestoppt. Eine Therapiegruppe beispielsweise, in der ein Mitglied das Recht beansprucht, bestimmte Themen mit Selbstverletzung zu beantworten, stagniert. Auch der Therapeut fühlt das sehr deutlich. Selbstverletzendes Verhalten zehrt Energie, es ist nichts Ungewöhnliches, dass in stationären Psychotherapieeinheiten ein großer Teil der Teamressourcen von der Beschäftigung mit Selbstverletzungen absorbiert ist.

Wie lässt sich nun die vorhandene Fähigkeit zur Kontrolle dieses Negativ-Musters im Sinne der aktiven Selbststabilisierung nutzen? Wir verwenden ein einfaches Selbststabilisierungsprotokoll. Die Patientinnen legen sich darauf fest, selbst die Verantwortung für ihr selbstverletzendes Verhalten zu übernehmen, es zu unterlassen oder die stationäre Psychotherapie so lange zu unterbrechen, bis sie diese Fähigkeit erworben haben.

Therapievertrag bei selbstverletzendem Verhalten

§ 1 Mit dieser Vereinbarung lege ich mich darauf fest zu klären, ob mir ein gewaltfreier Umgang mit mir selbst und damit eine Fortsetzung der Therapie möglich ist.

§ 2 Sollte es nach Abschluss dieses Vertrages zu Selbstverletzungen kommen, so gilt Folgendes: Nach der ersten Selbstverletzung halte ich eine 4wöchige Ruhephase ohne Selbstverletzung ein, nach der zweiten Selbstverletzung eine 6wöchige Ruhephase. Danach entscheide ich mich für ein endgültiges selbstverletzungsfreies Leben oder beende die Therapie.

§ 3 Sollte es innerhalb dieser Ruhephasen zu einer erneuten Selbstverletzung kommen, so habe ich mich gegen Heilung entschieden, der Aufenthalt wird beendet.

§ 4 Eine dritte Selbstverletzung beendet die Therapie, die Entscheidung für einen gewaltfreien Umgang mit mir selbst ist noch nicht getroffen. Ich habe dann die Möglichkeit, nach einer dreimonatigen, selbstverletzungsfreien Zeit in die Klinik zurückzukehren.

Aufgrund dieser Setzung treffen alle Patientinnen eine Entscheidung, ob sie selbstverletzendes Verhalten praktizieren wollen oder nicht. An vorhandenen Ressourcen steht einiges zur Verfügung, viel mehr, als Patientinnen und Therapeutinnen zunächst glauben.

Bei Patienten mit selbstverletzendem Verhalten hat sich naturgemäß eine ausgeprägte Fähigkeit zur Härte gegen sich selbst entwickelt. Sie sind nicht nur gewaltbereit, sie sind auch bereit, etwas auszuhalten, wenn es nötig ist.

Sobald Patientinnen ihre Entscheidung, selbstverletzendes Verhalten komplett einzustellen, eindeutig getroffen haben, sind sie im Stande, auch Situationen mit hoher emotionaler Belastung durchzustehen. Sie entscheiden sich dann, dies auszuhalten, ohne sich selbst zu verletzen und entwickeln in kürzester Zeit zusätzliche Ressourcen, meist von sehr einfacher, naheliegender aber hoch wirksamer Art. Sie schaffen ihre Selbstverletzungsarsenale ab, statt sich in ihrem Zimmer zu isolieren, führen sie Gespräche, statt im Zimmer die Vorhänge zuzuziehen, machen sie einen Spaziergang und statt Gedanken voll Hass zu denken, malen sie ein Bild. Sie beginnen, auf dieses Bild nicht wie sonst, Blut, Kreuze, Grabsteine und andere Gewaltsymbole zu malen, sondern Symbole ihrer Ressourcen.

Die Abbruchquote wegen Rückfällen ist sehr niedrig, obwohl die Klinik weiterhin Patienten mit allen Schweregraden selbstverletzenden Verhaltens stationär aufnimmt. Die Ergebnisse sind im nächsten Abschnitt dargestellt.

13.5 Behandlungsergebnisse bei selbstverletzendem Verhalten

In einem Zweijahreszeitraum vom April 2004 bis März 2006 wurden 192 Patientinnen und Patienten mit selbstverletzendem Verhalten stationär aufgenommen, insgesamt haben in diesem Zeitraum 755 stationäre Behandlungen stattgefunden, sodass der Anteil der Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten bei 25,4% liegt.

Nicht in allen Behandlungen war selbstverletzendes Verhalten das Leitsymptom, welches zur stationären Psychotherapie geführt hatte. In vielen Fällen waren es auch essgestörte Patientinnen, die zusätzlich selbstverletzendes Verhalten praktizierten.

Die Geschlechtsverteilung liegt bei 13,5% Männer und 86,5% Frauen: Von insgesamt 192 Patientinnen und Patienten haben 5 = 2,6% den Beginn der Behandlung verweigert. Von den 187 Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten, die sich aktiv für Behandlungsbeginn und Selbstverletzungsfreiheit entschieden haben, konnten 98,4% dies auch erreichen. Die Patientinnen wissen, dass wenige Rückfälle die stationäre Therapie beenden und entscheiden sich dementsprechend eindeutig, ihre Ressourcen für die Stabilisierung einzusetzen. In den allermeisten Behandlungsverläufen gibt es keinerlei Rückfall, die Patientinnen entscheiden sich einmal und endgültig. In wenigen Behandlungen gibt es einzelne Rückfälle, die meist am Anfang liegen, das Reaktionsmuster selbstverletzendes Verhalten verschwindet dann aus dem Repertoire der Patientinnen und es verschwindet auch aus deren Selbstbild. Sie definieren sich nicht mehr als Selbstverlezerinnen, was enorme Ressourcen freisetzt in Gestalt von Stolz auf die eigene Person. Die Misserfolge (3 Fälle = 1,6%) sind auch hier Patientinnen, die eine Pseudoentscheidung getroffen hatten und sich das Reaktionsmuster selbstverletzendes Verhalten als Option im Stillen offen ge-

halten hatten. Es liegt hier also eher ein Motivationsproblem vor, als eine krankheitsbedingte Unfähigkeit.

Die weitverbreitete Überzeugung, dass selbstverletzendes Verhalten unkontrollierbar oder sogar unverzichtbar sei, ist nach diesen Ergebnissen wissenschaftlich und klinisch nicht mehr zu halten.

13.6 Kasuistik

13.6.1 1. Intervall, Ende 2003, Dauer 3 Monate

Frau K, 24 Jahre, berichtete im Aufnahmegespräch, sie habe seit einer abgebrochenen ambulanten Therapie Anfang des Jahres eine extrem krisenhafte Zeit durchlebt. Verbunden mit Affekten von Wut, Trauer, Selbsthass und Ekel habe sie wieder exzessiv getrunken, habe gehungert und gefressen/erbrochen im Wechsel, und sich regelmäßig mit Rasierklingen Verletzungen an Armen, Beinen und Bauch zugefügt. Diese Selbstverletzungen seien immer tiefer geworden, im August sei sie an 200 Schnittwunden von teils großer Tiefe fast verblutet. Regelmäßig sei sie zur ambulanten oder (im August) stationären Versorgung in die Psychiatrie gegangen. Den Anstoß zur erneuten stationären Therapie habe ihr gegeben, dass sie ihren Alltag nicht mehr in den Griff bekommen habe.

Die einzige Verbesserung sei in diesen Monaten gewesen, dass sie zwar noch zuhause wohne, aber mit klarerer Abgrenzung zu den Eltern, vor allem der Mutter. Es gebe zwei Bäder, zwei Kühlschränke, und die Wohnungsaufteilung erlaube ihr ein unabhängiges Kommen und Gehen. Auch emotional lasse sie der Mutter inzwischen eher die Verantwortung für deren Probleme.

Frau K berichtete, dass beide Eltern der Mutter in diesem Zeitraum verstorben seien, der Vater der Mutter im April 2003, die Mutter der Mutter vor 3 Wochen. Diese in der Familie tabuisierte Frau hatte im Obdachlosenmilieu gelebt, war alkoholkrank, und habe „zugesoffen unter einer Brücke einen Herzinfarkt gehabt“. Sie habe noch eine Weile im Koma gelegen und sei dann gestorben. Die Mutter habe sie nicht besucht. Auch bei diesem Bericht wirkte die Patientin emotional unberührt.

Zur Vorgeschichte ist aus vorhergehenden Behandlungen eine Essstörung mit anorektischen und bulimischen Zügen seit dem 16. Lebensjahr bekannt. Zur biographischen Anamnese ist bekannt, dass die Patientin mit ihren Eltern und ihrem jüngeren Bruder (-2 Jahre) in Ostberlin aufgewachsen ist. Die Mutter sei Sozialarbeiterin, der Vater Maurer. Bei ihrer Geburt habe sie bei normaler Größe nur 1.980 g gewogen und sei im Brutkasten durch eine Nasensonde ernährt worden. In den ersten 2 Wochen habe es keinen Kontakt zur Mutter gegeben und auch danach sei das Verhältnis zwischen Mutter und Baby schwierig gewesen.

Mit 8 Jahren sei sie durch einen fremden Mann missbraucht worden, darüber zu sprechen falle ihr schwer. Sie habe sich niemandem anvertraut, habe 2 Jahre sehr gelitten. Als die Familie dann umzog und sie nicht mehr täglich mit Erinnerungsträgern konfrontiert gewesen sei, habe sie große Entlastung erlebt und habe begonnen, das Erlebte zu verdrängen.

Der Therapeut schreibt im Abschlussbericht: Wir entließen Frau K. mit deutlich gewachsener Stabilisierungskompetenz, wochenlangem Verzicht auf Alkohol, Selbstverletzung, Bulimie, und mit leicht gestiegenem Gewicht. Sie konnte für ein tragfähiges und prognostisch sinnvolles Behandlungsbündnis in Form einer Intervall-Therapie gewonnen werden, was über eine kontinuierliche Einbindung in klar operationalisierte Stabilitätsvereinbarungen und zuverlässigen Kontakt zur Klinik in den ambulanten Phasen einen Ausstieg aus dem bisherigen Muster von stationärer Stabilisierung und Rückfall im Alltag ermöglichen soll.

13.6.2 2. Intervall, Anfang 2004, Dauer 2 Monate

Frau K wirkte im Aufnahmegespräch traurig, blass und belastet. Erstmalig habe sie zu Beginn einer Therapie Angst: Angst zu versagen, ihren eigenen Erwartungen und denen der Familie nicht gerecht zu werden. Sie berichtete, sie habe seit Ende des letzten Therapieaufenthalts die Stabilitätsvereinbarungen für die jetzige, im Rahmen einer Intervalltherapie geplante Wiederaufnahme weitestgehend einhalten können. Sie habe ein Studium aufgenommen, wolle aber den Studiengang nach der Therapie wechseln. Dass der Grund („das falsche Fach“) möglicherweise eine Rationalisierung sei, um sich nicht mit der Angst vor erwachsener Eigenverantwortung stellen zu müssen, wies sie nicht von sich, ging aber auch nicht darauf ein. Selbstverletzungen habe sie sich nur noch in großen Zeitabständen und in geringerer Intensität zugefügt, zuletzt vor erst 3 Wochen, im Kontext familiärer Konflikte. Auch auf Alkohol habe sie weitgehend verzichtet, im Rahmen der genannten Krise habe sie allerdings 3 Flaschen Sekt getrunken. Hilfreich sei eine kombinierte ambulante Einzel- und Gruppentherapie gewesen, über die sie gelernt habe, sich besser wahrzunehmen und auf ihre Krisensignale früher zu reagieren. Auch bringe sie sich persönlicher im Kontakt mit anderen ein, gerate dadurch auch mehr in direkte Konflikte, zuhause v.a. mit ihrem Vater. Im Januar 2004 habe sie sich nach heftigen Konflikten von ihrem Freund getrennt. Von ihrer anorektischen und bulimischen Symptomatik habe sie sich nicht zu lösen vermocht, wirkte auch abgemagert (35 kg, Entlassgewicht im Dezember 2003 40 kg). Sie habe in den letzten Wochen 80% des Tages mit Einkaufen, Fressen und Erbrechen zugebracht, keinerlei Essensstruktur eingehalten und außerhalb der Fressanfälle nichts gegessen.

Sie wolle dieses geplante Therapieintervall dazu nutzen, eine Entscheidung bzgl. der Essstörung herbeizuführen, die sie mit ambulanter Therapie allein nicht habe erreichen können.

Die Patientin wurde aus diesem zweiten Abschnitt der Intervalltherapie in Bezug auf Selbstverletzungen stabil entlassen. Sie hat ihr Gewicht erfolgreich im normalgewichtigen Bereich stabilisiert. Sie sah sich selbst als alltagsstabil und hielt sich die Möglichkeit eines dritten Therapieintervalls als Option offen.

Dieser dritte Therapieabschnitt fand Ende 2004 statt. Die Patientin war stabil in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten, Alkohol und Essstörung. Nach unserem Eindruck hat sie dieses dritte Intervall wie eine Art Heilungsritual fast pflichtgemäß absolviert. Sie hat mittlerweile ihr Studium erfolgreich wieder aufgenommen und schickt uns regelmäßig die neueste Ausgabe ihres Selbsthilfemagazins für Borderline-Patientinnen.

13.7 Zusammenfassung

Die in diesem Kapitel dargestellte Behandlungssystematik folgt den Prinzipien der Prozessorientierten Psychotherapie (Plassmann 2011). Selbstverletzendes Verhalten wird als dysfunktionales traumareaktives Schema verstanden, welches sich verselbstständigt hat. Die Behandlung beginnt deshalb nicht mit dem ursprünglichen emotionalen Belastungsmaterial, also dem Traumaschema, sondern mit dem verselbstständigten dysfunktionalen Muster. Sobald die Patientinnen selbst realisieren, dass selbstverletzendes Verhalten dysfunktional ist, also weder beim Abbau emotionaler Belastung, auch nicht beim Beenden von Dissoziation hilft, sondern stattdessen die natürliche gesunde Entwicklung der Persönlichkeit blockiert, ist die Motivation sehr gut, das selbstverletzende Verhalten zu beenden. Dies geschieht in der sogenannten Stabilisierungsphase, die fast ausnahmslos erfolgreich verläuft. Der Prozess des Ressourcenwachstums ergibt sich fast spontan, da die Patientinnen in der Stabilisierungsphase bereits zahlreiche positive Fähigkeiten in sich entdecken, nutzen und stolz auf sich sind. Ebenfalls spontan entwickelt sich der Zugang zu nicht gewaltverseuchten Lebensbereichen, sowohl innerhalb, wie auch außerhalb der Therapie. Auf dieser Grundlage lässt sich dann im jeweils angemessenen und erforderlichen Ausmaß auch Exposition einplanen, also systematisches Reprozessieren von Traumamaterial von geeigneter Stärke. Die katamnestischen Daten der 12-Monats-Nachbefragung ergeben, dass die Selbstverletzungsfreiheit von knapp 80% der Patientinnen auch poststationär beibehalten wurde.

Dieser Buchbeitrag basiert auf einem gleichnamigen Kapitel aus Plassmann R (2011). Mit freundlicher Genehmigung des Psychosozial-Verlages Gießen.

Literatur

- Favazza AR, Rosenthal RJ (1993) Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 44(2), 134–140
- Hänsli N (1996) Automutilation: der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Pao PN (1969) The syndrome of delicate self-cutting. *Brit. J. Med. Psychol.* 42, 213–221
- Paris J (2000) Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart; S. 159–166
- Plassmann R (1987) Der Arzt, der Artefakt-Patient und der Körper. *Psyche* 41, S. 883–899
- Plassmann R (2011) *Selbstorganisation*. Psychosozial-Verlag Gießen
- Sachsse U (1987) Selbstschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstschädigung der Haut. *Forum Psychoanalyse* 3, 51–70
- Sachsse U (2000) Selbstverletzendes Verhalten – somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer Verlag, S. 347–370
- Van der Kolk B, Perry JC, Hermann JL (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148 (12), S. 1665–1671