

Steven Levenkron

Der Schmerz sitzt tiefer

Steven Levenkron

Der Schmerz sitzt tiefer

Selbstverletzung
verstehen und
überwinden

Kösel

Übersetzung aus dem Amerikanischen von Karin Petersen, Berlin.

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel
»Cutting. Understanding and Overcoming Self-Mutilation«
bei W.W. Norton & Company, New York/London.

3. Auflage 2006

Copyright © 1998 by Lion's Crown, Ltd.

Copyright © 2001 Kösel-Verlag, München,
in der Verlagsgruppe Random House GmbH

Umschlag: Kaselow Design, München

Umschlagfoto: Bavaria Bildagentur

eISBN 978-3-641-09716-5

www.koesel.de

*Für meine Frau und Lebenspartnerin in allen Dingen,
einschließlich des vorliegenden Buches,
Abby Levenkron*

Inhalt

Vorwort	9
Dank	12
Teil I: Die Krankheit	13
Einleitung	15
1 Was ist Selbstverletzung?	21
2 Das Phänomen selbstzerstörerischen Handelns	31
3 Was charakterisiert Menschen, die sich selbst verletzen?	41
4 Die Reaktionen der anderen	63
5 Wie die Störung Gestalt annimmt	77
6 Wie und warum sich die Störung verschlimmert	89
7 Bindungsmuster	100
8 Der Nutzen von Selbstverwundung	113
9 Schmerz als gesellschaftlicher Wert	124
10 Das Familiensystem	137
11 Inzest und andere Formen von Kindesmissbrauch – Die Koppelung von Schmerz und Sicherheit	152
Teil II: Auf dem Weg der Genesung	167
12 Die Aussicht auf Veränderung	169
13 Der Betroffenen die Hand hinstrecken, um sie innerlich zu erreichen	178
14 Wer kann helfen?	193

15 Stolpersteine auf dem Weg	206
16 Gefangen zwischen Symptom und Bindung	221
17 Der Weg zurück zur Genesung	236
18 Aufrichtig kommunizieren	252
19 Die Vergangenheit analysieren und konfrontieren	267
Epilog	285
Anhang	287
Empfehlenswerte Literatur	287
Hilfreiche Adressen und Anlaufstellen	289
Sachregister	292

Vorwort

Als moderne Gesellschaft haben wir uns daran gewöhnt, uns im Fernsehen Herzoperationen und die Vorgänge auf Notfallstationen anzuschauen. Auf dem Hintergrund unserer eigenen Erfahrungen und der Informationen, welche die Medien uns liefern, diskutieren wir heute ganz selbstverständlich über gynäkologische Probleme, Geburt, Krebs, Organtransplantationen und Ähnliches mehr.

Und doch schrecken wir immer noch davor zurück, die Zeichen von emotionalem und psychischem Schmerz wahrzunehmen. Dieses Buch wendet sich dem nicht einfachen Thema Selbstverletzung zu: in welcher Beziehung es zu unserer Gesellschaft und unserer Angst vor den dunklen Trieben steht, die in uns allen lauern.

Bis zum Jahr 1996 wusste die Allgemeinheit nur wenig über Selbstverletzung. Dann bekannte sich Prinzessin Diana öffentlich dazu, dass sie ritzte, und in populären Zeitschriften begannen Artikel über dieses Thema zu erscheinen.

Oft kommen neue Patientinnen zu mir, die erzählen, sie hätten sich bereits an mehrere Therapeutinnen und Therapeuten gewandt, bevor sie mich aufsuchten. Sobald sie zu verstehen gaben, dass sie sich selbst verletzen, erwiderten die Therapeuten, sie hätten keinerlei Erfahrung mit dieser Thematik. Sie lehnten es deshalb ab, diese Menschen zu behandeln. Warum hat man sich mit dieser Störung in der Vergangenheit nicht eingehender befasst? Vielleicht weil dieses pathologische Verhalten auf Psychologinnen und Psychologen ebenso abstoßend wirkt wie auf die breite Öffentlichkeit.

1974, als ich begann, Menschen zu behandeln, die unter

Magersucht litten, rieten meine Kollegen, von denen die meisten Psychiater waren, davon ab. »Steve«, sagten sie zu mir, »Magersüchtige zu behandeln heißt doch nichts anderes, als in deiner Praxis ausschließlich mit selbstmordgefährdeten Leuten zu arbeiten.« Die Arbeit mit Magersüchtigen galt als dumm und war beängstigend zu einer Zeit, in der ein Therapeut sich für Patienten entscheiden konnte, die lediglich eine Analyse machen wollten – auf der Couch liegen und frei über die Kindheit nachdenken. Im Laufe der letzten 25 Jahre hat sich im therapeutischen Bereich ein ganz eigener Berufszweig entwickelt, der sich mit der Erforschung und Behandlung von Essstörungen befasst.

Doch abgesehen vom augenblicklichen Medienwert des Themas Selbstverletzung, das meistens als Sensation gilt und mit einer ungesunden Deutlichkeit abgehandelt wird, die lediglich dazu dient, Menschen Angst zu machen und abzustoßen, tappen wir in Bezug auf das Phänomen Selbstverletzung noch immer ziemlich im Dunkeln. Es ist noch viel Forschungsarbeit zu leisten. Unsere Hauptinformationsquelle werden die Menschen sein, die dieses Verhalten zeigten und zeigen: die Patientinnen und Patienten selbst.

Der therapeutische Berufszweig (ob mit oder ohne medizinischen Hintergrund) wird sich damit anfreunden müssen, mit Menschen, die sich in die Haut schneiden oder sich verbrennen, ausführlich zu sprechen. Therapeutinnen und Therapeuten werden sich daran gewöhnen müssen, ihre Patientinnen und Patienten aufzufordern, ihnen die Verletzungen zu zeigen, die sie sich zugefügt haben, die Wunden zu untersuchen und zu entscheiden, ob sie ärztlich behandelt werden müssen. All dies muss für die Behandlung selbstverständlich werden. In den meisten Fällen ist dafür nicht mehr medizinisches Wissen erforderlich, als in normalen Handbüchern zu finden ist.

Als Therapeutinnen und Therapeuten anfangen, Essstörungen zu behandeln, mussten sie sich gründlich informieren über Elektrolyt- und Herzwerte, Blutdruck, Körpertemperatur, Blutwerte und Organfunktionen. Außerdem mussten sie Be-

scheid wissen über das Zusammenspiel von Östrogenspiegel und Menstruation und das Verhältnis von Körpergewicht und Größe. Plötzlich sprachen sie mit ihren Patientinnen über intime Details der Körperfunktionen. Das war in früheren Therapien nur selten vorgekommen. Die Patientinnen und Patienten, mit denen wir jetzt zu tun haben, sind durch ihren Körper verwirrt und entstellen ihn vorsätzlich. Sie brauchen Therapeutinnen und Therapeuten, die über den Körper ihrer Klientel ebenso gut informiert sind und ebenso sicher damit umgehen wie mit psychischen Fragen.

Therapeutinnen und Therapeuten, die sich entscheiden, mit Menschen zu arbeiten, die sich selbst verletzen, müssen nicht nur mit den Folgen von Verhaltensweisen, die sich gegen den Körper richten, umgehen lernen, sondern auch mit der Tatsache, dass die Betroffenen sich den angerichteten Schaden *selbst zugefügt* haben. Ich vermute, dass wir alle mit *diesem* Aspekt die größten Schwierigkeiten haben.

Dank

Ich möchte mich an dieser Stelle für die große Hilfe bedanken, die ich von meiner Lektorin bei Norton, Jill Bialosky, bekommen habe, die für mich und die Leserinnen und Leser unermüdlich daran gearbeitet hat, dieses Buch so lesbar und verständlich wie möglich werden zu lassen. Mein Dank geht auch an Ann Adelman für ihr gründliches und sorgfältiges Lektorat und ihre wertvollen Vorschläge.

Anerkennen möchte ich auch die Unterstützung meiner Tochter Gabrielle Levenkron bei der Vorbereitung der ersten Fassung dieser Arbeit. Und danken muss ich meiner Agentin, Olga B. Wieser von Wieser and Wieser, die mich seit 20 Jahren betreut und mir unschätzbare Unterstützung und Rat hat zukommen lassen.

1

Die Krankheit

TEIL

Einleitung

Vor vielen Jahren erhielt ich eines Abends einen Anruf einer 17-jährigen Patientin, die ich wegen ihrer Depression und ihrer Alienation, einer besonderen Form der Psychose, behandelte. Die Stimme am anderen Ende der Leitung klang leer, müde und ausdruckslos.

»Hallo. Hier ist Eileen.* Meine kleine Schwester hört einfach nicht auf zu weinen.«

»Warum weint sie denn?«, fragte ich sofort.

»Sie weint, weil ich mich mit einem Küchenmesser in die Hand schneide und es sehr stark blutet und ich nicht aufhören will.«

Sie klang fast gelangweilt, während sie mir dies berichtete. Ich konnte mir überhaupt nicht vorstellen, was ihr Verhalten oder ihr Tonfall bedeutete. In meiner Unwissenheit (und einer gewissen Alarmbereitschaft) griff ich auf mein Pfadfinderwissen in erster Hilfe zurück.

»Wie lang ist der Schnitt?«

»Es sind drei Schnitte, jeder etwa gut zwei Zentimeter lang«, erwiderte sie mit der gleichen leeren Stimme.

»Und wie tief?«

»Nicht so tief. Vielleicht ein paar Millimeter.«

Sie wurde etwas lebhafter.

»Ich möchte, dass du die Schnitte mit Seife und Wasser auswäschst, sie trocknest und mit Wasserstoffperoxyd abtupfst; dann hört das Bluten auf. Und dann möchte ich, dass du jeden

*Sämtliche Namen in diesem Buch wurden verändert und Situationen verfremdet, um die Privatsphäre der Patientinnen zu schützen.

Schnitt fest mit einem Pflaster abdeckst und mich wieder anrufst, wenn du mit all dem fertig bist.«

Sie reagierte zustimmend. »Gut, mache ich.«

Eine halbe Stunde später rief sie mich wieder an und verkündete: »Ich habe alles gemacht, was Sie mir gesagt haben.«

»Tun die Schnitte weh?«

»Ein bisschen.«

»Hat deine Schwester aufgehört zu weinen?«

»Ja.«

»Wie alt ist sie?«

»Sieben.«

»Wann kommen deine Eltern zurück?«

»Wahrscheinlich ziemlich spät.«

»Es ist jetzt zehn Uhr. Warum bringst du sie nicht ins Bett? Anschließend gehst du auch schlafen, und wir werden morgen über all dies sprechen. Ich möchte, dass du nach der Schule um halb vier zu mir kommst.«

»Gut.«

Dieses »Gut« klang ein wenig ausdrucksvoller als die Zombiestimme zuvor. Das war ein gutes Zeichen, aber es war klar, dass ich über Eileens merkwürdiges Verhalten nachdenken und Kollegen konsultieren musste, bevor ich wieder mit ihr sprach.

Seit 1976 behandle ich Patientinnen, die sich selbst verletzen. Während ich mit immer mehr Fällen zu tun bekam, in denen sich Patientinnen in die Haut schnitten oder sich verbrannten, behielt ich meine Pfadfinderhaltung bei. Ich überlegte mir, dass ich mich hauptsächlich darauf konzentrieren musste herauszufinden, was dieses Verhalten für die Patientin bedeutete, so dass ich ihr helfen konnte, es zu verstehen und zu überwinden. Sie alle gaben unterschiedliche hypothetische Gründe für ihr Verhalten an.

Schon bald entdeckte ich schockiert, wie oft Psychiater bei ihren Patientinnen auf dieses Verhalten stoßen. Und doch reagierten die meisten darauf fast ebenso gleichgültig wie Eileen.

»Oje«, bekam ich zu hören, »noch eine, die ritzt. Das sind ziemlich kaputte Typen.«

»Kaputte Typen?«, dachte ich. Schrieben sie ihre Patientinnen einfach als hoffnungslos psychisch krank ab? Für mich war das Verhalten der Patientinnen ein Hinweis auf die Schwere ihrer emotionalen Störung und vielleicht auch auf die Schwere der *Ursachen* für diese Störungen.

Selbstverletzung ist ein Verhalten, das man bei emotional gestörten oder psychisch kranken Menschen nur allzu oft vorfindet, um das aber auch heute noch die entsprechenden Fachleute und die breite Öffentlichkeit einen weiten Bogen machen.

Ich habe drei Hauptgründe, diesem pathologischen Verhalten ein ganzes Buch zu widmen: Erstens möchte ich die Betroffenen ermutigen, sich aus ihrem emotionalen Versteck hervorzuwagen und sich zu erkennen zu geben. Zweitens möchte ich in therapeutischen Kreisen mehr Interesse wecken (und die Abscheu durchbrechen), damit das Thema gründlicher erforscht wird. Und schließlich ist es mein Wunsch, den Betroffenen, ihren Familien, Freunden und auch der allgemeinen Öffentlichkeit zu helfen, dieses Verhalten als das zu interpretieren, was es ist: eine Angst machende Barriere, die uns daran hindert, eine Person zu sehen, die sich verloren fühlt, die Schmerzen und das verzweifelte Bedürfnis nach Hilfe hat.

Dieses Buch macht seine Leserinnen und Leser mit der psychologischen Erfahrung von Menschen vertraut, die Erleichterung von seelischen Schmerzen und Qualen suchen, indem sie sich selbst körperlichen Schmerz zufügen – Menschen, die Trost darin finden, ihr eigenes Blut fließen zu sehen. Ebenso wie Anorexie und Bulimie sich in Verhaltensweisen äußern, die der breiten Bevölkerung anfangs völlig unverständlich erschienen und die später durch sorgfältige Untersuchungen dieser scheinbar bizarren Handlungsweisen Erklärungen fanden, wird auch das Vorgehen von Menschen, die sich selbst verletzen, Schritt für Schritt aufgedeckt. Selbst wenn manche vorgeschlagenen Umgangsweisen mit dieser psychischen Stö-

rung primär an Therapeutinnen und Therapeuten gerichtet sind, können Eltern, die dieses therapeutische Verhalten aufgreifen, die Genesung beschleunigen.

Auch wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt leider nur sehr wenige konkrete Zahlenwerte existieren, gibt es Hinweise darauf, dass der Prozentsatz von Menschen, die sich selbst verletzen, etwa dem der Personen entspricht, die unter Magersucht leiden – von 250 Mädchen eines.* Die Anzahl derer, bei denen Selbstverletzung zu dauerhaften Schäden führt, ist ebenso schwer herauszufinden. Und die Todesrate ist ebenso unklar, da es uns nicht möglich ist, zwischen Menschen, die als Selbstmörder diagnostiziert werden, und Personen, die aufgrund von Selbstverletzung sterben, zu unterscheiden. Die Ausdrucksweise in diesem Buch – wenn zum Beispiel von *Patientinnen* die Rede ist – spiegelt die Tatsache wieder, dass viel mehr Mädchen als Jungen dieses Verhalten zeigen. Ich möchte jedoch betonen, dass auch Jungen davon betroffen sein können.

Selbstverletzung ist kein neues Phänomen. So gibt es zum Beispiel zahlreiche historische Berichte von Selbstgeißelungen, die offensichtlich vorgenommen wurden, um sich von religiöser Schuld zu befreien. Christliche Geißler, sowohl aus dem Klerus als auch aus dem Volk, haben kurz nach dem Tode Christus' angefangen sich auszupeitschen, um Buße zu tun. Mitte des 13. Jahrhunderts entstanden in Italien sich selbst kasteiende Bruderschaften, die sowohl aus der breiten Bevölkerung als auch aus Geistlichen, aus Männern wie Frauen bestanden und deren Praktiken sich bis nach Deutschland und in die Niederlande verbreiteten. Die Heimsuchung des schwarzen

*Diese Zahl beruht auf einer informellen Untersuchung der Canadian Broadcasting Company, bei der 500 Schulpsychologinnen und -psychologen gefragt wurden, ob sie in den letzten Jahren Patientinnen beraten hätten, die sich selbst verletzen. Die so gewonnenen Informationen wiesen darauf hin, dass es an jeder Schule zwei bis drei entsprechende Personen gab.

Todes ließ die Angst vor Schuld und Sünde wachsen; doch etwa im 14. Jahrhundert verwehrte die moralische Korruption der Kirche es vielen religiös gestimmten Menschen, bei dieser Hilfe zu finden. Geißler suchten durch eigene Anstrengung das göttliche Urteil zu mildern, dem sie sich unterworfen glaubten, und bildeten Gruppen, die zu Fuß durch das Land zogen.

Wenn man diese Berichte liest, entdeckt man Parallelen zwischen dem damaligen mangelnden Glauben oder Vertrauen in die Kirche und dem geringen Vertrauen in die eigene Familie heutzutage. Vielleicht haben wir es hier mit einem generellen Abwehrmechanismus zu tun, bei dem Menschen immer schon Zuflucht gesucht haben, um einem Gefühl der Bedrohung zu entkommen – ob sie nun glauben, verdammt zu sein, oder ob sie emotionalen Qualen ausgesetzt sind.

Die größte Angst, die wir alle in uns tragen, ist die Angst vor uns selbst. Wir fürchten, wir könnten die Kontrolle über uns verlieren, gewalttätig werden und andere verletzen – besonders die Menschen, die wir am meisten lieben. Im Fernsehen und in der Zeitung stoßen wir immer wieder auf Berichte über Ehemänner, die ihre Frauen schlagen und umbringen, über Eltern, die ihre Kinder verprügeln und töten. Solche Nachrichten lassen uns alle erschauern. Wir wollen nicht glauben, dass Menschen wie wir zu solch schrecklichen Taten imstande sind.

Der potenzielle Impuls zur Selbstverletzung kann uns ebenso viel Angst einjagen wie die menschliche Fähigkeit, Gewalt gegenüber anderen auszuüben. Wenn wir die Wunden oder Narben eines Menschen sehen, der sich selbst verletzt hat, haben wir dann nicht einen Augenblick lang Angst, wir könnten uns ebenfalls selbst verletzen, indem wir unsere Haut mit einem scharfen Instrument bearbeiten? Die Vorstellung, willkürlich herbeizuführen, dass wir bluten, kann vielerlei und undurchsichtige Ängste wachrufen. Menschen, die sich selbst Schaden zufügen oder sich versehentlich töten, lösen in uns eine unangenehme Mischung aus Angst, Schuld, Ärger und Frustration aus.

Um Menschen, die sich selbst verletzen, verstehen und behandeln zu können, müssen wir uns selbst so gut kennen, dass wir denjenigen helfen können, die sich allein gelassen fühlen, ohne unsere eigenen Ängste mit den ihren zu vermischen. Jeder dieser Menschen, die sich selbst Schaden zufügen, hat eine andere Geschichte, ein anderes Motiv und befindet sich vor, während und nach der Selbstverletzung in einem anderen inneren Zustand. Als ihre Helferinnen und Helfer müssen wir unser eigenes inneres Unbehagen überwinden. Dieses Buch will dem beängstigenden Phänomen Selbstverletzung das Mysteriöse nehmen.

Was ist Selbstverletzung?

In Wörterbüchern wird Verletzung übereinstimmend beschrieben als »Akt, bei dem schwerer Schaden angerichtet wird, indem wesentliche Teile eines Ganzen abgeschnitten oder verändert werden.« Bei Selbstverletzung ist dieser »wesentliche« Teil, dem Schaden zugefügt wird, in den meisten Fällen die Haut, in die mit einem Messer oder einer Rasierklinge geschnitten oder die mit einem scharfen Gegenstand – Schere, Kronkorken usw. – geritzt wird. Manchmal wird die Haut auch verbrannt. Im Verlauf der Behandlung von Menschen, die sich selbst verletzen, habe ich gesehen, was ein heißer Wasserkessel, ein Streichholz oder eine brennende Zigarette dem Fleisch antun können. Manchmal wird die Haut auch mit einem Reinigungsmittel oder anderen scharfen Chemikalien verletzt.

Nur in seltenen Fällen ist die Verletzung lebensgefährlich, und die Wunden befinden sich meistens – wenn auch nicht immer – an Körperteilen, die sich leicht verbergen lassen. Da es die Haut ist, die verletzt wird, und nicht die Venen, Arterien, Sehnen oder Gelenke, beschränkt sich der langfristige Schaden meistens auf bleibende Narben.

Nichtsdestoweniger ist Selbstverletzung ein entsetzliches Verhalten, das grauenhafte kosmetische Folgen hat. Und eben weil dieser äußere Akt der Selbstzerstörung so extrem ist, ist es wichtig, ihn psychologisch zu untersuchen und die psychische und emotionale Verzweiflung aufzudecken, auf die er verweist.

Es ist wichtig zu verstehen, dass die verschiedenen Formen von Selbstverletzung nicht ein Teil von Gruppenritualen oder modischen Verhaltensweisen unter Jugendlichen sind. Viel-

mehr stellen sie eine individuelle Psychopathologie dar: eine psychische Krankheit. Im Kontext dieses Buches ist die augenblickliche Mode des Piercings, sei es an Ohren, Nase, Brustwarzen, Nabel, Genitalien, Augenbrauen oder Zunge, keine Selbstverletzung. Dieses Verhalten fällt, auch wenn es einige abstoßen mag, in die Kategorie von Jugendtrends (einschließlich größerer und schockierenderer Tätowierungen). Auch wenn dieses Verhalten keine individuelle Psychopathologie darstellt, kann es für die Eltern des Jugendlichen psychopathologische Folgen haben.

Der Grund dafür, dass ich zwischen scheinbar ähnlichen Verhaltensweisen deutlich unterscheide – und das eine als »krank«, das andere als »töricht« bezeichne –, besteht darin, dass sie völlig verschiedene Ursprünge haben. Im »kranken« Verhalten manifestiert sich eine schwere psychische Krankheit, während das »törichte« Verhalten bestimmten, sozial akzeptierten Normen folgt. Die psychologischen Motivationen, die den jeweiligen Handlungsweisen der beiden Gruppierungen zugrunde liegen, sind sehr verschieden, was auch für die konkrete Erfahrung des Einzelnen gilt, der Eingriffe an seiner Haut vornimmt.

Hier ist ein Vergleich von konventioneller Diät im Gegensatz zur Anorexia nervosa (Magersucht) hilfreich. Die meisten von uns haben, wenn sie eine Diät machen, ein Mangelgefühl und sind gereizt. Eine magersüchtige Person hingegen, die freiwillig hungert, verspürt Befriedigung, auch wenn sie Schmerzen hat und sich möglicherweise in Lebensgefahr befindet.

Wenn jemand beschließt, einen Körperteil zu piercen oder tätowieren zu lassen, empfindet er diese Eingriffe als schmerzhaft und unangenehm. Manche Leute fühlen sich dabei sogar ziemlich elend, aber das ist Teil des »Geschäfts«: Wenn sie die Tätowierung wollen, müssen sie eben den Schmerz erdulden. Eine Person, die sich selbst verletzt, befindet sich dagegen meistens in einem Trancezustand und sucht den Schmerz und das Blut. Sie denkt kaum darüber nach, wie ihre Haut später

aussehen wird. Ein Mädchen, das sich selbst verletzt, handelt nicht nach den Normen einer bestimmten Gruppe: Sie plant ihr Vorgehen nicht, sondern ist überwältigt von dem Zwang, so handeln zu müssen, und folgt dabei keiner bewussten Absicht. Sie *sucht* bei ihrer Selbstverletzung den körperlichen Schmerz – der den noch schmerzlicheren psychischen Zustand übertüncht.

In der Einleitung habe ich ein 17-jähriges Mädchen beschrieben, das mich anrief, um mir zu sagen, dass seine Schwester nicht zu weinen aufhöre. Wie Sie sich erinnern, erzählte mir Eileen, meine Patientin, dass ihre jüngere Schwester weine, weil Eileen sich mit einem Messer in die Hand schnitt und blutete. Eileen spielte zu der Zeit den Babysitter für ihre Schwester. Vielleicht erinnern Sie sich auch noch daran, dass ihre Stimme tonlos und uninteressiert klang. Es war fast, als sähe sie sich einen langweiligen Film an und gäbe ihren Kommentar dazu ab. Die Art und Weise, wie sie berichtete, spiegelte in keiner Weise wider, was da tatsächlich vor sich ging. Ihre Stimme klang überhaupt nicht wie die eines Mädchens, das sich mit einem Küchenmesser zum Bluten brachte.

Wir könnten sagen, dass Eileen zu der Zeit den Kontakt zur Realität verloren hatte, mit Sicherheit zur Realität ihrer Verantwortung gegenüber ihrer jüngeren Schwester. Sie war auch weit entfernt von der Realität ihres Handelns und ihrer Gefühle zu dem, was sie sich selbst antat. Eileen ließ jede emotionale Reaktion auf das, was da passierte, vermissen.

Ganz gleich, ob wir in Bezug auf Eileens Zustand von einem *Realitätsverlust*, *psychotischem Verhalten* oder einer *dissoziativen Störung* sprechen, die geschilderte Szene begründet ein schwer gestörtes psychiatrisches Verhalten. Dies muss vorhanden sein, damit das Kriterium für *Selbstverletzung*, wie ich den Begriff in diesem Buch definiere, erfüllt ist. »Schwer gestörtes Verhalten« bedeutet nicht hoffnungslos, besagt aber, dass es sehr viel Zeit, konzentrierter Aufmerksamkeit und einer intensiven emotionalen Verbindung zwischen Helfer und betroffener Person bedarf, um die Störung zu beheben.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird Selbstverletzung offiziell noch nicht als Störung anerkannt und findet deswegen in der 4. Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, Anm.d.Ü.) keine Erwähnung.* Obwohl kurz als Verhalten genannt, das manchmal auch bei Borderline-Störungen auftritt, wird es lediglich in seiner Eigenschaft als Merkmal einer umfassenderen Störung zitiert. Wenn ich die Begriffe *Merkmal* und *Störung* in diesem Buch benutze, schreibe ich der Selbstverletzung den gleichen Stellenwert zu, wie die diagnostische Literatur ihn obsessiv-zwanghaften Störungen (vor allem der Trichotillomanie, dem Ausreißen der eigenen Haare) beimisst.

In ihren schwersten pathologischen Formen kann Selbstverletzung mit Hilfe der folgenden diagnostischen Kriterien klassifiziert werden:

- wiederholtes Verletzen der eigenen Haut durch Schneiden oder Verbrennen,
- ein Gefühl der Anspannung unmittelbar vor dem entsprechenden Handeln,
- der körperliche Schmerz geht einher mit Gefühlen von Entspannung, Befriedigung und einer angenehmen Betäubtheit,
- das Gefühl von Scham und Angst vor sozialer Ächtung bewirkt, dass der Betroffene versucht, Narben, Blut oder andere Anzeichen für das selbstzerstörerische Verhalten zu verbergen.

*Dieses Versäumnis des *Diagnostic and Statistical Manual*, ein schweres, körperlich gefährliches und manchmal lebensbedrohliches psychisches Verhalten als Störung zu betrachten, bedeutet, dass klinische Bemühungen, das Problem zu verstehen, in Gefahr sind, weiterhin als zweitrangig zu gelten. Für die Betroffenen und ihre Familien bedeutet das, dass die meisten auch weiterhin leiden werden.

Worauf hier natürlich (wie bei den meisten psychiatrischen Definitionen) nicht eingegangen wird, sind Fragen wie »Warum kommt es zu solch einem gestörten Verhalten?«, »Was bedeutet es?« und »Was sagt es über andere, parallel existierende Persönlichkeits- oder Gefühlsstörungen aus?«

Wie bei vielen anderen Störungen und Merkmalen für diese Störungen lautet die Antwort auf diese Fragen, dass wir all das erst wissen können, wenn wir das betroffene Individuum gründlicher begreifen, statt unser Augenmerk lediglich auf dessen selbstzerstörerisches Verhalten zu richten.

Unsere erste Aufgabe besteht also darin, den Akt der Selbstverletzung zu interpretieren. Zeigt sich darin eine Liebe zum Schmerz? *Genießt* die betroffene Person den Schmerz? Ist ihr Verhalten zu vergleichen mit *Masochismus*, bei dem der Schmerz Selbstzweck ist? Nein. Selbstverletzendes Verhalten ist etwas anderes. Wir müssen uns in eine solche Person hineinversetzen, um zu verstehen, welchen persönlichen Wert und welche persönliche Bedeutung der Schmerz für sie birgt. Wenden wir uns als Beispiel dem Bericht einer weiteren Patientin zu.

Annikas Geschichte

»Ich war allein zu Hause. So für mich zu sein, war sowohl wunderbar als auch schrecklich. Ich wanderte durch die Zimmer, glücklich darüber, dass sie alle leer waren. Niemand konnte an mir herumrörgeln, mich stören oder mir Angst machen. Ich fühlte mich sicher. Nachdem ich eine Stunde lang in Zeitschriften geblättert hatte, begann ich mich zu ängstigen, ohne genau sagen zu können, wovor. Ich wollte die Angst weg haben. Ich versuchte mir einzureden, dass alles in Ordnung sei; in der Schule klappte es, mein Oboenspiel lief gut, ich wurde zu Partys eingeladen. Aber die Angst verschwand nicht. Ich schlug meine Stirn gegen die Wand meines Zimmers. Mein

Kopf brannte, aber nur für einen Augenblick. Als das Brennen verschwand, wusste ich, dass ich etwas brauchte, das länger anhielt. Es musste so lange dauern, dass, wenn es abgeklungen war, auch mein Gefühl von Bedrohung verschwunden war und nicht zurückkehren würde, jedenfalls eine ganze Zeit lang nicht.

Ich verließ mein Zimmer und ging in die Küche. Diesmal schlich ich nicht einfach so herum. Ich betrachtete die Messer auf dem Ständer, als würde ich ganz gemütlich in einem Laden einkaufen. Diesmal gab es kein Davonstehlen in die Damentoilette mit einer kleinen Schere. Ich spürte, wie die Angst sich weigerte, mich zu verlassen, aber ich wusste, ich konnte mich auf der Stelle davon befreien. Ich wählte das scharfe Sägemesser, das wir für Tiefgefrorenes benutzen. Die Zacken dieses Messers würden die unregelmäßigsten, größten Schnitte von allen machen. Sie würden am heftigsten wehtun, am stärksten bluten und am längsten brauchen, um zu heilen. Ich würde ganz langsam schneiden, um aus jedem Millimeter so viel Schmerz wie möglich herauszuholen.

Ich setzte das Messer an der Unterseite meines linken Unterarms an; die Stelle war leicht zu verbergen. Und ich konnte die Schnitte leicht als Folge eines Unfalls erklären, bei dem ich gefallen war. Langsam führte ich einen gut zwei Zentimeter langen Schnitt durch. Ich glaubte spüren zu können, wie jede einzelne Zacke des Messers in die Haut schnitt und kleine Hautfetzen losriss.

Ich empfand keinen Schmerz. Es war wie eine Betäubungsspritze beim Zahnarzt, die den Schmerz zum Verschwinden bringt, auch wenn die Nadel ›piekst‹, sobald der Zahnarzt sie ansetzt. Und weil ich den Schmerz kontrollierte, hatte ich dabei auch keine Angst. Also ist es vielleicht gar kein wirklicher Schmerz.

Als ich mit dem Schnitt fertig war, floss ein schöner Strahl Blut seitlich über meinen Unterarm und tropfte in ein zusammengefaltetes Papierhandtuch. Der Strahl war dunkelrot und dick, aber ich wollte mehr sehen, also beugte ich meinen

Arm und der Strahl teilte sich in drei Rinnsale, die fast acht Zentimeter breit meinen Unterarm überschwemmten und ihn rot färbten.

Mehr brauchte ich nicht zu sehen. Die Angst und das Gefühl von Bedrohung waren verschwunden. Ich wusch meinen Arm unter dem Wasserhahn kalt und brachte die Blutung mit Wasserstoffperoxyd zum Stoppen. Dann legte ich eine Mullbinde an, die ich mit einem Heftpflaster befestigte. Ich ging wieder ins Bett und schlief ein. Als ich morgens aufwachte, brauchte ich zwei Stunden, um mich an die Einzelheiten zu erinnern, obwohl ich wusste, was ich getan hatte.«

Ich konnte sehen, wie Annikas Stimmung sich veränderte, während sie diesen Vorfall erzählte. Als sie beschrieb, wie sie sich schnitt und blutete, ging sie in einen tranceähnlichen Zustand über, als ob sie all das noch einmal durchlebte. Diese Art Trancezustand ist typisch für Menschen, die sich selbst verletzen. Ich bat Annika, mir zu erzählen, was diese Erfahrung für sie bedeutete, welchen Wert sie für sie hatte. Sie sagte: »Das war wie Medizin für meine Ängste.«

Annikas Erklärung führte mich zur Frage, warum dieser selbst auferlegte Schmerz und das Bluten sich für sie wie Medizin anfühlten. Die meisten Menschen, die sich selbst verletzen, haben ähnliche Erklärungen für das »Lohnenswerte« ihres Verhaltens. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass der Schmerz irgendwann in der Vergangenheit einmal mit Vorstellungen von Zuhause und Wohlbefinden verbunden war. Solche Assoziationen – Schmerz, der ein Wohlgefühl hervorruft – sind den meisten von uns fremd.

Es ist wichtig, sich daran zu erinnern, dass Menschen meistens das Vertraute, Wiederholte suchen, statt auf Neues aus zu sein. Wenn das Vertraute zufällig schmerzlich oder schädlich war, hält uns das selten davon ab, es zu wiederholen. Sonst würden wir niemals Dinge tun, die unserer Gesundheit, unserem Wohlbefinden, unserem finanziellen Wohlergehen und unseren gesunden Beziehungen schaden – vor allem dann

nicht, wenn uns deren Schädlichkeit *bewusst* ist. Wenn das Vertraute absurd ist, dann sucht die Person das Absurde. Ein solches Verhalten bezeichnen wir als *Störung*.

Shilas Geschichte

Nehmen wir den Fall von Shila, deren Vater ihr Nähe und Unterstützung entzog, als sie in die Pubertät kam und ihre Brüste sich entwickelten. Sowie sie das Jugendalter erreichte, wich ihr Vater ihr aus. Er verweigerte ihr seine Zuneigung, kommunizierte und sprach generell nicht mehr mit ihr. Vielleicht hatte er den Eindruck, dass ihre frühere Form von Kontakt jetzt, wo Shila ein Teenager war, nicht mehr angemessen war, aber die Folge war, dass sie sich von ihrem Vater bestraft und allein gelassen fühlte. Ihre Reaktion bestand darin, dass sie sich fortan wie ein Junge anzog, kein Make-up benutzte und sich in die Brüste schnitt, ihrem Körper und dem Einsetzen der Pubertät die Schuld daran gebend, dass ihr Vater sie mied.

Die Angst, die Shila empfand, aber an nichts festmachen konnte, beruhte darauf, dass ihr Vater sich von ihr zurückzog. Shilas einzige Möglichkeit, ihre Furcht zu ersticken, bestand darin, unbewusst die Ursache für seinen ebenfalls unbewussten Rückzug zu attackieren. Dieses Verhalten und die Verlassensängste, die es verursachten, gehören zu den Dingen, über welche kaum ein Teenager sprechen kann, sei es innerhalb der Familie oder außerhalb. Ohne verbales Ventil verstärkte sich Shilas Verhalten und entwickelte ein Eigenleben mit der entsprechenden Energie und den entsprechenden Erklärungen.

Selbstverletzung als Protest

Um noch genauer definieren zu können, was Selbstverletzung ist, sollten wir uns einmal anschauen, was *nicht* zu diesem Verhalten gehört.

Maria agierte in ihrer Familie bewusst aus, indem sie ihre Erfolge und ihr Wohlbefinden für sich behielt, um ihre überfürsorglichen Eltern zu bestrafen. Solange sie krank war, in der Schule zurückblieb und in ihren Freundschaften Schwierigkeiten hatte, wurde sie von ihren Eltern mit viel Unterstützung und Aufmerksamkeit belohnt. Je mehr Fürsorge sie zu Hause erfuhr, desto weniger war sie imstande (und desto stärker war ihre Angst), außen stehenden Menschen zu begegnen. An diesem Punkt empfand Maria sehr viel Groll auf ihre Eltern *und* auf deren Liebe.

Wenn dieser Ärger in ihr hochstieg, verstärkte Maria ihren Einsatz. Sie täuschte Krankheit vor, und wenn sie daraufhin fürsorglicher behandelt wurde (was wiederum ihren Groll verstärkte), verhielt sie sich immer extremer – fiel absichtlich hin oder schnitt sich sogar selbst in die Haut. Doch ihre Selbstverletzung war ein lautstark verkündeter Protest gegen ihre Familie. Sie hielt sie nicht geheim und hasste ihr Verhalten; sie gab sämtlichen Familienmitgliedern Schuld an ihrer Verletzung. Selbst ihre Schnittverletzungen waren eine bewusste Manipulation und sollten ihrer Familie Angst machen.

Maria befand sich in einer feindseligen Abhängigkeit von ihrer Familie, die es ihr immer schwerer machte, mit der übrigen Welt zurechtzukommen. Da ihr Verhalten jedoch auf andere abzielte, war es nicht typisch für die Menschen, die sich selbst verletzen. Maria war untypisch für das Spektrum der Personen, die sich selbst Schaden zufügen; diese handeln in diesem Bereich nicht bewusst und zielgerichtet.

Diagnostische Faktoren

Wenn wir mehr über Selbstverletzung erfahren, stoßen wir auf neue diagnostische Unterkategorien, die auf bestimmten zusätzlichen Faktoren beruhen:

- andere psychische Gesundheitsprobleme,
- Häufigkeit und Schwere der Selbstverletzungen,
- interne Stressfaktoren im Gegensatz zu äußeren,
- der innere Zustand der Patientin bei Ausübung dieses Verhaltens (betrifft die Frage, ob der Person zum entsprechenden Zeitpunkt bewusst ist, was sie tut) und
- die typischen Persönlichkeitsstörungen, die einen Menschen dazu führen, so zu handeln.

Dieses Verständnis ist ausschlaggebend für die Entscheidung, welche Behandlung im jeweiligen Fall am hilfreichsten ist, und damit auch für die Prognose oder Genesungschance.

Das Phänomen selbstzerstörerischen Handelns

Wie fühlt es sich an, wenn Sie sich willentlich schneiden, bis Sie Schmerz empfinden und die Wunde zu bluten beginnt? Welche Gründe sollten Sie haben, das zu tun? Was macht dieses Schmerzerleben mit Ihnen oder was erledigt es für Sie? Diese Fragen stellt sich jeder Mensch, der sich selbst verletzt, mitten in seiner Verzweiflung und Scham. Antworten darauf gibt es viele und sie haben zahlreiche verschiedene Bedeutungen.

»Danke, das habe ich jetzt wirklich gebraucht« – diesen Satz haben wir alle schon einmal in Film und Fernsehen gehört. Manchmal ist er ernst, manchmal aber auch witzig gemeint. Er verweist auf Situationen, in denen ein Mensch »sich hinreißen lässt«, überreagiert, außer sich gerät und hysterisch wird und letzten Endes die Kontrolle verliert. Und in dieser Standard-szene gibt es immer eine zweite Person, die dem Menschen, der die Fassung verloren hat, heftig ins Gesicht schlägt. Auf diesem Weg gewinnt er seine Haltung wieder und bedankt sich bei seinem Gegenüber für den schmerzvollen, verblüffenden Schlag – so das Klischee.

Den meisten von uns ist ein solcher Schlag ins Gesicht verständlich. Doch die Vorstellung, uns in die eigene Haut zu schneiden und angesichts von Schmerz und Blut Erleichterung zu empfinden, kommt uns absolut fremd vor. Normalerweise suchen wir bei Schmerzen Abhilfe, indem wir zu Beruhigungsmitteln greifen, uns ablenken oder betäuben, nicht aber, indem wir noch mehr Schmerz suchen. Es scheint paradox, mit Hilfe stärkerer Schmerzen Erleichterung von Schmerz zu suchen, paradox, den Anblick des eigenen Blutes als Erleichterung zu

empfinden. Und doch ist das genau der Mechanismus, mit dem die Person, in deren Welt es nur die Wahl zwischen der einen oder anderen Art von Schmerz gibt, Abhilfe sucht.

Es gibt viele Erklärungen dafür, dass ein Mensch so sonderbare und eng beschränkte Wege einschlägt. Sie alle verweisen jedoch auf Lebensumstände, die sich von den meisten gesunden Kindheitserfahrungen, Gefühlen und Entwicklungen radikal unterscheiden.

Wie ich bereits betont habe, suchen wir alle das Vertraute. Wenn wir Glück haben, sind unsere früheren Erfahrungen in der Familie angenehm, und wir sind unterstützt sowie freundlich und liebevoll behandelt worden. Im ungünstigen Falle jedoch hat man uns vernachlässigt, ist gefühllos mit uns umgegangen, hat uns bestraft und missbraucht. Als Kinder sind wir nicht imstande, die Erwachsenen und ihr Verhalten uns gegenüber zu beurteilen. Wir kämen niemals auf die Idee, dass unsere Eltern oder andere enge Bezugspersonen Fehler machen könnten. Würden sie etwas falsch machen, dann müssten wir daraus den Schluss ziehen, dass unsere Eltern inkompetent sind und uns allein lassen. Die Angst vor dem Verlassenwerden ist die größte Angst des Kindes. Sie geht noch weit über die Angst vor dem Tod hinaus, die für ein Kind im besten Falle etwas sehr Abstraktes ist.

Wäre ein Kind fähig, das Verhalten von Vater oder Mutter als »falsch« zu bezeichnen, dann müsste es damit auch akzeptieren, dass seine Eltern unfähig sind. Das wiederum wäre emotional gleichbedeutend damit, überhaupt keine Eltern zu haben. Und weil Eltern der einzige Schutz für das Kind sind, heißt keine Eltern zu haben, diesen Schutz und das entsprechende Gefühl von Sicherheit zu verlieren.

Wenn ein Kind mit seinen Eltern unangenehme oder schmerzliche Erfahrungen macht und von diesen vernachlässigt wird, akzeptiert es den Schmerz und nimmt an, dass das Verhalten der Eltern gerechtfertigt ist, da sie im »Recht« sein müssen. Es kann nur sich selbst die Schuld daran geben, dass es mit dem Schmerz nicht zurechtkommt, denn der Schmerz



Steven Levenkron

Der Schmerz sitzt tiefer

Selbstverletzung verstehen und überwinden

eBook

ISBN: 978-3-641-09716-5

Kösel

Erscheinungstermin: Oktober 2012

Warum sich so viele Menschen selbst verletzen

Anhand anschaulicher Fallbeispiele skizziert der amerikanische Psychotherapeut Steven Levenkron das immer häufiger zu beobachtende Phänomen der Selbstverletzung. Vorwiegend Frauen leiden oft im Stillen und richten wie bei der Magersucht oder Bulimie bestehende Aggressionen in zerstörerischer Weise gegen sich selbst. Die einzige Möglichkeit, sich selbst zu spüren und seelischen Schmerz vergessen zu können, sehen die Betroffenen darin, sich willentlich mit Messern, Scherben, Rasierklingen oder brennenden Zigaretten zu verletzen.

Einfühlsam und verständlich beschreibt Steven Levenkron die Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen, die Merkmale, Hintergründe und Wege der Bewältigung dieses zunächst rätselhaft erscheinenden Verhaltens.