

# Autoaggressives Verhalten von Mädchen - verletzte und verletzende Mädchen

Joachim Scholz  
Dipl.-Psychologe  
Psychologischer Psychotherapeut

# Die erste Schicht...

- Selbstverletzendes Verhalten (SVV) in seinen verschiedenen Formen stellt ein *Symptom* dar, dahinter können sich unterschiedliche Entwicklungsphänomene, Krisen, Traumatisierungen oder psychische Störungen verbergen

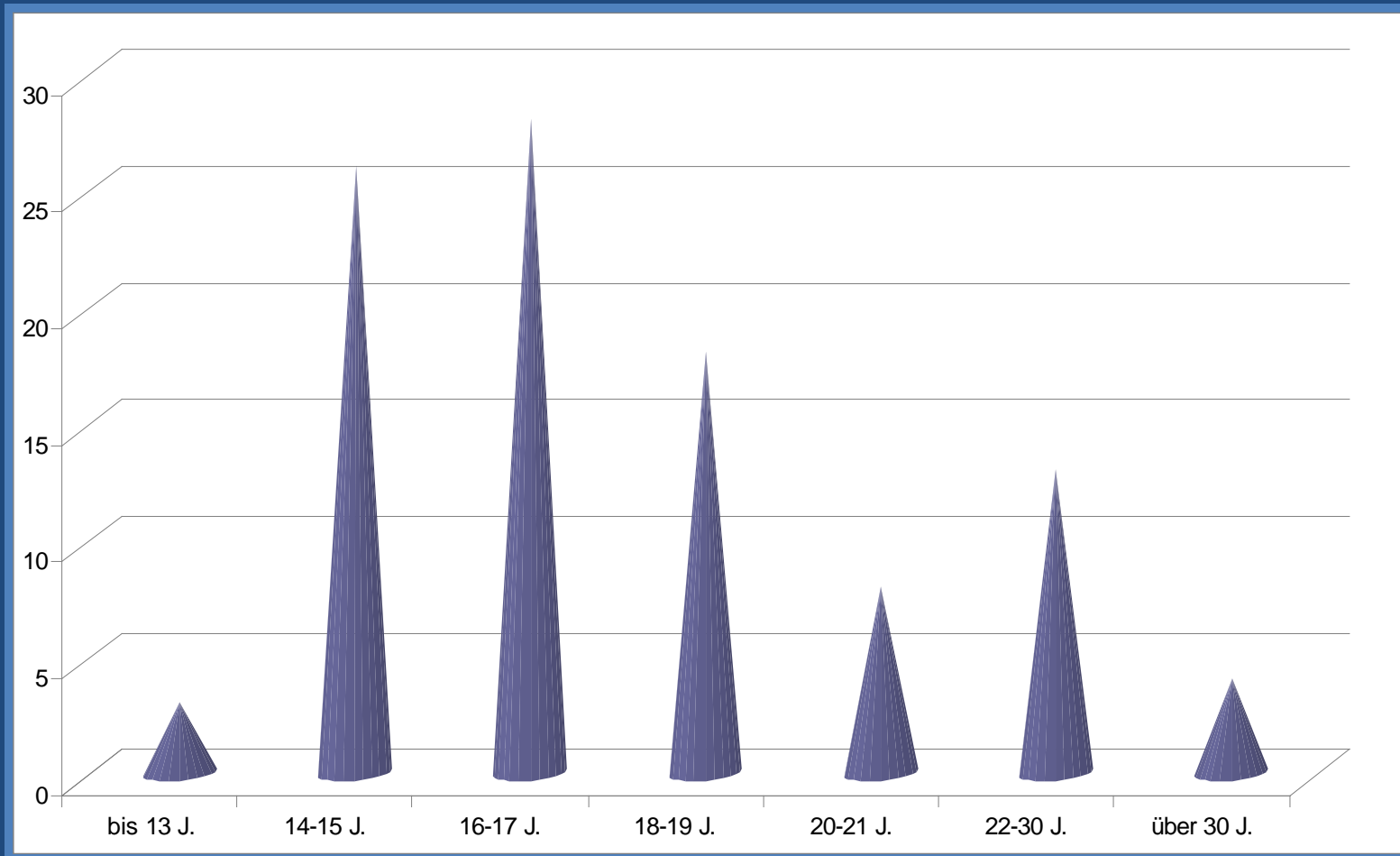
# SVV kommt häufiger vor als wir alltäglich denken...

- Eine britische Studie des Center for Suicide Research, Oxford University berichtet, dass mehr als einer von zehn Jugendlichen sich freiwillig selbst verletzt.
- Diese Studie mit mehr als 6000 Schülern im Alter von 15 bis 16 Jahren, zeigte, dass 10.3% Erfahrung mit autoaggressivem Verhalten (über 64% davon sich selbst schneiden) hatten.
- Dies betrifft aber nur die Normalpopulation

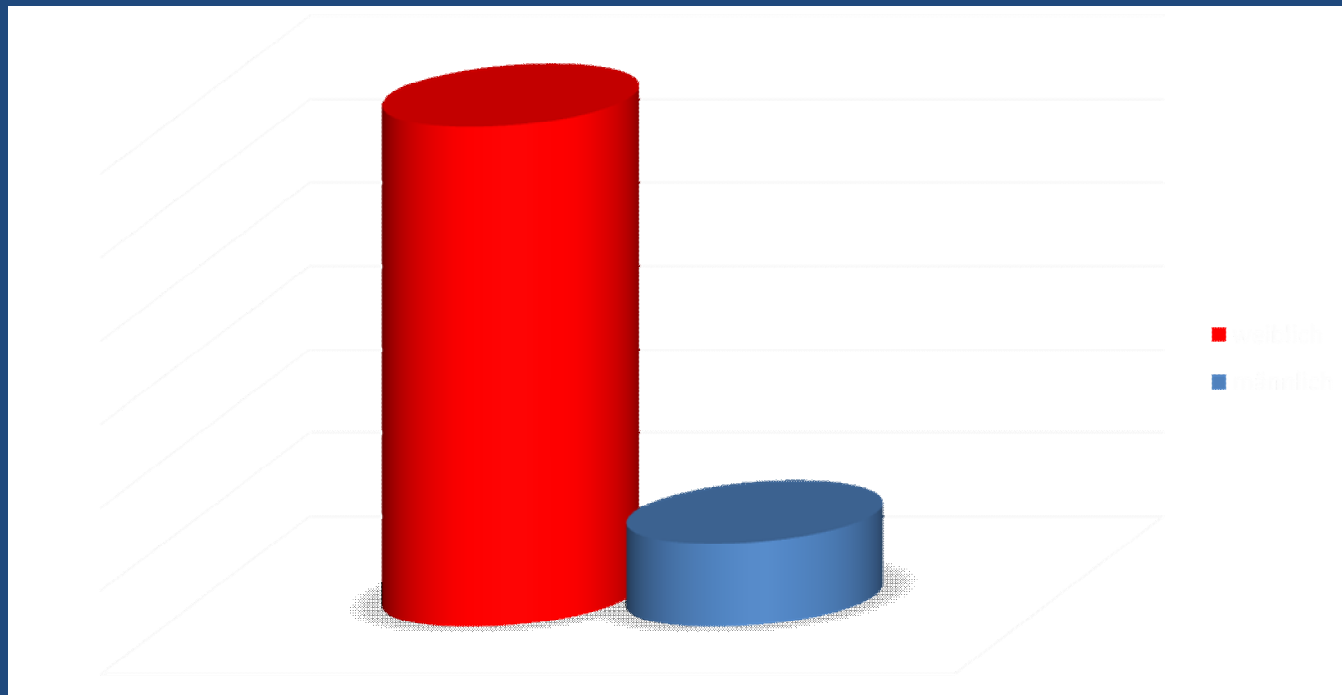
# Fast jedes Symptom kann in der Pubertät normal sein

- In anderen Untersuchungen mit der Unterscheidung zwischen Jungen und Mädchen, sowie der Unterscheidung von hoch und niedrig belasteten Jugendlichen fanden sich Raten bis zu 25%.
- D.h. bis zu einem Viertel aller Jugendliche (vorwiegend Mädchen) haben mindestens passager Erfahrungen mit SVV gesammelt

# Häufigkeiten selbstverletzenden Verhaltens in % nach Altersgruppen



Statistisch gesehen, verletzen sich Frauen 6 mal häufiger als Männer



- Autoaggressives Verhalten von Mädchen, i.d.R. jugendlichen Mädchen, können wir aus psychotherapeutischer und psychiatrischer Sicht unter verschiedenen Aspekten betrachten:
- Hinter dem augenscheinlichen Symptom einer Selbstverletzung können sich unterschiedlichste Lebenskrisen, psychische Krankheiten, Traumatisierungen etc. verbergen.
- Zunächst ist näher zu bestimmen, was unter „autoaggressivem Verhalten“ gefasst werden kann.

# Unter dem Begriff selbstverletzendes Verhalten...

- werden verschiedene Handlungsweisen zusammengefasst, deren gemeinsames Ziel die Beschädigung des eigenen Körpers ist. Es gibt eine Vielzahl fast synonyme Bezeichnungen: z.B.
  - Selbstdestruktives Verhalten
  - Selbstbestrafendes Verhalten
  - Autoaggressives Verhalten
  - Automutilatio
  - Masochistisches Verhalten
  - Selbstverstümmelung

# Welche Besonderheiten zeigen sich bei betroffenen Mädchen und Frauen?

- Mädchen, weibliche Jugendliche und Frauen zeigen im Allgemeinen weniger expansive, denn selbstschädigendere oder emotionalere Belastungsreaktionen als Jungen und Männer
- Häufige „weibliche“ Störungsbilder sind z.B.
  - Depressive Störungen
  - Angsterkrankungen
  - Selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche mit den sog. „weichen Methoden“ (z.B. Tabletteneinnahme)

- Mädchen sind allgemein empathiefähiger, sozial kompetenter und weniger aggressiv als Jungen mit gleichen Stressfaktoren
  - Die Empathiefähigkeit kann jedoch auch eine höhere Verletzlichkeit z.B. bei Beziehungsstress bedeuten

# SVV = Suizidalität?

- Obwohl selbstverletzendes und suizidales Verhalten gemeinsam haben, dass sich ein schädigender Impuls gegen den eigenen Körper richtet, unterscheiden sie sich doch darin,
- *dass selbstverletzendes Verhalten in der Regel nicht auf die Beendigung des eigenen Lebens hinzielt, sondern dass die wiederholte Beschädigung des eigenen Körpers das zentrale Phänomen darstellt.*

- In Bezug auf die Klassifikation muss hervorgehoben werden, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten nicht um eine Diagnose handelt, sondern um Verhaltensweisen, die in der Regel mit einem komplexen Störungsbild im Rahmen verschiedenster Erkrankungen vergesellschaftet sind. (awmf-online)

# Welchen Sinn macht SVV?

- Häufig wird der Entlastungseffekt beschrieben: d.h. die Betroffenen Mädchen spüren eine *Unterbrechung oder Ablenkung* von einem unerträglichen inneren Zustand bzw. *spüren* Sie sich nur dann, wenn Sie sich schneiden

- Es gibt aber auch andere Konstellationen, die nicht übersehen oder verwechselt werden dürfen, z.B.:
  - SVV als Zeichen der Ambivalenzphase im Rahmen der Zuspitzung akuter Suizidalität
  - SVV als appellatives Verhalten mit manipulativen Absichten, im Rahmen unausgesprochener („unreif ausgetragener“) Konflikte
  - SVV als aggressives Phänomen oder Provokation
  - SVV als Mutprobe oder passageres Entwicklungsphänomen
  - SVV als krankheitstypisches Symptom (Z.B. bei Borderline-Störungen, Autismus, Psychose etc.)

- Unter den verschiedenen Arten selbstverletzenden Verhaltens steht das Schneiden bei jugendlichen Mädchen deutlich im Vordergrund:
  - Häufig mit der dominanten Hand am gegenüberliegenden Unterarm, aber auch an den Beinen, am Bauch etc.
  - Wir unterscheiden zwischen oberflächlichen, „ungefährlichen“ Verletzungen und tieferen Schnitten, sowie Schnitten, die im Bereich der Pulsadern gesetzt werden

# Es gibt viele weitere Formen von SVV

- Z.B.
  - Haare ausreißen (Wimpern, Kopfhaare)
  - Nägel, Nagelbett blutig aufreißen
  - Wundheilung durch Kratzen verzögern
  - Selbst zugefügte Brandwunden (z.B. durch Zigaretten ausdrücken)
  - Im weiteren Sinne auch risikosuchendes Verhalten z.B. in sexuellen Beziehungen
  - Etc. etc.

# SVV ist unspezifisch

- Wir können also nicht aufgrund selbstverletzenden Verhaltens automatisch auf eine spezifische Erkrankung oder z.B. eine Psychotraumatisierung schließen.
- Einzelne psychische Erkrankungen (oder medizinisch: Störungsbilder) gehen allerdings häufiger als andere mit SVV einher:
  - z.B. Borderline-Störungen, Depressionen, Psychotraumatisierungen, aber auch autistische Störungen (letztere sind bei Mädchen allerdings besonders selten).

# Was können wir aus psychotherapeutischer und jugendpsychiatrischer Sicht tun?

- Individuelle Klärung von möglichen Ursachen, aufrechterhaltenden Bedingungen und systemischen Bedeutungen des SVV
- Klinische und psychiatrische Diagnostik
- Störungsspezifische Beratung und Behandlung
  - Ambulante Psychotherapie (Einzel-, Gruppe-, Familie)
  - Stationäre Behandlung
  - Evtl. ergänzende medikamentöse Behandlung

# Was ist Psychotrauma – und was nicht?

- Seelische Verletzungen, Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch sind in ihren unterschiedlichen Formen schädlich und prägend für die weitere Entwicklung von Menschen aller Altersstufen
- Die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ setzt im klinischen Sinne weitere Symptome, wie z.B. nachhaltiges, unkontrollierbares Flashback-Erleben voraus

# Psychotraumatherapie

- Die Patientin hat die Kontrolle über den Zeitpunkt, die Inhalte und das Tempo der Therapie
- Voraussetzung ist u.a. der äußere Schutz und die Etablierung des „inneren sicheren Ortes“
- Traumatherapeutinnen müssen in der Lage sein, auch starke emotionale Krisen im Rahmen der Therapie sicher zu begleiten und ein geeignetes Netzwerk etablieren, um ggf. Krisen stabilisieren zu können

# Eine Sonderrolle nehmen die Essstörungen ein:

- Anorexie und Bulimie sind aus psychotherapeutischer und psychiatrischer Sicht zunächst zwei eigenständige und sehr unterschiedliche Krankheitsbilder:

# Anorexie oder Magersucht

- verstehen wir als neurobiologisch fundierte Störung, die sich schließlich bei relevanter Gewichtsabnahme zu einer potentiell tödlichen Erkrankung entwickeln kann.
  - Auslöser für die Gewichtsabnahme können u.a. psychische Belastungen, Traumatisierungen oder familiäre Probleme sein.
  - Das „selbstverletzende“ restriktive Essverhalten ist kein selbst- und freiwilliges Verhalten sondern Ausdruck der Erkrankung und damit im Verlauf der Krankheit zunehmend für die Betroffenen nicht mehr kontrollierbar.

# Bulimie oder Ess- und Brechsucht

- ist eine vorwiegend gelernte Fehlanpassung zwischen Heisshungeranfällen und selbst herbeigeführtem Erbrechen im Wechsel, die in eine Erkrankung führt.
  - Die Betroffenen entwickeln ein zunehmend „süchtigeres“ Verhalten, durch selbst herbeigeführtes Erbrechen Ängste zu kontrollieren, z.B. vor dem Zunehmen, vor Flashbacks oder auch andere Missempfindungen.
  - Im Zusammenhang mit dieser Erkrankung werden besonders häufig Traumatisierungen als mögliche Auslöser beschrieben.

# Behandlung von Essstörungen

- Störungsspezifische Verhaltenstherapeutische Ansätze (Stufenplanmodelle): gesundes Essverhalten wiedererlernen
- Familientherapie: belastende Beziehungsmuster modifizieren oder weiterentwickeln, ggf. Ablösung fördern
- Einzeltherapie: Bearbeitung von Psychotraumata oder anderen emotionalen Konflikten, Entwicklung reiferer und kompetenterer Konfliktlösungen

# Umgang mit dem eigenen Körper:

- Die Jugendlichen beschreiben uns häufig den Akt der Selbstverletzung als *Entlastung*: Spannungszustände, depressive Verstimmungen oder andere Belastungen wie Flashback-Erleben können offenbar leichter ertragen werden, wenn sie diese Art der *Kontrolle* über sich ausüben können. Manche Jugendliche verletzen sich jedoch auch im Sinne bewußter *Selbstbestrafung* oder um sich selbst überhaupt *spüren* zu können
- In der Körperschemaarbeit setzen sich die Jugendlichen langsam, mittelbar und vorsichtig mit dem Bild, dem Körpergefühl und der Einstellung zum eigenen Körper auseinander, um nach nicht-verletzenden Umgangsformen mit sich selbst zu suchen

# Dissoziation

- Manche Patientinnen berichten auch über *dissoziative Zustände* während des Schneidens: Also ein wenig bewußter Zustand, der zunächst nicht kontrollierbar ist und oft nicht erinnerlich ist
- Dies geschieht häufig bei traumatisierten Patienten bzw. bei Patienten mit dissoziativen Störungen.
- In diesem Zusammenhang kann es problematisch sein, dass die Patienten, mitunter ohne die Absicht des Suizids, die Tiefe und den Ort des Schneidens nicht mehr kontrollieren können und sich u.U. unbeabsichtigt lebensgefährlich verletzen

# Suizidalität

- ist zunächst einmal ein deutlich anderes Phänomen als SVV: Die Zielsetzung der Selbsttötung ist dabei im Vordergrund.

# Suizidversuch ("suicide attempt"):

- Suizidversuche haben unterschiedlichen Schweregrad: bei leichteren Schweregraden überwiegt häufig der interaktive Charakter.
- Zur Suizidalität im weiteren Sinne gehören außerdem eher passive oder vermeidende Verhaltensweisen, wie untypischer sozialer Rückzug (parasuizidale Pause).
- In epidemiologischen Studien wurden Suizidversuch-Häufigkeiten von 0,2-18% ermittelt. In verschiedenen Inanspruchnahmepopulationen finden sich Häufigkeiten von 30-60%

# Krisenintervention

- Unterscheidung zwischen Therapie und Krise – die Verantwortung, die Rechte und die Pflichten der Patientin in der Therapie ändern sich!
- Akute Selbst- und Fremdgefährdung ⇒ Indikation zur Krisenintervention (z.B. geschlossene stationäre Aufnahme). Die Verantwortung wird durch Sorgeberechtigte und Behandler im Auftrag des Familiengerichtes übernommen.
- Die Art, wie nachvollziehbar die Patientin die Krisenintervention erlebt, bestimmt erheblich die anschließende Therapie(de)motivation!

# Borderline-Störungen

Ein komplexes Krankheitsbild, mit unterschiedlichen Symptomkonstellationen zu denen aber i.d.R.

- impulsives inneres Spannungserleben (ohne aktuell nachvollziehbaren Anlass) und in Folge häufig
- starke Stimmungsschwankungen und
- unterschiedliche Formen selbstverletzenden Verhaltens

gehören.

# Dialektisch behaviorale Therapie

- Aufklärung der Patientinnen über die Diagnose, das Krankheits- und Behandlungsmodell
- „Hilfe zur Selbsthilfe“, also Kompetenzen und Fertigkeiten zur verbesserten Selbststeuerung, aber auch zum Aushalten aversiver innerer Zustände
- Mehr Arbeits- als Empathie-Beziehung (Z.B. Training von sozialer Kompetenz, Entspannung, Ablenkung von inneren Spannungen, verbesserter Selbst- und Fremdwahrnehmung)
- Besonderes Teilziel: ritualisierte Kriseninterventionen vermeiden!

# Kooperation zwischen den helfenden Institutionen

- Über Psychotherapie und Beratung hinausgehend haben viele der betroffenen Mädchen einen Jugendhilfebedarf, da die pädagogischen *Anforderungen* an die Eltern und Lehrer häufig eine *Überforderung* darstellen.

# Ein leider passendes Bonmot vorweg...

Vorurteile der KJP gegenüber der  
Jugendhilfe:

*„Es gibt keine schwierigen Jugendlichen,  
es gibt nur schlechte  
Jugendhilfeangebote.“*

Vorurteile der Jugendhilfe gegenüber KJP:

*„Es gibt keine schwierigen Jugendlichen,  
es gibt nur schlechte Therapeuten.“*

...

Weitere vermeidbare Vorurteile (oder  
Gegenübertragungen?)

*„Alles Anstellerei, alles Gezicke: Das  
Mädchen braucht klare Ansagen, dann  
hört sie schon mit dem Schnibbeln auf.“*

*„Natürlich sind immer die Eltern schuld,  
wenn ein Kind so etwas tut.“*

# Besonderheiten im Hilfeplanungsprozeß nach KJHG

- Erfolgversprechende interdisziplinäre Kooperation zwischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendämtern, Hilfeträgern etc. setzt eine Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ mit Abgrenzung der verschiedenen Arbeitsfelder voraus
- *Wer tut also was?*

# Aufgaben- und Rollenverteilung

- Jugendhilfe: Planung und Bereitstellung von sozialpädagogischer Begleitung in ambulanter bzw. stationärer Form (Ziel: *Erlangung gesellschaftlicher Teilhabe*) in Kooperation mit dem Jugendlichen, den Eltern / Sorgeberechtigten und ggf. Therapeuten
- Psychotherapeuten / KJP: Diagnostik, Beratung, ambulante und stationäre Therapie, ggf. Medikation

...

- Jugendliche: Recht auf altersgemäße Mitbestimmung, aber auch Mitwirkungspflicht in Therapie und Jugendhilfe (Achtung: krankheitstypische Einschränkungen berücksichtigen!)
- Eltern / Sorgeberechtigte: emotionale Präsenz, *Perspektivplanung, Wahrnehmung der Elternrechte und –pflichten (Sorgerecht, Fürsorgepflicht, Schweigepflichtsentbindungen etc.)*

# Reflektierter Umgang mit der Hilflosigkeit der Helfer

1. Ja, es gibt schwierige und komplizierte Probleme gegen die auf den ersten Blick kein Kraut gewachsen ist.
2. Es gibt manchmal trotz vieler Bemühungen Verläufe mit häufigen Wechseln und Brüchen, ohne viele Fortschritte.
3. Intervision und Supervision gehört als Qualitätsmerkmal in den Planungs- und Bilanzierungsprozeß

*ABER ...*

Jaqueline (mittlerweile 18 Jahre alt, kurz nach dem Schulabschluss, nach mehreren Jahren Jugendhilfe):

„Ihr wolltet ja nicht glauben, daß ich es schaffe. Mein Vater war Alkoholiker, meine Mutter verstarb vor 2 Jahren an Magersucht, und die Ärzte wollten mir Medikamente geben.

Und ich habe es trotzdem geschafft.“

Marie, 16 Jahre alt, im Praktikum an der angestrebten Lehrstelle im Malerbetrieb:

„Sie steckten mich in ein Doppelzimmer mit so einer Vollhupe, die nur Gas zog und sich mit mir prügeln wollte – und ihr habt erwartet, daß ich Konflikte verbal löse...

Aber eins sag ich euch: Ich mach das hier nur für mich, damit das klar ist.“

Vielen Dank für  
Ihre Konzentration  
und  
Aufmerksamkeit!

# Literatur, Internet, Informationen

- Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007
- Suchmaschinen: Reingogeln mit den Stichworten „selbstverletzendes Verhalten, Chat, Foren, Suizidalität“