

## 16. Autoaggressionen und Suizidalität

### 16.1. Autoaggressivität

#### ■ Definition und Klassifikation

Autoaggressivität (automutilatio) oder Selbstbeschädigung sind direkte Schmerz- und Gewaltanwendungen, die gegen den eigenen Körper gerichtet sind. Sie werden in der ICD-10 unter F98.4 als stereotype Bewegungsstörungen aufgeführt, worunter willkürliche, wiederholte stereotype, nicht funktionale und oft rhythmische Bewegungen, die nicht Teil einer anderen psychischen oder neurologischen Erkrankung sind, verstanden werden. Stereotypien kommen mit und ohne Selbstbeschädigung vor. Sie treten am häufigsten in Verbindung mit Intelligenzminderung auf (die dann gesondert klassifiziert werden muss). Vorsätzliche Selbstbeschädigungen werden ferner unter X60-84 detailliert aufgeführt. Einzelsymptome wie Nägelkauen, Daumen- oder Fingerlutschen, Nasebohren können gesondert unter F98.8 kodiert werden.

#### ■ Epidemiologie

Einfache Stereotypien wie das Hin- und Herwenden mit dem Kopf oder dem Körper (jactatio capitis et corporis) kommen gar nicht so selten auch als passageres Symptom bei gesunden Säuglingen vor (15-20 %). Etwa 3 % der Vorschulkinder sollen ausgeprägte Bewegungsstereotypien aufweisen, Jungen häufiger als Mädchen. Im Grundschulalter sollen sie noch in etwa 5 % auftreten. Nägelbeißen ist ein relativ häufiges Symptom (22 % der 8jährigen, 41 % der 13jährigen und 24 % der 18jährigen), wobei Mädchen besonders belastet sind. Bewegungsstereotypien in bizarr anmutenden Ausformungen (Fächern und Wedeln mit den Händen, Kratzen, Beißen und Schlagen von Körperteilen, komplexe Bewegungsrituale, Augenbohren, besonders bei blinden Kindern) finden sich häufig bei Intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen sowie bei psychotischen oder deprivierten Kindern. Genauere epidemiologische Daten werden in der Literatur nicht angegeben.

#### ■ Klinisches Bild

##### Typische Fallbeispiele

Ein 12jähriger autistischer Junge (Kanner-Syndrom) biss sich unvermittelt und ohne dass ein erkennbarer Anlass gegeben war, heftig in den rechten kleinen Fingerballen, der deswegen immer wieder ärztlich versorgt werden

musste. Desweiteren zeigte er Bewegungstereotypien in Form von Jaktationen, Wedeln mit beiden Händen vor den Augen, Tänzeln und Trippeln, Ritualen, während derer er mit den Händen Gegenstände rhythmisch beklopfte, Haare drehen und ausreißen.

Ein 15jähriges Mädchen, das an einer manisch-depressiven Erkrankung litt, zog sich durch mutwilliges Eintauchen der Finger in konzentrierte Salpetersäure solch schwere Verätzungen zu, dass zwei Finger amputiert werden mussten. Dies geschah während einer schweren depressiven Episode, während der sie auch starke Suizidimpulse äußerte. Sie gab an, dass sie sich so schlecht und schuldig vorkam, dass sie sich "etwas antun musste".

Ein 5jähriges Mädchen, das schwer depriviert war (die Mutter ließ sie als Prostituierte manchmal tagelang allein, versorgte sie nur mangelhaft mit Essen und Kleidung und ließ die Wohnung verwahrlosen; der Vater, ein deprivierter Alkoholkranker, hatte die Familie im zweiten Lebensjahr des Mädchens verlassen), biss sich häufig so heftig in die Wangenschleimhaut, dass diese blutete und abgekaut war, und zog sich durch spitze Gegenstände schwere Verletzungen an beiden Unterarmen, am Oberschenkel und am Gesicht zu. Als das Kind vom Jugendamt aufgefunden wurde, hatten sich die Wunden ausgedehnt infiziert und es musste stationär ärztlich versorgt werden. Der Mutter wurde das Sorgerecht entzogen und das Kind in eine Pflegefamilie gegeben. Hier bildeten sich die Autoaggressionen relativ rasch zurück.

Ein 12jähriger geistig behinderter Junge, der in einem Heim hospitalisiert war, schlug abends vor dem Einschlafen sowie auch während der Nacht mit seinem Kopf so heftig gegen die Bettkanten, dass das ganze Bett geräuschvoll gegen die Wand schlug und die anderen Kinder im Zimmer nicht schlafen konnten. Er zog sich dadurch häufig Prellungen und Kopfplatzwunden zu. Als Abhilfe wurde ihm nachts ein gepolsterter Helm aufgesetzt und das Bett am Boden festgeschraubt. Durch abendliche Gaben von Tranquilizern ließ sich das Symptom nur unbefriedigend beeinflussen.

Automutilationen können zu z.T. schweren Verletzungen und Verstümmelungen führen, wie auch in den Fallbeispielen genannt. Durch exzessives Nägelkauen oder -abreißen (auch der Zehennägel), durch Pulen und Reißen an der Nagelhaut kann dies zu chronischen superinfizierten Wunden führen, die nicht abheilen, da ständig an ihnen manipuliert wird. Auch durch extremes Nasebohren kann es zu Schleimhautbeschädigungen kommen, die zu Superinfektionen neigen oder auch zu

Hauteinrissen an den Nasenlöchern. Durch Haarredrehen oder Haarausreißen (Trichotillomanie) können ausgedehnte kahle Stellen am Kopf entstehen, die an das Bild einer Alopecia areata erinnern. Manchmal werden diese Haare auch heruntergeschluckt, was dann zur Bildung eines Trichobezars (Haarknäuel im Magen) mit z. T. beträchtlichen Ausmaßen führen kann (Abb. 16.1). Das Daumen- und Fingerlutschen führt in der Regel nicht zu Selbstbeschädigungen und ist im Kleinkindalter und Vorschulalter relativ verbreitet. Es können daraus jedoch erhebliche Zahnfehlstellungen resultieren (protrusio maxillaris) oder es kommt zu Hautaufweichungen oder Hornhautbildung, die sich auch entzünden können.

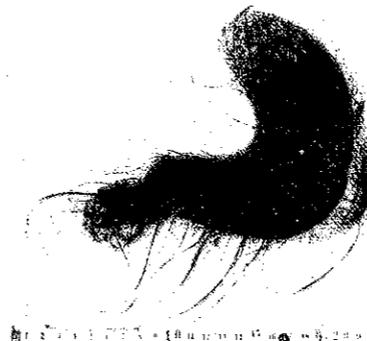


Abb. 16.1: Trichobezoar aus dem Magen eines 12jährigen Mädchens mit exzessiver Trichotillomanie und Verschlucken der Haare.

Wie ausgeführt werden Bewegungsstereotypien mit und ohne Selbstbeschädigungen am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen beobachtet. Schwere Autoaggressionen mit Selbstverstümmelungstendenzen finden sich beim Lesch-Nyhan-Syndrom, einer X-chromosomal rezessiv vererbten Störung des Purinstoffwechsels, wobei es zu einer Harnsäureüberproduktion mit schwerer motorischer und geistiger Behinderung kommt. Diese Kinder fügen sich fast obligat schwere Verletzungen an der Zunge, den Lippen, Fingern und Zehen und den Armen zu.

#### ■ Diagnose

Die Diagnose gründet sich auf sorgfältige Eigen- und Familienanamnese unter Zuhilfenahme von Kindergarten-, Schul- oder Heimberichten (Verhaltensbeobachtung). Bei Intelligenzgeminderten, autistischen und psychotischen Kindern und Ju-

gendlichen können die Phänomene direkt in der Untersuchungssituation bzw. im Stationsalltag beobachtet werden. Bei reaktiven Stereotypien sollten anamnestisch genau die auslösenden Faktoren bzw. die auslösende Situation (z.B. Müdigkeit, Einschlafen, Langeweile, Nichtbeachtung, Trennung von der Bezugsperson, Frustrationen u. ä.) erfragt werden.

#### ■ Differentialdiagnose

- Tics (F95)  
Diese sind nicht rhythmisch, meist sind ganze Muskelgruppen betroffen, und sie sind unwillkürlich
- Stereotypien, die Teil einer tiefgreifenden psychischen Erkrankung sind (tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie Kanner-, Asperger-, Rett-Syndrom)
- Bewegungsstörungen infolge einer neurologischen oder anderen körperlichen Erkrankung (R25-27)
- Zwangsstörungen (F42)
- Trichotillomanie (F63.6)
- Nägelbeißen, Nasebohren, Daumenlutschen (F98.8)

#### ■ Ätiopathogenese

Die Ätiopathogenese ist angesichts der Vielfalt des Patientengutes uneinheitlich. *Schwer geistig behinderte Kinder und Jugendliche* haben aufgrund ihrer begrenzten kognitiven Fähigkeiten auch begrenzte Möglichkeiten, eigene Körpervorgänge bzw. die Körperfühlsphäre und das Körperschema zu erfassen. Sie können nur unvollkommen Zusammenhänge zwischen Schmerz und Schmerzauslöser erkennen, zumal bei vielen eine verminderte Schmerzempfindlichkeit besteht. Möglicherweise können sie durch Schmerz- und Gewaltanwendung gegen den eigenen Körper sich ihrer selbst gewahr werden. Nicht zu vernachlässigen ist auch, dass sie durch ihre Handlungen und Stereotypien die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich ziehen und dadurch vermehrte Zuwendung erhalten, was einer Verstärkerfunktion gleichkommt. Diskutiert wird auch, dass Bewegungsstereotypien lustgetönt sind und zu einer Spannungsabfuhr führen. Bei geistig Behinderten wird von einigen Autoren angenommen, dass möglicherweise kör-

pereigene Opiate und dopaminerge Mechanismen ätiologisch eine Rolle spielen.

Bei *normal intelligenten Jugendlichen* ist unter psychodynamischen Gesichtspunkten davon auszugehen, dass Autoaggressionen daraus resultieren, dass aggressive Triebimpulse vom Kind nicht zugelassen oder gewagt werden und diese dann gegen das eigene Selbst umgeleitet werden. Gelegentlich werden autoaggressive Handlungen auch demonstrativ begangen, z.B. bei jugendlichen Strafgefangenen, die Fremdkörper schlucken, sich offene Wunden beibringen, die sich dann entzünden u.a. Sie verfolgen damit meist eine erhöhte Zuwendung und Aufmerksamkeit oder erhoffen sich durch Verlegung auf die Krankenstation Vorteile, indem sie Anforderungen oder sozialen Belastungen ausweichen. Nicht zu übersehen ist, dass Automutilationen häufig vor dem Hintergrund subjektiver Angst, Verzweiflung und Ausweglosigkeit entstehen. In anderen Fällen reagieren Kinder bei Müdigkeit, Unterstimulation, Stress, Zurückweisung, Vernachlässigung oder Trennung mit Bewegungstereotypien, die dann eine lustbetonte und entspannungsfördernde Funktion haben.

#### ■ Therapie, Verlauf, Prognose

Die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Bewegungstereotypien mit und ohne Selbstbeschädigung richtet sich nach der Ursache und dem Schweregrad. Während *passagere Phänomene* im Säuglings- bis zum Schulalter häufig ohne therapeutische Intervention wieder sistieren, werfen ausgeprägte Stereotypien und Selbstbeschädigungen bei *geistig behinderten, autistischen oder psychotischen Kindern* wegen derer Persistenzneigung erhebliche Probleme auf. Es werden teilweise gute Erfolge berichtet, wenn man diese Kinder daran hindert, ihre Stereotypien auszuüben und sie kurzfristig für einige Minuten in einen Extraraum (time-out) bringt, entsprechend einem verhaltenstherapeutischen Konzept der positiven oder negativen Verstärker. Durch vermehrte Zuwendung und äußere Stimulation können die Symptome zumindest kurzfristig günstig beeinflusst werden. Bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Selbstverletzungstendenzen müssen manchmal vorübergehend Manschetten oder gepolsterte Sturzhelme angewandt oder Verbände angelegt werden, sowie auch der Einsatz von Tranquilizern, Neuroleptika, Carbamazepin oder Lithiumsalzen

erwogen werden. Körperliche Fixierungen und hochdosierte sedierende Medikamente sind keine Dauerlösung und sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Teilweise werden auch sogenannte aversive Methoden der Verhaltenstherapie, wie z.B. elektroaversive Stimulation oder Ammoniakinhalationen propagiert, was wir ethisch jedoch nicht für vertretbar halten. Dennoch ist nicht zu verkennen, dass die Therapie ausgeprägter Selbstbeschädigungen bei geistig Behinderten die Familie oder die Betreuer in einer Institution und den Arzt vor erhebliche Probleme stellen, die im Einzelfall zu meistern sind.

Die Symptomatik bei *psychogen bedingten Störungen* ist durch Erziehungsberatung, psychotherapeutische und ergänzende sozialpädagogische Maßnahmen oft günstiger zu beeinflussen. Bei deprivierten Kindern und Jugendlichen sind die pathogenen sozialen Noxen nach Möglichkeit abzubauen, ggfs. unter Einschaltung jugendamtlicher oder vormundschaftsrichterlicher Maßnahmen mit dem Ziel einer Fremdplacierung. Kinder im Vorschul- und Schulalter, die exzessiv am Daumen lutschen oder Nägel kauen, sind oft mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Vertrag schließen, positive Verstärkerliste) mit gutem Erfolg zu behandeln. Früher vielfach propagierte aversive Verfahren (Bepinseln der Hände mit bitteren Substanzen, Anlegen von Manschetten oder Verbänden) sollten nur dann kurzfristig angewandt werden, wenn es zur Ausbildung von infizierten Wunden gekommen ist und das Kind von seiner Gewohnheit nicht lassen kann. Zu vermeiden ist in jedem Fall, dass die Kinder für ihr Verhalten bestraft werden.

Die Prognose von Bewegungstereotypien und Selbstverletzungen ist von der Grundkrankheit abhängig. Verlässliche Zahlen zur Prognose liegen daher nicht vor.

- Da zu na su
- Di ak für ne M
- Be ist
- Be ch m sc st

Suizi  
ICD  
Mor  
unte  
den  
vers  
Selb  
Erst  
sivst  
scha  
Höh  
gens  
fahr  
(84),  
des  
gefü  
erla  
vers  
rasu  
zun  
zeic  
tung

In d  
von  
Har