

Zeitschrift: SuchtMagazin
Band: 32 (2006)
Heft: 5

Artikel: Ritzen : die Sucht, sich selbst zu verletzen
Autor: Hänslı, Norbert
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800965>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ritzen – die Sucht, sich selbst zu verletzen

Immer mehr junge Menschen verletzen sich absichtlich selbst – zwanghaft und heimlich. Sie tun dies, um einer inneren Anspannung Luft zu verschaffen oder «um sich selbst zu spüren». Das Verhalten ist ein Notsignal. Information – und sofortige Therapie – sind unerlässlich.

NORBERT HÄNSLI*

«Jedes Mal, wenn ich mit meinen Schnitten zur Unfallstation komme, sind es dieselben Fragen: «Haben Sie es selbst gemacht? Oder hat Sie jemand dazu gezwungen? Wollten Sie sich umbringen?» Es hängt mir so zum Hals raus, solche Fragen zu beantworten. Ja, ich habe es selbst getan. Nur ich selbst habe mich dazu gezwungen. Ich habe eine Rasierklinge benutzt. Aber auf keinen Fall wollte ich mich umbringen; ich habe versucht, mich wieder lebendig zu fühlen.» Das sagt R., eine junge Frau, die sich seit Jahren mehrmals in der Woche die Haut blutig schneidet.

* Norbert Hänsli, Psychologe FSP und Theologe, Jugendseelsorge Zürich, Kath. Arbeitsstelle für Jugendarbeit und Jugendberatung, Auf der Mauer 13, 8001 Zürich, Tel.: 044 266 69 69. Autor von «Automutilation – Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis», Bern 1996. E-Mail: norbert.haensli@jugendseelsorge.ch, www.jugendseelsorge.ch

Definition, Abgrenzung und Zahlen

«Selbstverletzendes Verhalten» (SVV) oder «Automutilation» nennen PsychologInnen es, wenn Menschen sich Verletzungen zufügen, damit aber nicht bezwecken, sich das Leben zu nehmen. Ein Prozent der Bevölkerung ist betroffen, schätzen Fachleute. Die Menschen kommen aus allen sozialen Schichten. Die meisten sind zwischen 14 und 30 Jahre alt. Die höchste Inzidenz wird bei Jugendlichen in der Pubertät beobachtet. Die Betroffenen, zu 80 Prozent sind es Frauen, ritzen sich mit Messern oder Glasscherben in die Unterarme, die Beine, den Bauch. Oft wird ihr Verhalten von der Umgebung gar nicht wahrgenommen, da die Schnitte, die Wunden gut versteckt werden. Die Scham über die Tat ist gross, die Jugendlichen spüren Ekel und Enttäuschung über sich selbst. Die Dunkelziffer ist entsprechend hoch. Oft nimmt die Erkrankung einen wellenförmigen Verlauf alternierend mit Essstörungen (vorwiegend Bulimie) und Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch.

Fünzig Prozent der jungen Frauen mit chronischem SVV weisen in ihrer Anamnese auch eine Anorexie oder Bulimie auf. Umgekehrt weisen etwa 25% bis 45% der PatientInnen mit Essstörungen auch eine Geschichte von SVV auf, wobei die Rate bei BulimikerInnen höher ist als bei AnorektikerInnen.

Der verborgene Sinn der Selbstverletzungen

Die Suche nach dem verborgenen Sinn der Selbstverletzung geht zunächst vom Selbsterleben der Betroffenen aus. Ausgangspunkt ist die eigene Antwort der PatientInnen auf die Frage, was sie zu einem bestimmten Verhalten be-

wegt, warum sie ein bestimmtes Symptom hervorbringen, welchen Zweck es für sie hat. Hier gilt es, immer vom konkreten Einzelfall auszugehen. Der Zweck ihres selbstverletzenden Verhaltens ist jedoch den meisten PatientInnen nicht ohne weiteres als Selbstinterpretation zugänglich. Viele sagen zunächst, es geschehe einfach. Oft ist die Einsicht in die Funktion des SVV das Ergebnis eines längeren – die Introspektion fördernden – therapeutischen Prozesses und damit bereits ein Zeichen des heilsamen Abstandnehmens-Könnens. Das Offenlegen der Nöte, die die PatientInnen zu SVV veranlassen, ist wichtig, da damit ihre Therapiebedürftigkeit spezifiziert wird.

Dampf ablassen:

Aussagen von PatientInnen machen deutlich, dass SVV ein Ventil sein kann, um sich von übergrosser Spannung und Angst zu befreien. Sie vergleichen es mit dem Aufschlitzen eines Dampfkessels oder mit dem Zerplatzenlassen eines Ballons. Die entspannende, beruhigende und entlastende Wirkung des SVV ist vergleichbar mit physischer Verausgabung, Alkoholaubus oder der Einnahme von hochdosierten Beruhigungsmitteln.

Sich selbst spüren:

Andere berichten, wie sie vorwiegend in Situationen des Alleinseins von Empfindungen der Dysphorie, der Leere und Inhaltslosigkeit überwältigt werden. SVV wird als wirkungsvolles Mittel gegen den schwer erträglichen Zustand innerer Empfindungs- und Gefühllosigkeit erlebt. SVV wirkt gegen dissoziative Zustände, in denen jemand wie aus seinem Körper (Depersonalisation) oder aus der Wirklichkeit herausgetreten ist (Derealisation). In diesen Situationen hilft SVV sich der eigenen Lebendigkeit zu versichern.

Selbstkontrolle erlangen:

SVV kann auch in einem ganz anderen, der emotionalen Leere entgegen gesetzten Zustand auftreten: wenn zu viele Gedanken und Gefühle gleichzeitig über die Betroffenen hereinbrechen, bei Gedankendrängen und schnellem Stimmungswechsel. Dann geht es darum, die Kontrolle zu erlangen, den innerseelischen Sturm der Gedanken und Gefühle der Selbstbestrafung, der Wut und des Ärgers aufzuhalten.

«Ein treuer Freund»:

Eine 18-jährige Patientin berichtet, dass SVV ihr Sicherheit gebe, da sie wisse: Auch wenn alles andere misslingt und sie gefühllos und leer bleibt, der Schmerz und das Blut werden immer für sie da sein wie ein gefühlswarmer, verständnisvoller Freund, der sie durch schwere Zeiten begleitet. Fühlt sich jemand allein, ungeliebt und nicht liebenswert, so kann SVV subjektiv – wie ein guter Freund – Trost, Wärme und Sicherheit spenden. Dies ist ein besonders tragischer Aspekt.

Den inneren Schmerz zudecken:

Der Schmerz der Schnittverletzungen sei weniger schlimm als der grosse see-

lische Schmerz, deshalb schneide sie sich, erklärt eine Patientin. Im Vergleich zum tiefen, dunklen, inneren Schmerz der Trauer, der Zerrissenheit, der Angst, welcher sich im Bauch, in den Eingeweiden, im Hals, im Herzen ausbreitet, sei der helle und klare Schmerz in der Haut eine Erleichterung.

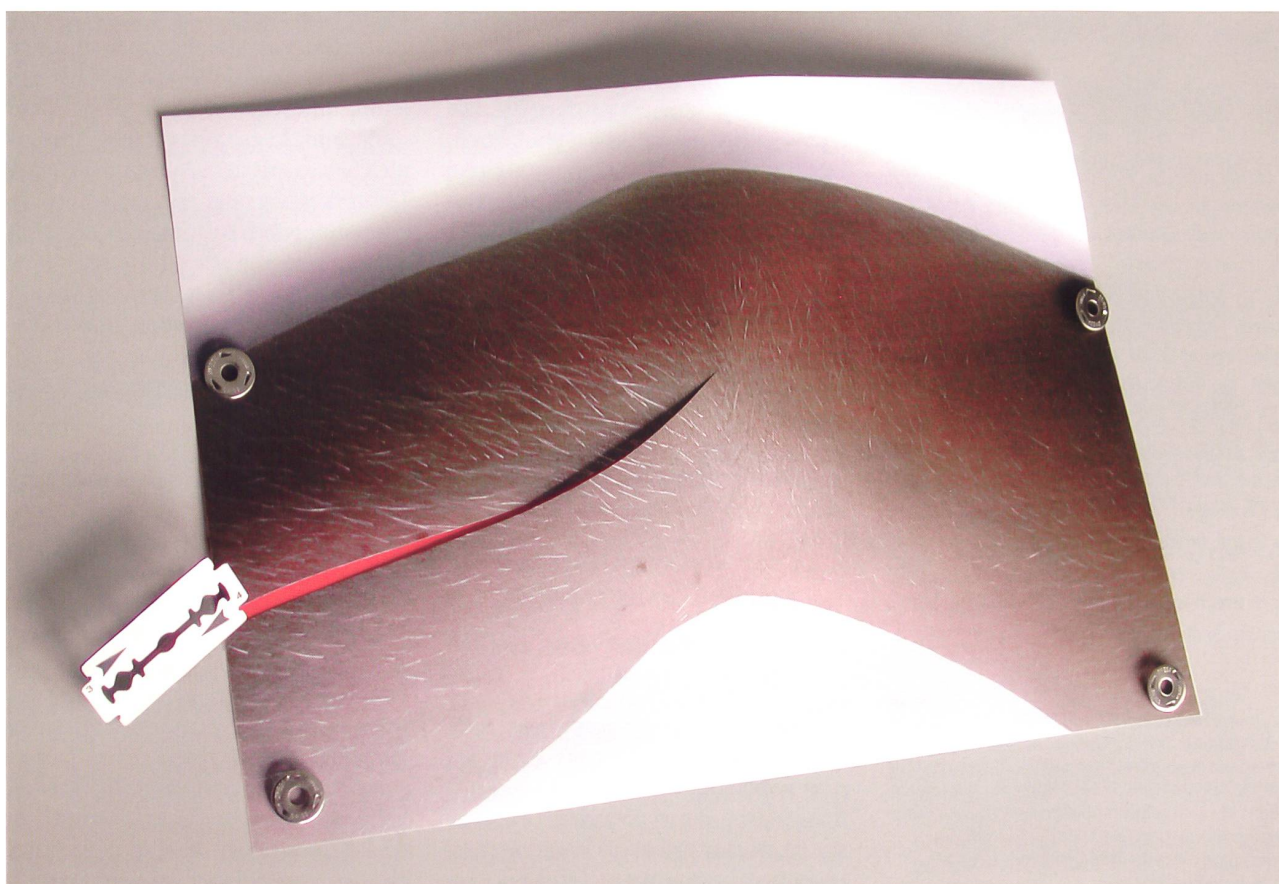
Ein Teufelskreis

Vor der Selbstverletzung baut sich ein Konglomerat negativer Gefühle auf (Ärger, Selbsthass, Angst, Wut). Es entsteht der Drang, sich selbst zu verletzen. Auch wenn die Entscheidung zur Ausführung oft einen plötzlichen und impulsiven Charakter hat, geht ihr doch ein längeres «Brüten über der Sache» voraus. Viele folgen in der Vorbereitung der Handlung einem persönlichen Ritual, z. B. der Art, wie die Rasierklinge, die Verbände, die Alkoholtupfer und andere Utensilien bereitgelegt werden. Bei zunehmender innerer Spannung tritt bei vielen ein schwer mitteilbarer Zustand des «Wegtretens», des «Absackens» auf. Die Selbstverletzung wirkt gegen diese verzweifelten Zustände der Depersonalisation.

Viele empfinden während des Aktes der Selbstverletzung keinen oder wenig Schmerz, da sie sich in einem transeähnlichen Zustand befinden. Das seelische Erleben nach der Selbstverletzung beschreiben viele als Rückkehr in die Realität, als Heimkehr: Endlich ist die unerträgliche Gefühllosigkeit beendet, endlich tritt Erleichterung ein. Diese hält jedoch nur kurz an, denn bald folgen Gefühle des Selbsthasses, der Enttäuschung, des Ekels, der Schuld und der Angst vor den Folgen. Der negative Spannungsbogen baut sich wieder auf und ruft nach erneuter Selbstverletzung.

Zwei Gesichter: Selbstfürsorge und Hilfeschrei

SVV hat zwei Gesichter: Einerseits ist es für die PatientInnen häufig eine Form von Selbstfürsorge, eine besondere Form des Umgangs mit Druckgefühlen, mit schlecht auszuhaltenden Erregungszuständen und Stress. Gleichzeitig wirkt SVV nach aussen. Es ist ein Signal, ein Vorwurf. Dies ist nicht bewusst intendiert, denn SVV wird anfangs heimlich und privat, in der Abkapselung von der Umwelt vollzogen,





erst später wird die Wirkung auf andere erfahren und dann eventuell gezielt eingesetzt. Viele PatientInnen sind sehr ambivalent: Sie verstecken ihre Narben, weil sie sich dafür schämen, wollen aber gleichzeitig, dass sie gesehen werden.

Im Umfeld löst SVV – unabhängig von einer bewussten Intention – viele Gefühle aus: Abscheu, Ekel, Furcht, Unverständnis, Ohnmacht, aber auch Kummer, Mitgefühl und Mitleid. Ablehnung, Verurteilung und Distanzierung wechseln ab mit sorgender Annäherung. Tatsächlich haben von SVV Betroffene in der Regel begrenzte Fähigkeiten, eigene Gefühle verbal auszudrücken. Ähnlich dem appellativen Charakter eines Suizidversuchs kann auch SVV ein averbaler Appell darstellen, der besagt: *«Ich bin verzweifelt, kümmert euch um mich, denkt an mich!»*

SVV kann – wie ersichtlich wurde – bei einer Reihe von unerwünschten und schwer erträglichen Symptomen schnelle, jedoch kurzlebige Erleichterung bewirken. Deshalb kann SVV als symptomreduzierende Selbsttherapie bezeichnet werden. Durch SVV kann im Sinne eines averbalen Appells auch Einsamkeit, Angst, Verzweiflung oder der Wunsch nach Anteilnahme, aber auch Hass und Eifersucht ausgedrückt werden. Sie ist ohne Zweifel im Augenblick wirkungsvoll, jedoch mit einigen Problemen behaftet. Erstens dauert die durch SVV erzielte Erleichterung sehr kurz. Zweitens wird die den Symptomen zugrunde liegende Störung nicht behandelt, was die dauernde Wiederholung der «Selbsttherapie» notwendig macht und so die physische Schädigung zunehmend gravierender werden lässt. Drittens: Auch wenn die physische Gefahr oft klein

ist, führt chronisches SVV längerfristig zu sozialem Ausschluss. Viertens kann SVV tödlich enden: Der Tod kann akzidentell eintreten, oder das Letalitätsrisiko steigt bei zunehmender Verzweiflung.

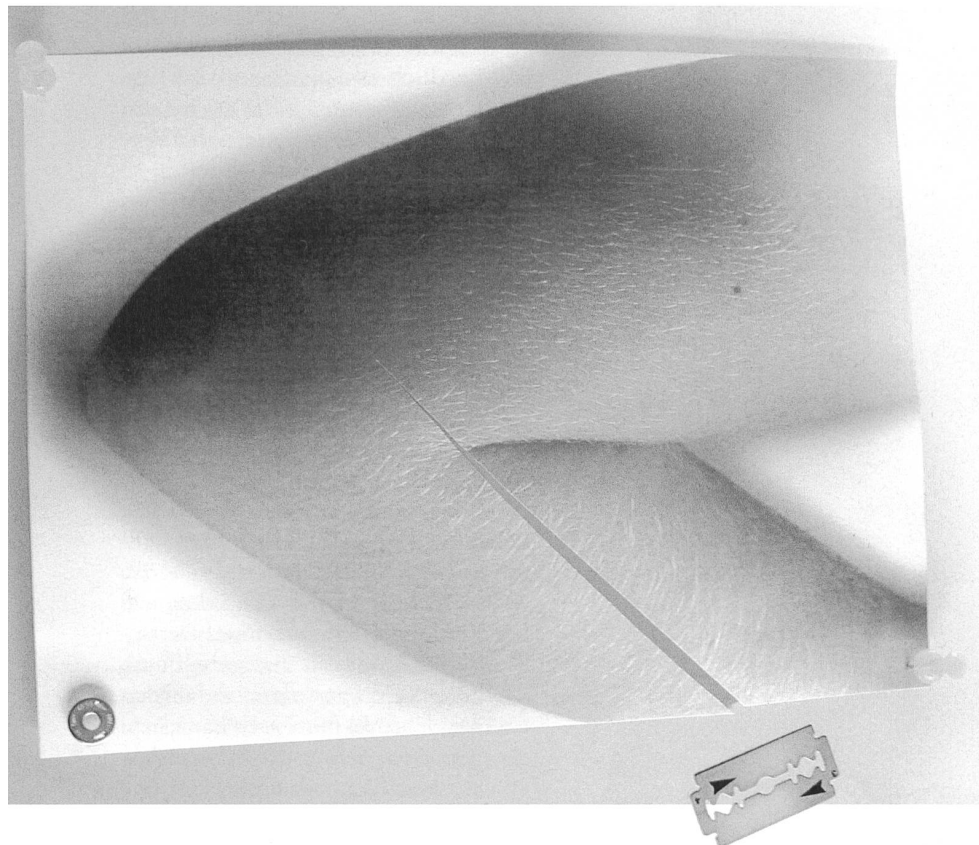
Erfahrungshintergründe

Was weiss man über die Ursachen? Zwei Drittel bis drei Viertel der PatientInnen mit einer häufigen, schweren Selbstverletzungsproblematik haben schwerwiegende Kindheitstraumata hinter sich: seelische und körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Krankheit und Beziehungsabbrüche. Dissoziative Zustände treten oft auf, um einer traumatischen Erfahrung zu entkommen. Solche Menschen können lernen, Depersonalisation und Derealisation zu trainieren und gezielt einzusetzen. SVV kann dann anfangen, ein Eigenleben zu führen. Es kann sich generalisieren, sich ausbreiten und sich von der ursprünglichen Situation ablösen.

Ein Drittel bis ein Viertel der Betroffenen ist in einem widersprüchlichen Familienklima aufgewachsen. Das kann dazu führen, dass man mit seinen Gefühlen nicht zurechtkommt und dem eigenen Inneren hilflos gegenübersteht. Wenn Eltern selbst Unterstützung von ihrem Kind brauchen oder ihm nicht genügend Herzenswärme und Aufmerksamkeit schenken können, geniesst dieses nicht die Sicherheit, die es braucht, um die natürlichen negativen Gefühle zu äussern, die alle Kinder gelegentlich gegen ihre Eltern hegen. Wenn ein Kind in seinen wichtigsten Entwicklungsjahren eine solche Umkehr der Abhängigkeiten erlebt, wagt es Ärger nur gegenüber sich selbst, aber niemals gegenüber anderen zu empfinden.

Selbstverletzung, Suizid und Essstörungen

Das Verhältnis von SVV und suizidalem Verhalten wurde in der Vergangenheit unterschiedlich eingeschätzt: die Beschreibung einer engen Beziehung auf der einen und die klare Abgrenzung auf der anderen Seite. In neueren Arbeiten setzen sich das Bemühen nach Abgrenzung und die Suche nach Unterscheidungskriterien durch. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die beiden Verhaltensweisen anhand



gewisser Kriterien (Letalitätsrisiko bzw. Verletzungsgrad, Frequenz, Methoden, Absicht) zwar voneinander abgrenzen lassen, dass jedoch zwischen ihnen insofern eine Beziehung besteht, als PatientInnen mit SVV zu einem hohen Prozentsatz auch suizidale Handlungen begehen. Führt SVV über längere Zeit nicht zum erhofften Erfolg, werden diese PatientInnen um so verzweifelter und – wenn ihnen klar wird, dass ihr desolater psychischer Zustand und ihre Probleme unabsehbar lange andauern werden – schliesslich suizidal, nun in der Absicht, einen definitiven Ausweg aus dieser unerträglichen und hoffnungslosen Situation zu finden.

«Du hast so viele Schmerzen in dir drin, dass du versuchst, dir äusserlich weh zu tun, weil du Hilfe willst», gestand 1995 die englische Prinzessin Diana, deren Fall wohl das prominenteste Beispiel von Selbstverletzung war. In einem TV-Interview erzählte sie der Welt, dass sie sich mehrmals absichtlich an Armen und Beinen verwundet habe. Die Perioden der Selbstverletzungen hätten, so Diana, abgewechselt mit Zeiten, in denen die Ess-Brech-Sucht im Vordergrund stand.

Gestörtes Essverhalten und SVV treten – wie das prominente Beispiel und die Zahlen zeigen – bei derselben Person nicht selten gleichzeitig oder alternierend auf. Es bestehen zudem klare demographische Übereinstimmungen: Beide Störungen sind bei Frauen eindeutig häufiger als bei Männern, und beide haben ihren Beginn vornehmlich in der Pubertät. Im weiteren sind auch phänomenologisch frappierende Ähnlichkeiten zu beobachten: Bei beiden Störungen empfinden die Patientinnen ein unwiderstehliches, zwanghaftes, fast suchtartiges Bedürfnis zu schneiden, zu verschlingen, zu erbrechen oder zu fasten; beide Störungen haben zudem eine selbstreinigende Funktion, indem sie Zustände der Angst, der Wut, der Gefühllosigkeit modulieren und auf diese Weise eine entlastende Wirkung haben; der schädigende Umgang mit dem Körper geschieht bei beiden Verhaltensweisen im allgemeinen im Verborgenen, wobei in beiden Fällen das dargebotene Marterbild auf die Umgebung eine appellative Wirkung haben soll.

Essstörungen und SVV entspringen beide einem tiefgreifenden Gefühl der Unzufriedenheit mit sich selbst, wel-

ches sich in der Verachtung und Ablehnung des eigenen Körpers konzentriert und sich in der direkten (SVV) oder indirekten (Essstörungen) Schädigung desselben ausdrückt. Alles, was die PatientInnen erreichen wollen, ist, dass sie sich besser fühlen. Bei beiden Störungen werden – überspitzt formuliert – die psychologischen Probleme zu physischen, und entsprechend wird auf der physischen Ebene eine Lösung verfolgt, die jedoch – weil am falschen Ort gesucht – immer ein Notbehelf bleibt und nach dauernder Wiederholung ruft. Die Handlungen, die anfangs darauf abzielten, das Selbstgefühl, die unerträglichen Emotionen sowie auch die Umgebung zu kontrollieren, übernehmen längerfristig selbst die Kontrolle.

Impuls- und Suchtcharakter

SVV und Essstörungen entwickeln beide den Charakter einer Sucht. Die Welt engt sich ein auf ein zwanghaftes Beschäftigtsein mit dem Körper und mit Gedanken an die nächste Mahlzeit, das nächste Erbrechen, die nächste Schnittverletzung. Jeder Tagesplan endet in der Suche nach einer Gelegenheit, diese Rituale auszuführen. Der Versuch, Selbstkontrolle auszuüben, indem der Körper tyrannisiert wird, schlägt um in die Tyrannei des Körpers. Der Körper ist schliesslich nicht mehr Zufluchtsort, sondern feindliches Gebiet. Als ein Therapieziel muss daher die Aussöhnung mit dem eigenen Körper angesehen werden.

Nicht übergehen, sondern ansprechen

Lehrpersonen, ErzieherInnen und Eltern sollten eine Selbstverletzung auf jeden Fall ansprechen, jedoch ohne darauf herumzureiten. Viele Betroffene berichten später: «Eigentlich habe ich eine ganze Menge Signale gesandt. Und rückblickend gesehen, finde ich es nicht gut, dass niemand das angesprochen hat.» Am hilfreichsten ist es, gemeinsam mit der/dem Jugendlichen nach Ansprechpersonen zu suchen, die sowohl kompetent als auch für sie/ihn akzeptabel sind. Die Deutung der Selbstschädigung als Selbsthilfversuch in einer verzweiferten Situation kann bei den betroffenen Jugendlichen entlastend wirken und sie ermuntern, fachliche Hilfe in Anspruch zu neh-

men. Früherkennung, Information und sofortige Therapie ist wichtig, denn es besteht eine hohe Gefahr der Chronifizierung.

In der Therapie geht es um die Behandlung der zugrunde liegenden Störung auf der Grundlage eines mehrdimensionalen Behandlungskonzepts. Die Gefahr, sich im klinischen und therapeutischen Umgang nur auf das «Krankhafte» zu konzentrieren, ist im Umgang mit sich selber schädigenden PatientInnen besonders gross. Die teilweise gravierenden physischen Schädigungen, die latent stets vorhandene Bedrohung des Lebens sowie die Gefahr der Chronifizierung und Eskalation lösen affektive Erschütterung und Betroffenheit aus, erzwingen appellative Beachtung und verleiten dazu, die Aufmerksamkeit nur auf das Symptom und dessen Bekämpfung zu richten. Symptome – und insbesondere selbstschädigende Handlungen – können aber nicht verstanden werden, wenn sie als isolierte Phänomene betrachtet werden. Verstehen setzt vielmehr voraus, sie in ihren Kontext, konkret in die Lebensgeschichte und das Selbsterleben der Betroffenen, aber auch in den Zusammenhang eines Krankheitsbildes und nicht zuletzt in die soziokulturellen Gegebenheiten einzuordnen.

Keine Reduktion auf die Symptomatik

Je nach Art der SVV, je nach Krankheitsbild und Lebensgeschichte sind die ursächlichen Faktoren unterschiedlich gewichtet und wechselseitig verknüpft. Es besteht kein enger Zusammenhang zwischen dem Symptom des SVV und einer bestimmten, gleich bleibenden Ursache. In jedem Fall spielen somatische, psychologische und soziale Aspekte eine Rolle. Zudem ist zu beachten, dass die Gründe, die jeweils zur Erstmanifestation von SVV geführt haben, nicht unbedingt übereinstimmen mit jenen, welche einer Wiederholung oder Chronifizierung des Verhaltens zugrunde liegen. Deshalb ist die genaue Analyse des Bedingungs Zusammenhangs eines bestimmten SVV für eine adäquate Therapie von entscheidender Bedeutung.

Die Therapie braucht viel Zeit, konzentrierte Aufmerksamkeit und Konstanz. Es gilt, weder in aufopferndem Mitleid aufzugehen, noch kalte Distan-

zierung zu demonstrieren. Wichtig ist die therapeutische Haltung der konstanten Anteilnahme – unabhängig von den Turbulenzen, die von den PatientInnen ausgehen. Die therapeutische Person soll nicht ignorierende Zurückhaltung üben, sondern auf eine stützende Art antworten, aber nicht so, als ginge es um Leben oder Tod. Die Therapie ist eine Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz. Besondere Sorgfalt ist geboten an Wochenenden, bei Ferien und Therapieunterbrüchen, da leicht Gefühle des Verlassenseins und Abgelehntseins auftauchen und die Therapie unterlaufen können. Notwendig ist eine beständige Haltung der Zuversicht und Zuwendung – unabhängig davon, ob die PatientInnen dies erwarten oder nicht. Die Therapie von

PatientInnen mit SVV stellt ohne Zweifel in jedem Fall erhebliche Anforderungen an die physische und psychische Belastbarkeit aller beteiligten Personen.

Wissen und adäquate Information über das Phänomen der Selbstverletzung leisten einen Beitrag zum Verstehen der zunächst paradoxen und unverständlichen Selbstverletzungen und vermitteln den therapeutisch Tätigen die nötige Sicherheit und Möglichkeit der konstanten Zuwendung. Wahrheitsgemässes Informieren trägt zudem zur Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit bei und hilft vielen Betroffenen, ihre Isolation zu überwinden, indem sie darüber sprechen und professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. ■

