

Selbstverletzendes Verhalten

Ursachen, Erscheinungsformen und Hilfsmöglichkeiten
aus der subjektiven Sicht Betroffener

Christin Dubrow

Christin Dubrow

Selbstverletzendes Verhalten, Ursachen,
Erscheinungsformen und Hilfsmöglichkeiten
aus der subjektiven Sicht Betroffener

Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Christin Dubrow
Selbstverletzendes Verhalten, Ursachen, Erscheinungsformen und
Hilfsmöglichkeiten aus der subjektiven Sicht Betroffener

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag
Alle Rechte vorbehalten
© 2007 ZKS-Verlag
Cover-Design: Leon Reicherts
ISBN 978-3-934247-18-5

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
Mönchswiesenweg 12 A
96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de
www.zks-verlag.de
Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSEG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche
Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg,
Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN
Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

Die Autorin

Christin Dubrow, geb. 1982, studierte Sozialarbeit/Sozialpädagogik an der Alice – Salomon – Fachhochschule Berlin mit dem Schwerpunkt Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen unter dem besonderen Aspekt des (sexuellen) Missbrauchs.

Derzeitiges Studium der „Klinischen Sozialarbeit“ (MA), Berlin/Coburg, voraussichtlicher Abschluss 2009.

Berufliche und praktische Erfahrungen:

Tätigkeit als Dipl. Sozialarbeiterin/ Dipl. Sozialpädagogin in einer Kriseneinrichtung für junge Volljährige in Berlin, umfangreiche Erfahrungen im Bereich der Qualitätsentwicklung, Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit, Arbeitsschwerpunkte: Krisenintervention, Substanzmittelmissbrauch, (sexueller) Missbrauch.

Abstract

Selbstverletzendes Verhalten kann Menschen in allen (sozial-) pädagogischen und therapeutischen Arbeitsbereichen begegnen. Noch immer nehmen viele ExpertInnen (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen etc.) dieses Phänomen nicht richtig wahr oder stehen diesem hilflos gegenüber. Menschen, die selbstverletzendes Verhalten ausüben, stoßen daher zum Teil in ihrem Umfeld auf großes Unverständnis.

Mögliche Hintergründe und der gesellschaftliche Kontext, in dem Selbstverletzung stattfindet, sind zentrale Punkte der Arbeit. In diesem Zusammenhang werden die Erkenntnisse von Theorie und Praxis aus der Arbeit mit sich selbstverletzenden Menschen wiedergegeben. Die Darstellung von Selbstverletzung anhand von Interviews mit betroffenen Frauen soll dazu beitragen, den Kontext der Handlung zu verstehen.

Der **erste Teil** der Arbeit wird das Phänomen „Selbstverletzendes Verhalten“ aus theoretischer Sicht beschreiben. Zu Beginn kläre ich zentrale Begrifflichkeiten und gehe dann zur Ursachenforschung über. Nach einer kritischen Beleuchtung dieser, folgt ein Exkurs in geschlechtsspezifischen/gesellschaftlichen Bedingungen und Ursachen. In diesem Kontext wird die Selbstverletzung als Reaktion unterschiedlichster Erfahrungen untersucht. Abschließend werden Selbstverletzungspraktiken, Abläufe von Selbstverletzung und einige Hilfsmöglichkeiten dargestellt.

Im **zweiten Teil** der Arbeit werden drei, von Selbstverletzendem Verhalten betroffene Frauen dieses Phänomen aus ihrer ganz persönlichen Sicht des Erlebens und Fühlens schildern. Damit möchte ich SVV in seinem individuellen Erleben und seiner Emotionalität transparenter für Außenstehende machen, sodass diese Arbeit auch in der (sozial-) pädagogischen Praxis Anwendungsmöglichkeiten bietet.

*„Ein Scheiß Kreis!
Wenn ich traurig bin,
dann schließ ich mich ein
und tu mir weh.*

*Wenn ich Schmerzen hab,
dann geh ich zur Küche
und esse was.*

*Dann ist mir schlecht,
weil es zu viel war.*

*Wenn ich kotze,
dann überlege ich,
warum mein Leben so verkorkst ist.*

*Wenn ich merke,
dass ich allein dran Schuld bin,
dann werde ich traurig...
und so fängt alles von vorne an.“¹*

¹ Gedicht der Interviewpartnerin Alexandra

Inhaltsverzeichnis

<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	10
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	11
<i>Einleitung</i>	12
<i>Der Weg zum Thema</i>	14
<i>1. Selbstverletzendes Verhalten - eine Einführung</i>	15
1.1 Selbstverletzendes Verhalten - Begriffsfindung	15
1.2 Selbstverletzung - eine begriffliche Zuordnung	16
1.3 Wer verletzt sich selbst? / Epidemiologie	19
1.4 Formen der Selbstverletzung	22
<i>2. Ursachenforschung Selbstverletzenden Verhaltens</i>	24
2.1 Selbstverletzendes Verhalten Funktion	24
2.1.1 Erfahrungshintergründe	24
2.1.2 Störungen in der kindlichen Entwicklung	25
2.1.2.1 Vernachlässigung (Deprivation)	26
2.1.2.2 Körperliche Misshandlung	28
2.1.2.3 Sexueller Missbrauch	29
2.1.3 Lerntheoretische Aspekte	30
2.1.4 Lernen am Modell	30
2.2 Ursachen und gesellschaftliche Bedingungen von Selbstverletzendem Verhalten bei Frauen	31
2.2.1 Geschlechtsspezifische Sozialisation, gesellschaftliche Bedingungen und Aggressionsverhalten	32
2.2.2 Autoaggression als typisch „weibliches“ Verhalten	34
<i>3. Der Körper als Kommunikationsmittel</i>	35
3.1 Die Haut	36
3.2 Narben als Symbol	38
3.3 Symbolische Bedeutung des Blutes	39
<i>4. Verlaufphasen der Selbstverletzung</i>	41
4.1 Der Auslöser für die Selbstverletzung	41
4.2 Emotionale Situation unmittelbar vor der Selbstverletzung	42
4.3 Emotionen und Schmerzempfindung während der Selbstverletzung	43
4.4 Emotionale Situation im Anschluss an die Selbstverletzung	44
<i>5. Therapiemöglichkeiten bei Selbstverletzendem Verhalten</i>	45
5.1 Physische Therapieformen	46
5.1.1 Medizinische Intervention	46
5.1.2 Medikation	46

5.2 Psychologische Therapieformen	47
5.2.1 Verhaltenstherapie	47
5.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie	48
5.2.3 Familienorientierte Therapie	48
5.2.4 Traumazentrierte Therapie	49
5.3 Spezialtherapie für Frauen: Das Bristol - Modell	49
5.4 Ergänzende Therapieformen	50
5.4.1 Körpertherapien	50
5.4.2 Atemtherapie	50
5.4.3 Gestalttherapie	50
5.5 Selbsthilfegruppen	51
5.6 Inwiefern können Sozialarbeiter auf dem Weg zur richtigen Therapie unterstützen?	51
6. <i>Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen - ein Handlungsfeld Sozialer Arbeit</i>	52
6.1 Grundsätze für die sozialpädagogische Arbeit mit sich selbstverletzenden Frauen	52
6.1.1 Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Klientin und SozialpädagogInnen	53
6.1.2 Vermittlung einer ganzheitlichen Wahrnehmung	55
6.1.3 Akzeptanz von Selbstverletzendem Verhalten als Symptom bzw. Überlebensstrategie	55
6.1.4 Förderung von Beziehungskompetenzen	56
6.1.5 Förderung der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Grenzen	57
6.2 Leitlinie zur Fürsorge der eigenen Gefühle für den Sozialpädagogen	58
7. <i>Fragestellung und methodisches Vorgehen</i>	59
7.1 Thematische Vorüberlegungen	59
7.2 Die Interviewpartnerinnen	60
7.3 Methodenauswahl	62
7.3.1 „Das problemzentrierte Interview“ - eine methodische Alternative	63
7.3.2 Die Instrumente des problemzentrierten Interviews	64
7.3.3. Die Aufbereitung der Daten	69
7.3.3.1 Die zusammenfassende Transkription	69
7.3.3.2 Die Konstruktion deskriptiver Systeme	73
7.3.4 Die Auswertung - “Die qualitative Inhaltsanalyse”	73
7.3.5 Die Rückkopplung	75
8. <i>Vorstellung der Interviewpartnerinnen</i>	76
8.1 Alexandra	76
8.2 Beatrice	77
8.3 Caroline	79
9. <i>Auswertung</i>	80
9.1 Das erste Mal	80
9.2 Erfahrungshintergründe	81
9.3 Funktionen von Selbstverletzendem Verhalten	82

9.4 Selbstverletzendes Verhalten als Suchtverhalten _____	86
9.5 Selbstverletzendes Verhalten als Ritual _____	87
9.6 Gruppenzwang _____	88
9.7 Familiäre Sozialisation _____	89
9.8 Gefühle vor der Selbstverletzung _____	91
9.9 Gefühle während des Schneidens _____	93
9.10 Gefühle nach der Selbstverletzung _____	94
9.11 Formen von Selbstverletzendem Verhalten _____	96
9.12 Bislang erfahrene Hilfsmöglichkeiten _____	98
<i>10. Diskussion der Interviews mit der aktuellen Literatur _____</i>	<i>101</i>
10.1 Das Erste Mal _____	102
10.2 Erfahrungshintergründe _____	103
10.3 Funktionen von Selbstverletzendem Verhalten _____	106
10.4 Gefühle vor der Selbstverletzung _____	108
10.4.1 Selbstverletzendes Verhalten als Suchtverhalten _____	109
10.4.2 Rituelles Vorgehen _____	111
10.5 Gefühle und Schmerzempfindung während der Selbstverletzung _____	112
10.6 Gefühle nach der Selbstverletzung _____	113
10.7 Formen von Selbstverletzendem Verhalten _____	115
10.8 Therapiemöglichkeiten aus der Sicht meiner Interviewpartnerinnen _____	117
10.8.1 Autogenes Training _____	118
10.8.2 Kognitive Verhaltenstherapie _____	118
10.9 Persönliche Entwicklung _____	119
10.10 Freizeitaktivitäten _____	121
10.11 Reaktionen der Umwelt _____	122
10.12 Gefühl der Akzeptanz _____	123
<i>11. Fazit _____</i>	<i>125</i>
<i>Literaturverzeichnis _____</i>	<i>128</i>
<i>Erklärung _____</i>	<i>133</i>

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
Dr.	Doktor
ebd.	ebenda
E-mail	electronic mail
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
f.	folgend (e)
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
kg	Kilogramm
km	Kilometer
o.ä.	oder ähnliche (s)
Prof.	Professor
S.	Seite (n)
sog.	sogenannt (e/en)
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
u.a.	unter anderem / und andere
u.ä.	und ähnliche (s)
überarb.	überarbeitet
usw.	und so weiter
u.v.m.	und vieles mehr
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Abb. 1: Begriffsklärung Selbstverletzendes Verhalten	7
Abb. 2 Überblick der Ergebnisse über die Häufigkeit und Verbreitung der Selbstverletzung	10
Abb. 3 Leitfaden	54
Abb. 4 Beispiel für eine Zusammenfassung	59

Einleitung

Grundsätzlich kann Selbstverletzendes Verhalten (im Folgenden auch kurz: SVV) Menschen in allen (sozial-) pädagogischen und therapeutischen Arbeitsfeldern begegnen. Die Formen der Selbstverletzung können sehr vielfältig sein. Noch immer nehmen viele ExpertInnen (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen etc.) sie nicht richtig wahr, verharmlosen sie, werten sie ab oder stehen ihnen hilflos gegenüber. Menschen, die Selbstverletzung ausüben, stoßen zum Teil in ihrem sozialen Umfeld auf großes Unverständnis. Die starken Emotionen, welche durch die Konfrontation mit Selbstverletzendem Verhalten ausgelöst werden können, sind Ekel, Ablehnung, Fassungslosigkeit, Wut, Hilflosigkeit usw.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Selbstverletzendem Verhalten von Frauen. Die möglichen Hintergründe von Frauen, die sich selbst verletzen, und der gesellschaftliche Kontext, in dem Selbstverletzung stattfindet, sind zentrale Punkte der Arbeit. Die Betrachtungsweise unterschiedlicher Aspekte für die Handlung der Frauen, ein geschlechtsspezifischer Ansatz und die Darstellung von Selbstverletzung anhand von Interviews soll dazu beitragen, den Kontext der Handlung zu verstehen. Dabei stellt sich Selbstverletzendes Verhalten als nicht ursächlich psychiatrisches Symptom dar. Diese Arbeit soll die Erkenntnisse von Theorie und Praxis aus der Arbeit mit sich selbstverletzenden Menschen wiedergeben. Damit soll gezeigt werden, welche Ausdrucksformen Selbstverletzendes Verhalten annehmen kann und welche möglichen Ursachenkontexte bisher erkannt wurden. Außerdem sollen Ansätze aus der (sozial-) pädagogischen und therapeutischen Arbeit aufgezeigt werden, die bei der Überwindung der Selbstverletzung hilfreich sein können.

Der **erste Teil** dieser Arbeit wird das Phänomen „Selbstverletzendes Verhalten“ aus theoretischer Sicht beschreiben. Zu Beginn kläre ich zentrale Begrifflichkeiten und gehe dann zur Ursachenforschung über. Diese beleuchte ich kritisch, um dann auf die geschlechtsspezifischen/gesellschaftlichen Bedingungen und Ursachen von Selbstverletzung einzugehen. In diesem Kontext werde ich Selbstverletzungen als Reaktion unterschiedlichster Erfahrungen untersuchen. Abschließend stelle ich Selbstverletzungspraktiken, den Ablauf von Selbstverletzungen und einige Hilfsmöglichkeiten dar.

Im **zweiten Teil** der Arbeit werden drei, von Selbstverletzendem Verhalten betroffene Frauen dieses Phänomen aus ihrer ganz persönlichen Sicht des Erlebens und Fühlens schildern. Damit möchte ich SVV in seinem individuellen Erleben und seiner Emotionalität transparenter für Außenstehende machen, sodass die Arbeit auch für die Praxis Anwendungsmöglichkeiten bietet. Ich werde hierbei die vorangegangenen Interviews spezifisch auf meine Fragestellungen aus und werde in Folge dessen meine Ergebnisse diskutieren. Diese entstandenen Forschungsergebnisse setzen eine qualitative Methodik voraus, welche ich zuvor erläutern werde. In diesem Kontext werde ich die Definition von Selbstverletzendem Verhalten jedoch eingrenzen. Da vielfältige Erscheinungsformen und Definitionen existieren, werde ich mein Forschungsvorhaben auf bestimmte Verhaltensweisen zentrieren. Die Definition, welche ich in der Auswertung und der anschließenden Diskussion verwenden werde, beinhaltet nur solche Arten der Selbstverletzung, die eine direkte und absichtliche Verletzung des Körpers zum Ziel und zur Folge haben. Das heißt, dass ebenfalls selbstschädigende bzw. den Körper verletzende Verhaltensweisen wie Rauchen, Piercing, Tätowieren, ungesunde Lebensweise im engeren Sinne nicht einbezogen werden. Ich möchte in diesem Kontext jedoch noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass auch diese Verhaltensweisen in den verschiedenen Erscheinungsformen von SVV nicht ausgeschlossen sind. Dieses werde ich im theoretischen Teil dieser Arbeit dokumentieren.

Da sich die Arbeit geschlechtsspezifisch mit dem Selbstverletzenden Verhalten von Frauen beschäftigt, beziehen sich meine Ausführungen in erster Linie auf Frauen. Wenn dies nicht der Fall ist, kennzeichne ich dies explizit durch die Nennung der weiblichen und männlichen Formen. Analog dazu verwende ich in manchen Fällen die Schreibweise mit den großen „I“, z.B. bei PatientInnen.

Ich erhebe mit dieser Arbeit nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Die Thematik des Selbstverletzenden Verhaltens ist zu komplex, um in mit all ihren Facetten berücksichtigt zu werden. Den Schwerpunkt meiner Arbeit lege ich auf die Erläuterung und späteren Auswertung kontextbezogener Zusammenhänge von Selbstverletzendem Verhalten. Dabei stütze ich mich vielfach auf eigene Arbeitserfahrungen, Recherchen und auf meine Studienkompetenzen.

Der Weg zum Thema

Während meines Studiums übte ich begleitend eine Tätigkeit als pädagogische Mitarbeiterin im Treberhaus Schöneberg aus. Diese Institution ist eine Kriseneinrichtung für junge Heranwachsende zwischen 18-25 Jahren, welche sich in einer akuten Krise befinden und kurzfristig (in der Regel bis zu drei Monaten) eine Unterbringung benötigen. Dieses beinhaltet einen intensiven Betreuungsschlüssel, welcher sich im Treberhaus Schöneberg in einer konstanten 24-Stunden-Betreuung wiederfindet. Zum Teil werden Jugendliche aus der Psychiatrie in unsere Einrichtung vermittelt. Viele haben einen familiären Hintergrund, welcher von emotionaler, körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt gezeichnet ist. In Zusammenarbeit mit den Jugend- und Sozialämtern sowie weiteren Institutionen wird versucht, die Jugendlichen in ihrer momentanen Lebenssituation zu unterstützen, zu stabilisieren und gemeinsam neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Die Betreuung erfolgt durch SozialpädagogInnen in Zusammenarbeit mit pädagogischen MitarbeiterInnen, welche sich noch im Studium befinden. Während meiner dortigen Tätigkeit wurde ich oftmals mit Selbstverletzenden Verhaltensweisen konfrontiert. Meistens waren dies weibliche Klientinnen, welche sich exzessiv, manchmal täglich mit Rasierklingen und anderen scharfen Gegenständen selbst verletzten. Eines der Mädchen (Alexandra) wurde von uns über mehrere Monate betreut. Daraus entwickelte sich ein intensives Betreuungsverhältnis.

Auch wenn ich bereits von Selbstverletzendem Verhalten gehört hatte, so war ich dennoch schockiert und verunsichert, als ich zum ersten Mal damit konfrontiert wurde. Auch vereinzelte, unsichere Reaktionen meiner KollegInnen machten deutlich, wie unbekannt und erschreckend das Thema Selbstverletzung zu sein scheint. So begann ich mich intensiv nach Literatur umzusehen, welche mir die Selbstverletzung als Reaktion verschiedener Erlebnisse näher brachte. Aufgrund meines wachsenden Interesses diesbezüglich befragte ich unsere KlientInnen immer wieder nach ihren Motivationen. So entstand die Idee, eine Forschungsarbeit über dieses Thema zu schreiben.

Selbstverletzendes Verhalten - eine Einführung

Selbstverletzendes Verhalten - Begriffsfindung

Selbstverletzendes Verhalten wurde schon von SIGMUND FREUD beschrieben², somit scheint SVV kein neuzeitliches Phänomen darzustellen. Zu allen Zeiten und quer durch sämtliche Kulturen haben sich Menschen selbst verletzt. Meist geschah dies heimlich und war mit Scham besetzt. Seit Anfang der 90er Jahre entdeckte man in Fachkreisen und auch in den Medien, dass Selbstverletzendes Verhalten ein ernstzunehmendes Problem darstellt.

In der Fachliteratur konnte bislang keine einheitliche Terminologie vorgenommen werden. Dadurch kommt es immer wieder zu Verwirrungen bei der Zuordnung bestimmter Verhaltensweisen zu genau definierten Symptomen, da diese zu individuell vorgenommen werden. SVV wird aus verschiedenen Blickwinkeln beschrieben bzw. definiert und allein darin werden schon die Unterschiede erkennbar.

Dermatologen sprechen z.B. von „Kutanen Artefakten“³, „Para-Artefakten“ oder „Dermatitis facticia“.⁴ In der psychiatrischen und psychologischen Literatur werden u.a. folgende Begriffe verwendet: „Autoaggressionen“⁵, „Selbstverstümmelnde Verhaltensweisen“⁶, „Selbstdestruktives Verhalten“⁷, „(offenes) Selbstverletzendes Verhalten“.⁸ ULRICH SACHSSE, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, präferiert die Bezeichnung „Selbstverletzendes Verhalten“ und begründet dies folgendermaßen: „Damit ist eine deskriptive, emotional nicht befrachtete Benennung möglich.“⁹

² vgl. Freud, 1923 und 1924

³ vgl. Gieler & Effendy & Stangier, 1987

⁴ vgl. Janus 1972; Gieler, 1994

⁵ vgl. Möller & Praag

⁶ vgl. DSM- III- R

⁷ vgl. Streeck-Fischer 1991

⁸ vgl. Brezowsky, 1985; Wewetzer & Friese & Warnke, 1997; Herpertz, 1995; Resch & Karwautz & Schuch & Lang, 1993; Sachsse, 1989b, 1995a, 2000; Tameling, 1996

⁹ Sachsse, 1995a, S. 32

Selbstverletzung - eine begriffliche Zuordnung

Wie bereits erwähnt, existiert in der Literatur und in der Forschung ein breites Spektrum von Begriffen, welche das Phänomen der Schädigung am eigenen Körper umschreiben.

Selbstverletzungen sind Verhaltensweisen, „*die zu unmittelbarer und eindeutiger Verletzung führen*“¹⁰, so die Definition von COX et.al.

Selbstverletzungen sind im psychiatrischen Bereich schon lange keine unbekannte Erscheinung mehr. Bei Borderline-Patienten, Personen mit multipler Persönlichkeit oder schizophren Erkrankten wurden immer wieder autoaggressive Episoden beobachtet.

So verwendet GUNTHER KLOSINSKI, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, in seinen Arbeiten den Begriff „Automutilation“¹¹ und definiert ihn wie folgt: „*Unter Automutilation versteht man das Verletzen des eigenen Körpers, das Gewebeschädigungen zur Folge hat, wobei ein Suizid nicht angestrebt wird.*“¹²

Der Begriff „Automutilation“ leitet sich nach KLOSINSKI dabei aus dem griechischen und lateinischen Sprachgebrauch ab: „autos“ (gr.) – „selbst“ und „mutilare“ (lat.), „ein Stück abschneiden von etwas, verkleinern, verstümmeln“.¹³ Im anglo - amerikanischen Sprachraum wird hierfür der gleichwertige Begriff „self - mutilation“¹⁴ verwendet.

Diese Begriffsbestimmungen beziehen sich explizit auf die Verletzungen des Körpers. Des weiteren gibt es Definitionen, welche Selbstverletzendes Verhalten als letztes Glied einer Vielzahl von Verhaltensweisen sehen.

So u.a. SMITH, der Selbstschädigung als Kontinuum vieler unterschiedlicher Verhaltensweisen sieht, angefangen von Glatze rasieren, kosmetischen Operationen und Piercings, mit der nachfolgenden Stufe der indirekten Selbstschädigung wie Rauchen, übermäßiges Essen, Drogenkonsum und am Ende das Selbstverletzende Verhalten als, „*[...]die freiwillige Schädigung des eigenen Körpergewebes, ohne die bewusste Absicht, Selbstmord zu begehen.*“¹⁵ Viele Schädigungen des Körpers, wie das Auszupfen von

¹⁰ Cox et. al., 2001, S.16

¹¹ vgl. Klosinski, 1999, S.14

¹² vgl. ebd., S. 15

¹³ vgl. ebd., S. 15

¹⁴ vgl. ebd., S. 14

¹⁵ vgl. Smith, 2000, S. 11- 12

Härchen, Schönheitsoperationen und Piercing sind gesellschaftlich akzeptiert und erwünscht.¹⁶

HILSENBECK unterscheidet in ihrer Definition vier verschiedene Formen der Selbstverletzung: *„Ich unterscheide geistige (mentale), emotionale, physische und interaktionale Formen von Autoaggression („Autoaggression“: „autos“ aus dem griech. „selbst“, demnach Aggression, die gegen sich selbst gerichtet wird.). Diese stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang und können einander bedingen oder verstärken.“*¹⁷

Selbstverletzung und Autoaggression stehen hierbei synonym nebeneinander. Körperliche Formen der Selbstverletzung sind das Schneiden in die eigene Haut, aber auch Essstörungen und Suchtverhalten. Emotionale Selbstverletzung tritt z.B. in Form der Unterdrückung von eigenen Wünschen und Bedürfnissen auf. Mentale Selbstverletzungen sind z.B. Abwertung des Selbst, Selbstverachtung. Unter interaktionalen Formen versteht man jene, in denen andere Personen mit einbezogen werden, um die eigene Selbstverletzung zu erreichen.¹⁸

Auch ECKHARDT unterscheidet verschiedene Formen des Selbstverletzenden Verhaltens: kulturell verankerte, alltäglich akzeptierte und krankhafte Selbstverletzung. Unter die kulturell verankerten und/oder akzeptierten Formen der Selbstverletzung fallen nach ECKHARDT: *„[...] alltägliche, indirekte selbstschädigende Verhaltensweisen wie Extremsportarten oder extremes Diäthalten“*¹⁹ aber auch *„selbstschädigende Moderichtungen [...] Schönheitsideale verschiedener Kulturen, insbesondere auch in unserer westlichen Kultur, wie Schönheitsoperationen, Bodybuilding und andere Veränderungsmethoden des Körpers [...]“*²⁰ Bei den sogenannten krankhaften Formen der Selbstverletzung unterscheidet ECKHARDT zwischen offener und heimlicher Selbstschädigung. Die heimliche Selbstschädigung ist das Vortäuschen oder das willentliche Hervorrufen von Krankheitssymptomen, wobei das Ziel zunächst die Einnahme der PatientInnenrolle ist. Als Subgruppen davon werden das „Münchhausen-Syndrom“²¹ und das „erweiterte Münchhausen-Syndrom“²² genannt.

¹⁶ vgl. Smith/ Cox/ Saradjian, 2000, S. 15

¹⁷ Hilsenbeck, 1998, S. 105

¹⁸ vgl. Hilsenbeck, 1998, S. 105

¹⁹ Eckhardt, 1994, S. 14

²⁰ ebd., S. 13

²¹ Hierbei steht das Erfinden, Verschlimmern und Erzeugen von Krankheitssymptomen, um die Patientenrolle einzunehmen, im Vordergrund. Es werden dabei hochstaplerische Geschichten und Erklärungen mit falschem Namen und Biographien erzählt. Die Betroffenen suchen immer wieder neue Behandlungszentren auf und brechen Behandlungen ab. Das gesetzte Ziel, Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, verbinden sie mit Stolz.

Die offene Selbstschädigung versteht ECKHARDT, „[...] als Erkrankung, bei der sich der Betroffene wiederholt selbst verletzt.“²³ Es wird nunmehr deutlich, welche Vielfalt von Interpretationen, Definitionen und Begrifflichkeiten, genauso wie eine Vielzahl von Begrifflichkeiten es für das Phänomen Selbstverletzendes Verhalten gibt. Die Unterschiede in den Definitionen machen sich vor allem bemerkbar in der Eingrenzung oder der Ausdehnung des Begriffs „Verletzung“ und der Definition des „Selbst“. In einem sind sich jedoch alle einig: „Alle Patienten haben schwere Störungen des Körperbildes.“²⁴ SACHSSE u.a. berichten, dass bei mindestens zwei Drittel aller Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten klare Kindheitstraumata zu finden sind.²⁵

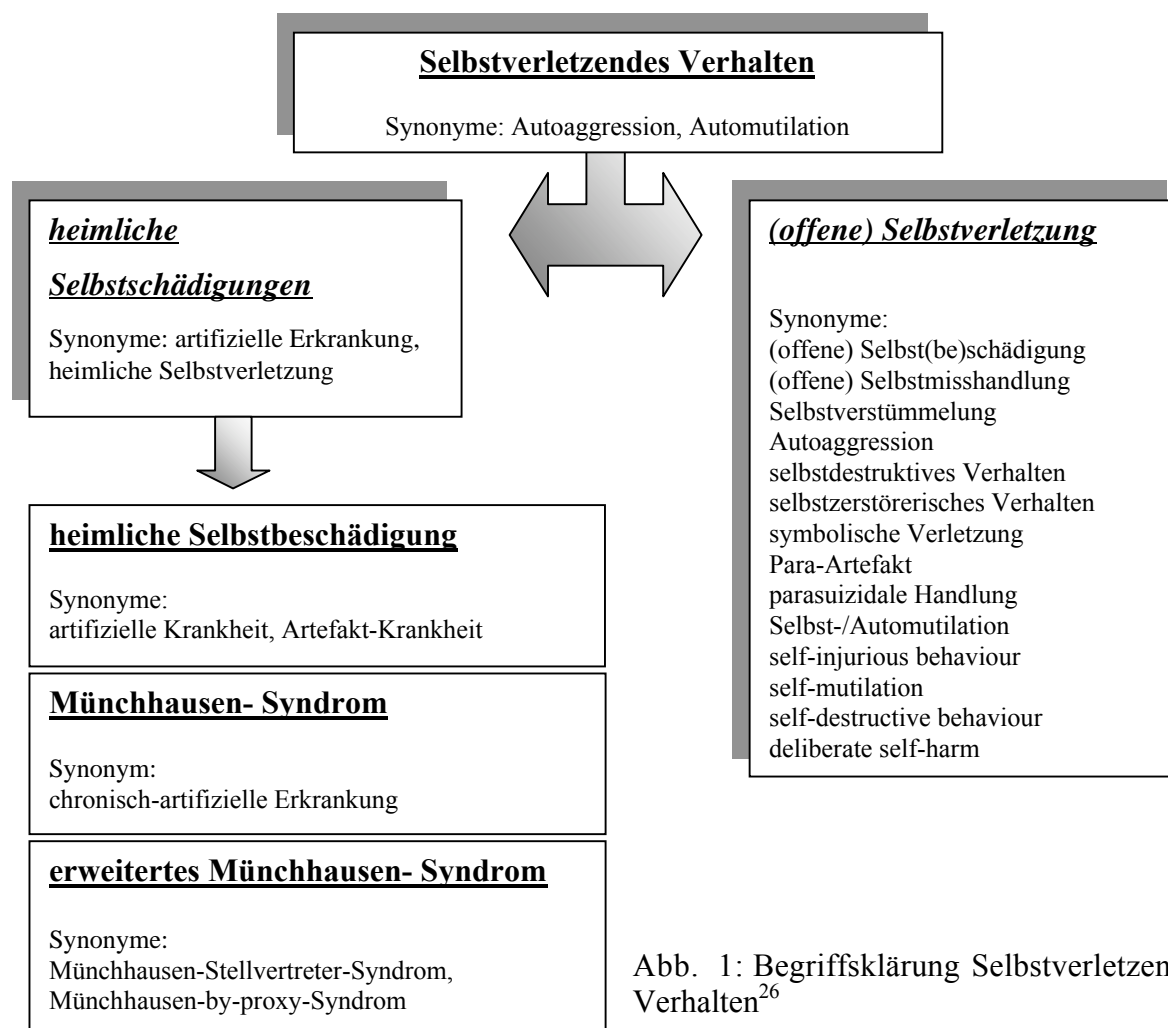


Abb. 1: Begriffsklärung Selbstverletzendes Verhalten²⁶

²² Das erweiterte Münchhausen-Syndrom (Münchhausen-by-proxy-Syndrom) wird als eher seltene Krankheit beschrieben. Bei der Steigerungsform vom Münchhausen-Syndrom werden vor allem Mütter, welche an ihren Kindern Krankheitssymptome vortäuschen, verstärken oder künstlich erzeugen, beschrieben. Es handelt sich hierbei um eine Sonderform der Kindesmisshandlung. Mütter, welche die eigentlichen Patienten wären, wenden verschiedenste Methoden an, um über die Behandlung ihrer Kinder Zuwendung und Hilfe zu bekommen.

²³ ebd., S. 78

²⁴ Sachsse, 1997, S. 37

²⁵ vgl. Sachsse/Esslinger/Schilling, 1997, S. 12

Dem weiteren Verlauf der Arbeit liegen zwei Begriffe zu Grunde: Autoaggression bzw. autoaggressive Handlungen und Selbstverletzendes Verhalten. Den Begriff „Selbstverletzendes Verhalten“ nutze ich im Verlauf dieser Arbeit bezugnehmend auf das Verhalten, welches im Zufügen von direkten Verletzungen am eigenen biologischen Körper besteht. Ich folge mit meiner Wortwahl und Definition von Selbstverletzendem Verhalten COX et.al. (2001).²⁷

Die Verwendung des Ausdrucks „Selbstverletzendes Verhalten“ empfinde ich dabei als eine eher vorurteilsfreie Betrachtungsweise. Andere Begriffe wie Selbstdestruktion, Autoaggression, Selbstschädigung, Selbstverstümmelung, die man in großer Anzahl in der Literatur findet, implizieren bereits eine der selbstverletzenden Handlung zu Grunde liegende Motivation. So lässt sich z.B. Selbstdestruktion interpretieren als Wunsch nach Zerstörung des „Selbst“ (Wert der eigenen Persönlichkeit). Selbstschädigung könnte bedeuten, dass es vordergründig darum geht, sich selbst zu schaden, wobei der Begriff Schaden be- und verurteilende (emotionale) Bewertungen zulassen kann.

Unter autoaggressivem Verhalten verstehe ich die gesamte Bandbreite der Möglichkeiten, die ein Mensch hat, um sich selbst Schaden zuzufügen. Somit fasse ich die von HILSENBECK genannten mentalen, emotionalen, physischen und interaktionalen Formen der Selbstverletzung unter dem Überbegriff Autoaggression zusammen. Selbstverletzendes Verhalten wird damit im Sinne der folgenden Arbeit zu einem Ausdruck von vielen autoaggressiven Verhaltensweisen.

Wer verletzt sich selbst? / Epidemiologie

Es gestaltet sich schwierig, genaue Aussagen über das Alter, Geschlecht oder die Anzahl von Menschen zu machen, die sich selbst verletzen. Die Dunkelziffer ist sehr hoch und in allgemeinen Statistiken können nur diejenigen erfasst werden, deren Verhalten an die Öffentlichkeit getragen wird, weil sie sich z.B. in eine klinische Versorgung begeben mussten. Selbstverletzung stellt in unserer Gesellschaft aufgrund ihrer extremen

²⁶ eigene Darstellung, angelehnt an Sachsse, 2000, S. 35-36

²⁷ Des weiteren findet sich diese Begriffswahl in Verbindung mit der vorliegenden Definition auch bei Teuber (2000) und Sachsse (1999).

Ausdrucksform (Schnittwunden etc.) einen Tabubruch dar, welcher den normalen Ablauf unseres gesellschaftlichen Daseins stört oder zumindest durcheinander bringt. Dies verstärkt, dass viele Betroffene aus Scham und Angst vor Zurückweisung mit ihrem Verhalten nicht an die Öffentlichkeit treten. Selbstverletzendes Verhalten wird u.a. im Kontext mit psychiatrischen Diagnosen wie Essstörungen, Süchten, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörung²⁸, Posttraumatischen Belastungsstörungen²⁹ und Dissoziative Identitätsstörungen (DIS)/Multipler Persönlichkeitsstörungen (MPS)³⁰ beschrieben. Somit ist selbstverletzendes Verhalten keine psychische Krankheit sondern ein Symptom dieser Problematiken.

Aufgrund der hohen Dunkelziffer schwanken die Zahlen der statistischen Erhebungen bei Mädchen zwischen 200.000 und mehr.³¹ In einigen wissenschaftlichen Forschungen tritt Selbstverletzendes Verhalten häufiger auf.³² Bei eigenen Studien, welche HERPERTZ & SAß in einer psychiatrischen Abteilung durchführten, stellten sie bei 5-10 % der PatientInnen Selbstverletzendes Verhalten vorwiegend als Begleitsymptomatik von sogenannten psychischen Krankheiten fest. Besonders markant war dabei die Zahl der Selbstverletzungen

²⁸ Die Borderline Störung liegt, wie der Name schon andeutet, in etwa zwischen Neurose und Psychose, das heißt an der Grenzlinie (=Borderline). Menschen, die an der Borderline Störung leiden, haben eine Vielzahl von störenden Symptomen, wie Phobien, Angst, Depressionen, unangemessene Hyperaktivität usw. Dadurch, dass die „innere“ Welt der Borderline-Persönlichkeit wie die Welt des Kindes in Helden und Bösewichte aufgeteilt ist, kommt es zu häufig schweren, emotionalen Überfällen, welche mit der auslösenden Situation nichts mehr zu tun haben. Außerdem bewirken diese Überreaktionen häufig Maßlosigkeit im Konsum von z.B. Alkohol oder Drogen sowie im sozialen Verhalten. Drogensucht, Alkoholabhängigkeit und Essstörungen (Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa) sind nicht selten schwer erkennbare Begleitsymptome der Borderline Störung. Hinzu kommt noch eine gewisse Gleichgültigkeit dem eigenen Ich, der eigenen Person gegenüber, was zu Verstümmelung bis hin zur Selbsttötung führen kann.

²⁹ Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten.

³⁰ Nach dem internationalen Diagnostikhandbuch (F44.81 multiple Persönlichkeitsstörung) wird MPS folgendermaßen definiert: A) Existenz von zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszuständen innerhalb einer Person (jede mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster, die Umgebung und sich selbst wahrzunehmen, sich auf sie zu beziehen und sich gedanklich mit ihr auseinander zu setzen. B) Mindestens zwei dieser Persönlichkeiten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die volle Kontrolle über das Verhalten des Individuums.

³¹ vgl. Koch 1998, S. 10 f.

³² vgl. Herpertz & Sass, 1994, S. 298

in Verbindung mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeit (13 %) und bei Patientinnen mit Essstörungen (25-40 %), in beiden Fällen also Krankheitsbilder, die eine schwere Störung des Körperbildes beinhalten.³³ SACHSSE stellt in seinen Untersuchungen im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten noch andere Muster fest. Viele seiner Patientinnen haben eine Suchtproblematik (40 %); nicht obligatorisch, aber immer wieder nachzuweisen, sind außerdem ausgeprägte Phobien, in der Regel mit einer starken Angst vor dem Alleinsein. Eingebettet sind die Symptome meist in Beziehungs- und Arbeitsstörungen.³⁴ Zudem werden häufig auch Selbstverletzungen bei Inhaftierten und bei Menschen, die über einen längeren Zeitraum hinweg in einem institutionalisierten Rahmen leben, festgestellt.

Daten über Jungen gibt es kaum. In den vorgenommenen Erhebungen stellte sich heraus, dass das Geschlechterverhältnis bei Frauen und Männern zwischen 3:1³⁵ bis 10:1 differiert.³⁶ Deutlich wird jedoch, dass es zum überwiegenden Teil Frauen sind, die sich selbst verletzen. Die Selbstverletzung ist kein Phänomen bestimmter Gesellschaftsschichten. Schätzungen in Deutschland gehen davon aus, dass 0,6 % bis 0,74 % der Gesamtbevölkerung von offener Selbstverletzung betroffen sind, bei der Gruppe der 15-30-jährigen geht man von ca. 2 % aus.³⁷

Der Altersdurchschnitt liegt bei der offenen Selbstverletzung bei 18-28 Jahren, wobei man aber davon ausgeht, dass die Selbstverletzung in den meisten Fällen (60 %) im frühen Erwachsenenalter (16-25) oder zu einem noch früheren Zeitpunkt beginnt.³⁸ Nach ECKHARDT kommt es zu den meisten Selbstverletzungen ab dem 14. Lebensjahr, was mit dem Beginn der Pubertät korrespondiert.³⁹

Bei der heimlichen Selbstverletzung geht man von 2 % der behandelten Patienten in Krankenhäusern aus.⁴⁰ Der Beginn der chronischen Erkrankung ist hier zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr anzusiedeln. Erwähnenswert ist hier vor allem die Tatsache, dass beim Münchhausen-Syndrom als Unterform der heimlichen Selbstverletzung im Gegensatz zu den anderen Selbstverletzungshandlungen der Männeranteil statistisch höher liegt.

³³ vgl. ebd., S. 298

³⁴ vgl. Sachsse 1999, S. 37

³⁵ vgl. Herpertz & Sass, 1994, S. 298

³⁶ vgl. Sachsse, 1999, S. 37

³⁷ vgl. Herpertz & Saß, 1994, S. 298

³⁸ vgl. Sachsse, 1987, S. 53

³⁹ vgl. Eckhardt, 1994, S. 44

⁴⁰ vgl. Sachsse, 2000, S. 38

	Allgemeinbevölkerung	Alter	Anteil der Frauen
HERPERTZ UND SAß ⁴¹	0,6 - 0,7 %	15-35 Jährige	ca. 67 %
FAVAZZA ⁴²	0,75 %	20-30 Jährige	83 %
KOCH ⁴³	ca. 0,24 %	16-25 Jährige	fast ausschließlich weiblich
SACHSSE ⁴⁴	ca. 1 %		ca. 83 %

Abb. 2 Überblick der Ergebnisse über die Häufigkeit und Verbreitung der Selbstverletzung⁴⁵

Formen der Selbstverletzung

Selbstverletzendes Verhalten ist eine Form der Autoaggression und in verschiedenen Kontexten zu beobachten. Es umfasst eine Fülle ganz unterschiedlicher Auffälligkeiten, deren Gemeinsamkeit letztlich die Beschädigung des eigenen Körpers ist. Hierbei gibt es eine Fülle von Möglichkeiten sich selbst zu verletzen, darunter fallen u.a.:

- Schneiden mit scharfen Gegenständen, wie z.B. Rasierklingen, Messern
- Mit Fäusten gegen Wände schlagen
- Mit Scherben die Haut einritzen
- Wiederholtes Kopfschlagen
- Ins Gesicht Schlagen
- In die Augen bohren
- Beißen/Zwicken/Klemmen in Hände, Lippen oder andere Körperpartien
- Oberflächliche Hautverletzungen
- Aufkratzen der Haut
- Verbrühungen
- Sich mit Zigaretten, Bügeleisen oder ähnlichem Verbrennungen zufügen
- Extremes Nägelkauen
- Abbeißen von Fingerkuppen
- Exzessiver Sport
- Ungesunde Ernährung

⁴¹ vgl. Herpertz & Saß 1994, S. 298

⁴² vgl. Favazza und Conterio 1998, S. 283

⁴³ vgl. Koch 1998, S. 10 f.

⁴⁴ vgl. Sachsse 2000, S. 348

⁴⁵ angelehnt und zusammengestellt mit Hilfe der oben genannten Ergebnisse

- Drogenexzesse
- Schlafentzug
- Chemische Substanzen oder Gegenstände schlucken
- Spritzen von Schmutzwasser
- Extremes Tätowieren
- Extremes Piercen
- Quetschungen von Körperteilen
- Abschnürungen, um Durchblutungsstörungen hervorzurufen
- Haare, Wimpern, Augenbrauen ausreißen
- Wundheilung verhindern

HÄNSLI betont, dass fast jeder Gegenstand (Scherben, Messer, Scheren, Rasierklingen, Teile des eigenen Körpers etc.) zur Selbstverletzung benutzt werden kann.⁴⁶ Nach einer Studie im Jahre 1998, bei der 240 Frauen nach Selbstverletzungshandlungen befragt wurden, kristallisierten sich folgende Verletzungsmethoden heraus:

72 % des Selbst-Schneidens, gefolgt von
 35 % Selbst-Brennen,
 30 % Selbst-Schlagen,
 22 % Verhinderung der Wundheilung,
 22 % schweren Selbst-Kratzen,
 10 % Haarausreißen,
 und 8 % Selbst-Brechen der eigenen Knochen.

Von den befragten Frauen fügten sich 74 % die Verletzungen vor allem an den Armen (speziell an den Handgelenken), an den Beinen 44 %, am Bauch 25 %, am Kopf 23 %, an der Brust 18 % und im Genitalbereich 8 % zu.⁴⁷

⁴⁶ vgl. Hänsli, 1996, S. 22

⁴⁷ vgl. Favazza & Conterio, 1989, S. 286

Ursachenforschung Selbstverletzenden Verhaltens

Selbstverletzendes Verhalten Funktion

Für die betroffenen Menschen erfüllt Selbstverletzendes Verhalten viele Funktionen. So stellt sie z.B. die interpersonale Inszenierung des eigenen Konfliktes dar, ist Ausdruck von Wut, Frustration und Vergeltung, dient dazu, das Familiensystem aufrechtzuerhalten, hat Appellfunktion, dient dem Erleben eines ‚masochistischen Triumphes‘ oder führt zur Einnahme der Krankenrolle.

Außerdem kann Selbstverletzendes Verhalten als Antidepressivum und Antipsychotikum eingesetzt werden; hilft, sich der eigenen Körpergrenzen zu vergewissern; kann zur Spannungsreduktion, als Suizidprophylaxe, zur Selbstbestrafung oder Selbstentlastung, intrapersonal als Selbstschutzmechanismus, zur Bekämpfung des seelischen Schmerzes und/oder zur Wiedererlangung von Kontrolle dienen. Zusätzlich dient es dazu, sich unattraktiv zu machen oder Traumata zu reinszenieren oder kann ein Selbstopferitual darstellen.⁴⁸ Diese genannten Funktionen sind den betroffenen Frauen oftmals gar nicht gegenwärtig, sondern müssen in der Interaktion und Kommunikation individuell analysiert und vergegenwärtigt werden.

Erfahrungshintergründe

Es existieren in der Forschung und der Literatur unterschiedliche Standpunkte über die Ursache von Selbstverlegendem Verhalten. In Einem sind sich jedoch fast alle ExpertInnen einig: „[...] Vernachlässigung ist der stärkste Auslöser für SVV [...]“⁴⁹ SACHSSE schreibt hierzu: „In Situationen der Einsamkeit und des Alleinseins droht ständig eine Überflutung mit Zuständen objektloser Depression, die auf die Kindheitsdeprivation zurückzuführen sind.“⁵⁰ Dieses deutet darauf hin, dass ein Kindheitstrauma ein starker Auslöser für den Beginn des Selbstverletzenden Verhaltens sein kann und die hinzukommende emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung dieses Verhalten aufrechterhält.

⁴⁸ vgl. Sachsse, 2000, S. 51 f.

⁴⁹ Sachsse, 2000; Eckhardt, 1994; Herpertz & Saß, 1994

⁵⁰ Sachsse, 2000, S. 51

Im Verlauf der Literaturrecherche für dieses Kapitel stieß ich immer wieder auf Aussagen von Betroffenen und ExpertInnen, welche überwiegend über erlebte Gewalt in der Lebensgeschichte der Frauen berichteten. In den weitaus meisten Fällen war die Herkunftsfamilie der Ort, an dem die Gewalttätigkeit stattfand. In der Regel lebten die Mädchen und Frauen über längere Zeit hinweg in Gewaltverhältnissen. Diese prägten vor allem ihre psychische Entwicklung und beeinflussten das Leben der Mädchen auch noch nach dem Verlassen der Gewaltsituation. Die erlebte Gewalt manifestiert sich für die Mädchen in den unterschiedlichsten Ausprägungen. Es gibt viele Formen der Gewalt. Insofern sind die Erfahrungen der Mädchen einmalig, ein Umstand, welcher leicht zu dem Gefühl führt, mit seinen individuellen Erfahrungen allein zu sein. Eine Gemeinsamkeit scheint das erlebte Trauma zu sein. Die seelischen Verletzungen sind und bleiben eine Realität in ihrem Leben. Die erfahrene Gewalt lässt sich aus meiner Sicht in drei Bereiche einteilen: *Sexueller Missbrauch; körperliche Misshandlung und seelische Misshandlung/Deprivation*. Über diese Formen der Gewalt ist inzwischen viel geschrieben worden, sie werden häufig öffentlich diskutiert und sind Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Im folgenden gehe ich auf die dabei ablaufenden Prozesse, die schließlich zu SVV führen können, eingehen, erläutere Definitionen näher und arbeite einen Überblick der jeweiligen Aspekte heraus.

Störungen in der kindlichen Entwicklung

Die Kindheit der meisten Betroffenen ist durch ein hohes Maß an Verlust- und Trennungssituationen oder durch vielfältige Gewalterfahrungen geprägt. Fehlt eine Bezugsperson oder wird das Kind massiv vernachlässigt, entstehen schwere Verhaltensauffälligkeiten. Wird der Ausdruck aggressiver Impulse des Kindes unmöglich gemacht oder können nicht an der sozialen Umwelt ausagiert werden, so wird das Kind die Aggression als das einzige, ihm verbleibende Objekt gegen sich selbst richten.⁵¹ Bei Menschen, die Selbstverletzende Verhaltensweisen zeigen, sind in der Kindheitsgeschichte oft deprivierende Bedingungen zu finden.⁵²

⁵¹ vgl. Spitz, 1959, S. 93

⁵² vgl. Holitzner, 1993, S. 324; Favazza & Conterio, 1989, S. 282

Vernachlässigung (Deprivation)

„Unter Deprivation ist der Entzug oder das Vorenthalten von lebensnotwendigen, bedürfnisbefriedigenden sowohl physischen als auch emotionalen Objekten oder Reizen zu verstehen.“⁵³

Abhängig vom Zeitpunkt dieses Mangels entwickeln sich daraus unterschiedlich stark wirkende und eingesetzte Bewältigungsmechanismen. Durch das Vorenthalten von Reizen (Reizarmut) werden die Kinder nicht ausreichend in ihrer Entwicklung gefördert. Durch die emotionale Unterversorgung drohen sie außerdem regelrecht zu „verhungern“. Dies führt zu „katastrophischen Zuständen.“⁵⁴ Die Kinder entwickeln Ängste, fühlen sich allein und verlassen. Erfolgt oder beginnt diese emotionale und körperliche Vernachlässigung bereits im Säuglingsalter, wird der Säugling, um überleben zu können, bestimmte Mechanismen der Selbstfürsorge entwickeln, welche es ihm in seiner Situation (natürlich noch unbewusst) erträglich machen.

Eine der Grundbedingungen bei der Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins ist die ausreichende physiologische und emotionale Versorgung des Säuglings. Die sich daraus entwickelnde Selbstgrenzbildung ist jedoch von positiven Grenzerfahrungen, besonders von einer guten mütterlichen Fürsorge abhängig. Sie hilft ihm, die verschiedenen Anteile seines Selbst (sowohl die positiven, als auch die eher spannungsgeladenen) zu einem Gesamtbild zu integrieren. Hilft die Mutter, unliebsame Spannungen wie z.B. Schmerz, Hunger zu beseitigen, kann das Kind seinen Körper als Teil eines Gesamten anerkennen. Beim ausreichend versorgten Kind werden diese natürlichen Bedürfnisse von außen gestillt, d.h. sie sind nicht von Dauer und das Kind lernt verschiedene Methoden, diese zu befriedigen oder befriedigen zu lassen (z.B. Schreien). Das vernachlässigte Kind tut das am Anfang ebenso. Jedoch kann das Kind aufgrund des fehlenden Reizschutzes und körperlichen Kontakts nur eine Objektdifferenzierung im Sinne von „gut“ und „böse“ vollziehen. Da das Schreien zu keiner positiven Änderung der Situation führt, wird der eigene Körper irgendwann als „böses“ Objekt und somit nicht mehr zu einem selbst gehörend abgespalten. Gleichzeitig kann hier bereits die Erfahrung gemacht werden, dass die einzige Zuwendung, welche bei der Äußerung von Bedürfnissen erfolgt, die der Strafe ist, beispielsweise wenn das Kind aufgrund seines Schreiens geschlagen wird. Diese Erfahrung wiederholt sich dann auch bei der

⁵³ Dorsch, 1987, S. 134

⁵⁴ vgl. Sachsse, 1997, S. 46

Selbstverletzung - das Zufügen von Schmerz ist die einzig kennengelernte Form der Zuwendung.

Zudem wird die Abspaltung des Körpers oftmals dadurch verstärkt, dass das Kind nicht selten das Objekt der Mutter ist. Hierbei werden die Generationsgrenzen aufgehoben (z.B. Kind als Partnerersatz). In einigen Fällen finden auch direkte Rollenumkehrungen statt. Das Kind muss im Sinne der Parentifizierung⁵⁵ Elternfunktionen übernehmen.⁵⁶ Nicht die Mutter setzt sich für die Entwicklung ihres Kindes ein, sondern das Kind im Dienste der Mutter. Eine Patientin von SACHSSE berichtet, „dass sie als Schulkind stundenlang vor der Tür der suizidalen Mutter gestanden habe, die hinter der verschlossenen Tür mit sich rang, ob sie Schlaftabletten nehmen sollte oder nicht [...]. Die Tochter schilderte der Mutter das Leben in schönen, blühenden Farben, um sie am Leben zu erhalten.“⁵⁷ Deprivation kann sich also auch durch ein Übermaß an Zuwendung/Stimulation einstellen. Dieser Zustand der Überstimulation kann erreicht werden, wenn das Kind für narzistische oder libidinöse Triebansprüche anderer Personen missbraucht, in seinen eigenen Bedürfnissen aber missachtet wird. Unter seelischen Misshandlungen können zudem jegliche Handlungen, welche den Spielraum für entscheidende Entwicklungsschritte einengen, gezählt werden. Zu den wichtigsten Entwicklungsschritten gehören der Aufbau einer emotionalen Bindung, Separation und Individualität, Kennen- und Schätzenlernen des eigenen Körpers, Aufnahme außerfamiliärer Beziehungen und Verselbstständigung in der Adoleszenz.⁵⁸

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass es bereits in der frühen Kindheit aufgrund psychischer Labilität mindestens eines Elternteiles⁵⁹ zu schweren Störungen kommen kann. Die Kinder werden als Selbstobjekte insbesondere der Mütter missbraucht und folglich in ihrer eigenen Identitätsentwicklung gestört. Die Grenzen des Kindes werden entweder durch zuviel Nähe überschritten und/oder es kommt zur Missachtung der Bedürfnisse des Kleinkindes. Als Folge der Deprivation können sie den eigenen Körper nicht ins Selbst integrieren.

⁵⁵ Parentifizierung wird erst pathogen, wenn das Kind Aufgaben übernehmen muss, die nicht mit der Realität seiner Existenz zu vereinbaren sind.

⁵⁶ vgl. Bürgin & Rost, 1997, S. 149 f.

⁵⁷ Sachsse, 1989, S. 97

⁵⁸ vgl. Bürgin & Rost, 1997, S. 139

⁵⁹ Sachsse (1987, 1989, 1997) gibt hierzu an, dass alle Mütter seiner behandelten Patienten psychisch krank waren (manisch depressiv, tablettensüchtig, alkoholkrank, chronisch suizidal, schwer psychosomatisch krank).

Körperliche Misshandlung

Körperliche Misshandlung ist ein weiterer häufiger Hintergrund in der Geschichte von „Selbstverletzern“. Durch körperliche Misshandlung wird dem Kind zum einen das bestehende Machtgefälle demonstriert, gleichzeitig werden Gefühle, Grenzen und Rechte des Kindes missachtet. Körperliche Misshandlung - von Erziehungsmaßnahmen bis hin zu allen erdenklichen Formen der Folter - stellt zunächst eine Grenzüberschreitung gegenüber eines Individuums dar. Nicht selten wird die körperliche Misshandlung des Kindes zur Stabilisierung des Familiengefüges genutzt.⁶⁰ Die Eltern müssen die Aggressionen nicht gegeneinander richten, sondern verbünden sich in der gegen das Kind gerichteten Aggression. Das Kind ist hier also auch wieder nur ein Objekt. Die Gewalt passiert häufig heimlich, unbemerkt für Außenstehende. Die eigentlich am nahestehendsten Personen (Eltern) zeigen dem Kind, dass es sein natürliches Verlangen nach Aufmerksamkeit nur in Form von Gewaltanwendung bekommt. Das Kind kann somit keine positive Lebenseinstellung entwickeln und erzeugt durch die angewandte Gewalt eigenes Aggressionspotenzial gegen den Angreifer (Aggressor). Aufgrund seiner Abhängigkeit den Eltern gegenüber kann sich das Kind nicht wehren, sondern muss die Aggression gegen sich selbst richten. Um die Situation ertragen zu können, überträgt das Kind die Vorstellungen seiner Eltern auf sich und verinnerlicht seine eigene „Schlechtigkeit“. Es beginnt, an seiner eigenen Wertschätzung zu zweifeln. Es glaubt, keine andere Behandlung verdient zu haben und bestraft sich nunmehr selbst für seine Existenz. Dies wiederholt sich dann immer wieder bei späteren Selbstverletzungen, wo auch hier der Aspekt der Selbstbestrafung eine große Rolle spielt.

TEUBER schreibt über Affekt-labile Situationen (Wechsel der lieblosen Atmosphäre mit Phasen der Zuneigung und Zärtlichkeit). Diese wirken zusätzlich verwirrend und machen die Verhältnisse für das Kind schwer einschätzbar. Es weiß nie, ob es dem momentanen Frieden trauen kann und fühlt sich bei erneuter Misshandlung meist selbst schuldig.⁶¹ In dem Wunsch nach Zuneigung und Versorgung geben die Kinder den Kampf um die Liebe der Eltern niemals auf und lernen nicht, auf ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu achten.

⁶⁰ vgl. Hirsch, 1994, S. 57

⁶¹ vgl. Teuber, 1998, S. 75 f.

Sexueller Missbrauch

In der Wissenschaft geht man inzwischen von einem kausalen Zusammenhang zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen und Selbstverletzendem Verhalten aus.⁶² Bisher fehlen aber noch differenzierte Untersuchungen, die dies eindeutig belegen könnten. Man geht nach den vorliegenden Zahlen von einer Häufigkeit zwischen 33 und 70 Prozent aus (d.h., in diesem Rahmen liegt ein sexueller Missbrauch in der Geschichte von Selbstverletzern vor). Die Mechanismen der Verarbeitung sexuellen Missbrauchs sind in vielen Bereichen denen bei körperlicher Misshandlung ähnlich oder gleich. Auch hier sieht das Kind die Ursache dieser Behandlung in seiner eigenen „Schlechtigkeit“. Die Schuldgefühle sind hier oft noch größer („Warum empfindet man auch noch Lust dabei und warum konnte man sich selbst nicht wehren.“). Der Körper wird wieder als das böse, schmutzige Objekt abgespalten. Um trotz der mangelnden epidemiologischen Untersuchungen einen Überblick über den Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und (offener) Selbstverletzung zu geben, seien an dieser Stelle einige Studien angeführt.

Aus einer Studie mit 74 weiblichen Häftlingen, die unter schweren offenen Selbstverletzungen litten, ergab sich, dass 34 % sexuell missbraucht wurden. Von 45 Frauen, die einen Vater-Tochter-Inzest erlebt hatten, entwickelten 58 % unmittelbar nach dem Missbrauch Selbstverletzende Verhaltensweisen, welche drei Monate anhielten. Eine andere Untersuchung, ebenfalls mit Frauen, die durch den Vater missbraucht wurden, kam zu dem Ergebnis, dass sechs der elf Frauen (55 %) wiederholt an offenen Selbstverletzungen litten.⁶³

Untersuchungen von SACHSSE ergaben, dass von 17 seiner Patientinnen mehr als zwei Drittel sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren.⁶⁴ In einer anderen Untersuchung über den Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und offener Selbstverletzung gaben von 240 Frauen 149 (62 %) an, dass sie in ihrer Kindheit körperlich und sexuell missbraucht worden waren.⁶⁵

Aus diesen Ergebnissen lässt sich folgern, dass eine hohe Prozentzahl der Selbstverletzer sexuell missbraucht wurden. Zwar sollte man nun nicht die Schlussfolgerung ziehen, dass jeder, der sich selbst verletzt, auch sexuell missbraucht worden ist, angesichts solcher Ergebnisse muss dieser Aspekt jedoch in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Die oben genannten Ausführungen beziehen sich auf psychodynamische Modelle.

⁶² vgl. u.a. Sachsse, 1987, 1994; Herpertz & Sass, 1994; Eckhardt, 1989, 1994

⁶³ vgl. Eckhardt, 1997, S. 263 ff.

⁶⁴ vgl. Sachsse, 1987, S. 55

⁶⁵ vgl. Favazza et al., 1986, zit. nach Eckhardt, 1994, S. 118

Zur Ergänzung eines Gesamtüberblickes möchte ich nunmehr einige ausgewählte Ergebnisse aus den Bereichen der Lerntheorie und des Lernens am Modell aufzeigen. Diese können im Rahmen dieser Arbeit ausschließlich kurz dargestellt werden.

Lerntheoretische Aspekte

Wenn man die lerntheoretischen Aspekte genauer betrachtet, wird deutlich, dass Selbstverletzendes Verhalten sowohl durch positive als auch durch negative Verstärkung gefördert oder aufrecht erhalten werden kann. Bestimmte Handlungen von Bezugspersonen oder die Aussicht auf Vermeidung bestimmter unangenehmer Situationen sind hierbei zu unterscheiden. Wenn z.B. eine sich selbst verletzende Person durch ihr Verhalten eine gewisse Aufmerksamkeit bekommt (Bezugspersonen und medizinisches Personal reagieren oft mit Angst, Besorgnis, Mitleid und Zuwendung) und dadurch Nähe- und Versorgungsbedürfnisse erfüllt werden, stellt dies eine positive Verstärkung des SVV dar.⁶⁶ Aber auch negative Verstärkung kann dieses Verhalten fördern, wenn die sich selbst verletzende Person dadurch eine für sie unangenehme Situation oder Konsequenz vermeiden oder ihr entgehen kann (sie muss dadurch z.B. nicht zur Schule gehen oder entgeht Kritik und bestimmten Anforderungen).⁶⁷ Selbstverletzendes Verhalten kann zudem auch intern negativ verstärkt werden. Dieses ist möglich, wenn Angstträume, Halluzinationen, Depersonalisationen und Zwangsgedanken auftreten, denen die Person entgehen oder die sie beenden will.⁶⁸ Das wird auch als Selbstschutzmechanismus zur Abwehr unkontrollierbarer, überwältigender Affekte interpretiert.⁶⁹

Lernen am Modell

Das zeitweilig epidemische Auftreten von Selbstverletzendem Verhalten auf psychiatrischen Stationen oder in Heimen deutet auf ein sich dort verstärkendes Verlangen bereits bestehender

⁶⁶ vgl. Hänslı, 1996, S.159; Herpertz & Sass, 1994, S. 302

⁶⁷ vgl. Hänslı, 1996, S.161; Janus, 1972, S. 26 f.

⁶⁸ vgl. Hänslı, 1996, S. 161

⁶⁹ vgl. Herpertz & Sass, 1994, S. 118

SVV-Impulse hin.⁷⁰ Hierbei werden bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen, emotionale Reaktionen usw. von einer anderen Person übernommen. Diese Person dient als „Modell“ und kann real oder unreal sein (z.B. Filmfigur). Modelllernen wird im Allgemeinen durch bestimmte Faktoren begünstigt, wenn es sich z.B. um verstärkende Modellpersonen handelt, man deren Liebesentzug und Strafmöglichkeiten fürchtet, deren Status höher ist oder erscheint, z.B. im Hinblick auf Alter oder Geschlecht. Das Konstrukt Lernen am Modell allein dient jedoch keinesfalls als Erklärungsansatz für das Auftreten und der Geschlechtsspezifität von autoaggressivem Verhalten, sondern zeigt lediglich die sich dort befindenden Verstärkungsmechanismen der schon vorhandenen Impulse zum Selbstverletzenden Verhalten auf.

Ursachen und gesellschaftliche Bedingungen von Selbstverletzendem Verhalten bei Frauen

Da Selbstverletzendes Verhalten vorrangig bei Frauen und Mädchen auftritt, ist es erforderlich, geschlechtsspezifische Entstehungs- und Ursachenkontexte in Betracht zu ziehen und zu analysieren. Viele AutorInnen benennen das Vorkommen sexualisierter Gewalt in der Entwicklungsgeschichte von Frauen und Mädchen mit Selbstverletzendem Verhalten, reflektieren jedoch nur selten gesellschaftliche Hintergründe geschlechtsspezifischer Sozialisationsbedingungen sexualisierter Gewalt. *„Selbstverletzungen verweisen darauf, wie in der gesellschaftlichen Praxis mit Aggressionen umgegangen wird.“⁷¹*

Der Drang zur Selbstverletzung ergibt sich vor allem unter bestimmten Umständen. Diese Umstände müssen in besonderer Form kontextbezogen durchdacht werden. Hierzu gehören sowohl gesellschaftliche Bedingungen, welche zu Selbstverletzung führen, als auch die biographischen Erfahrungshintergründe von Frauen.

Es ist kein bestimmter Frauentyp, welcher sich selbst verletzt. Unter den Betroffenen finden sich junge und alte, arme und reiche, dicke und dünne Frauen, Singles und solche mit festem Partner, Frauen mit guter und mit schlechter Ausbildung, beruflich erfolgreiche und arbeitslose Frauen. Im folgenden wird erläutert, dass bei all diesen Frauen ein bestimmtes Muster zu erkennen ist und die Faktoren, die zu dem Drang zur Selbstverletzung führen, sich sehr ähnlich sind.

⁷⁰ vgl. Tameling & Sachsse, 1996

⁷¹ Teuber, 2000, S. 25

Geschlechtsspezifische Sozialisation, gesellschaftliche Bedingungen und Aggressionsverhalten

Die unterschiedlichen Positionen von Männern und Frauen in der Gesellschaft spiegeln sich in bestimmten Rollenzuschreibungen wieder, auf deren Grundlage eine geschlechtsspezifische Sozialisation durch Familie, Medien, Gleichaltrige etc. bereitet wird.

Einige PsychoanalytikerInnen verstehen Sozialisation als „soziokulturelle Geburt“⁷², durch die ein Individuum in Gesellschaftsstrukturen und Interaktionszusammenhänge hineinwächst. In späteren Lebensabschnitten drücken diese sich in bestimmten Rollenvorgaben und -erwartungen aus. Mit dem männlichen Rollenstereotyp wird meistens Macht, Dominanz, Aktivität, Aggressivität und Autonomie verbunden; mit der weiblichen Geschlechterrolle hingegen Passivität, Fürsorge, Verantwortung für Beziehungen, Anpassung, geringe Aggressivität und Selbsthingabe.⁷³ Frauen werden oftmals nicht so viele Möglichkeiten zugestanden wie Männern. Es gibt vorgeschriebene feste Rollenverteilungen, welche eine andere Gewichtung von Respekt gegenüber der Gesellschaft bewirken. Den Frauen fehlt dadurch der Raum und das dafür notwendige Verständnis, ihre Aggressionen (welche jeder Mensch auf die eine oder andere Weise besitzt) offen auszuleben. Von Frauen wird weitgehend erwartet, dass sie sich anpassen, ihre festgelegten Aufgaben erfüllen und die Gefühlsarbeit leisten. Die gesellschaftliche Zuweisung hält für Frauen weniger akzeptablere Formen des aggressiven Ausdrucks bereit. Diese in der geschlechtsspezifischen Sozialisation vorbereiteten Rollenbilder und daran gebundenen Verhaltensweisen für Männer und Frauen spielen auch bei der Ausformung des Aggressionsverhaltens eine wichtige Rolle. Die Verortung zu einem Geschlecht gilt als Voraussetzung für die Bildung einer Identität, die es wiederum ermöglicht, an Interaktionsprozessen, welche innerhalb einer Gesellschaft ablaufen, teilzunehmen.⁷⁴ Das Geschlecht wird dadurch zu einer sozialen Konstruktion, die benutzt wird, um Machtverhältnisse zu stabilisieren und es dem Individuum ermöglicht, die eigene Identität innerhalb der Gesellschaft zu stabilisieren und damit auch Mitglied der Gesellschaft zu sein.

Männer bewegen sich meist in einem gesellschaftlichen Umfeld, welches ihnen das Ausleben von Aggression erlaubt. Zumindest werden ihnen weit mehr offene Ausdrucksformen zugestanden als den Frauen. Sie befinden sich oftmals in beruflichen Machtpositionen, werden als Versorger der Familie gesehen und können Aggressionen innerhalb eines legalen

⁷² vgl. Mitscherlich, 1992, S. 33

⁷³ vgl. Burgard, 2002, S. 19

⁷⁴ vgl. Hagemann-White, 1984, S. 90

Rahmens, z.B. in Form von gefährlichen Sportarten, ausleben. Sie verfügen damit über eine Möglichkeit, ihre Aggressionen in einer Form, welche ihren männlichen Rollenvorgaben entspricht, auszudrücken.⁷⁵

Der Frau in ihrer traditionellen Rollenvorgabe werden nur wenige Möglichkeiten eines akzeptablen Umgangs mit Aggressionen geboten. Scheinbar lassen sich Aggressionen und Selbsthingabe oder Aufrechterhaltung von Beziehungen nicht miteinander vereinbaren.

Frauen lernen in ihrer Sozialisation, dass Aggressionen nichts in ihrem Leben zu suchen haben und dass männliche Aggressionsmuster ihrer Weiblichkeit widersprechen. Verhalten, welches nicht ihrer Rolle entspricht, wird mit Ablehnung oder „Liebesentzug“ bestraft.⁷⁶ Viele Frauen ziehen sich dann von selbst in eine Opferrolle zurück, auch um ihre Aggressionen zu verdrängen und nicht mit Schuldgefühlen überschwemmt zu werden, welche für sie an Aggressionen gegen die geliebten Menschen gekoppelt sind. Dennoch bleibt die Wut und die Aggression und diese müssen in anderer Form ausgelebt werden.

„Anders als beim Mann, dem Aggression und Selbstbehauptung abverlangt werden, muss die Frau als Mädchen befürchten, die Liebe der Eltern zu verlieren, wenn sie ihrer aggressiven Seite Ausdruck gibt. Sie richtet die Aggression also eher gegen sich selbst. Ihr Handeln ist mehr als das des Mannes durch die Angst vor Liebesverlust geprägt.“⁷⁷

Indem Frauen ihre Aggressionen gegen sich selbst richten, wählen sie einen unauffälligen und indirekten Ausdruck ihres inneren Gefühlszustandes. Depressionen, Essstörungen und/oder Suchtmittelabhängigkeit werden dann zum Ausweg, die Schuldgefühle zu bearbeiten und Aggressionen in einer Form auszuleben, die auf den ersten Blick individualistisch und nicht gegen die Umwelt gerichtet ist. Die aggressiven Anteile und Aspekte bleiben für die Umwelt erst einmal „unsichtbar“. Der gesellschaftliche Umgang mit Aggressionen ist in ein System eingebettet, in welchem Gewalt gegen Frauen als struktureller Anteil verankert ist. Frauen sind statistisch häufiger als Männer von Gewalt verschiedenster Formen betroffen. Frauen sind die Adressaten von Gewalt und zugleich tabuisiert ihre „weibliche“ Rolle den eigenen Ausdruck von Aggressionen. Damit bekommen sie kaum eine Möglichkeit, erfahrene Gewalt zu bearbeiten, indem sie selbst wütend, zornig werden über das, was ihnen geschehen ist. Somit fehlt die Möglichkeit, eine entsprechende Verarbeitungsstrategie zu entwickeln. Die

⁷⁵ vgl. Teuber, 2000, S. 23

⁷⁶ vgl. Kost, 1992, S. 92

⁷⁷ Kost, 1992, S. 92

gesellschaftlichen Bedingungen für Frauen können entsprechend der psychologischen Annahmen zu Selbstverletzendem Verhalten als aggressionshemmende Umstände begriffen werden.⁷⁸

Autoaggression als typisch „weibliches“ Verhalten

In ihrer Sozialisation werden Frauen eher dahingehend erzogen, sich anzupassen und Normen und Werte zu befolgen. Das bedeutet, dass sie sich gegenüber Gewalterlebnissen passiv zu verhalten haben und diese stillschweigend erdulden müssen. Eine Zuwiderhandlung ist über die Sozialisation mit Schuldgefühlen besetzt. Frauen versuchen deshalb, ihre sowohl inneren als auch äußeren Konflikte unauffälliger zu lösen. Die offensichtlichste Form, sich selbst als Aggressionsobjekt zu wählen, zeigt sich im autoaggressivem Verhalten. Autoaggressionen stellen trotz der enormen Aufmerksamkeit, die sie erregen können, eine defensive Verarbeitungsform dar. Der Aggressionsausbruch zentriert sich auf den eigenen Körper und ist somit eine isolierte, individualistische Ausdrucksform von Gefühlen.

Der hier dargestellte Verarbeitungsmodus spiegelt die Isolation wieder, in der sich Frauen in traditionellen Familienstrukturen mehr oder weniger befinden.

Selbstverletzendes Verhalten dient meist zusätzlich dem Zweck, in der Phase der Abspaltung und Abwesenheit einer dissoziativen Welt (auch wenn es bloß der Schmerz ist) zumindest etwas zu spüren.⁷⁹ Die Abspaltung des Körpers stützt einerseits das Selbst, andererseits wird sie zur eigentlichen Bedrohung der Existenz, sodass die Selbstverletzung als Kompromisslösung charakterisiert werden kann, bei der z.B. das Schneiden der Haut eine Wahrnehmung des Körpers ermöglicht. Dieses Merkmal der Depersonalisierung⁸⁰ zeigt sich gehäuft bei Opfern sexueller Gewalt und wurde mehrmals empirisch untersucht.⁸¹ Autoaggressives Verhalten wäre demnach für Frauen durchaus als eine sinnvolle, in ihren Situationen notwendige Strategie innerhalb eines für sie unerträglichen Zustandes zu verstehen. Autoaggression kann sowohl eine Konfliktlösungsstrategie darstellen als auch die gleichzeitige Anpassung an die weibliche Rolle. *„Solange sich Frauen nicht das Recht*

⁷⁸ vgl. Teuber, 2000, S. 20 ff.

⁷⁹ vgl. Enders, 1990, S. 83

⁸⁰ Dissoziation als eine grundlegende Fähigkeit des Menschen zur Realitätsbewältigung kann bewusst induziert werden. Fast alle sexuell oder aggressiv missbrauchten Menschen haben/mussten die Fähigkeit, Depersonalitätszustände herbeizuführen erlernen, um den Körper verlassen zu können, neben sich zu stehen, so dass Schmerz, Angst und Scham nicht mehr unmittelbar fühlbar sind. (vgl. Sachsse 2000, S. 47)

⁸¹ vgl. zusammenfassend Bange 1992; Gahleitner 2000, S. 106

herausnehmen, wütend zu sein, und solange Männergewalt gesellschaftliche Normalität ist, sind Frauen dazu angehalten, ihre aggressiven Gefühle gegen sich selber zu wenden anstatt gegen ihre Mißhandler.“⁸²

Der Körper als Kommunikationsmittel

Viele Frauen und Mädchen können ihre Ängste, Wut oder Hilflosigkeit meist nicht in Worte fassen. Es fällt ihnen schwer, ihre Erfahrungen, Emotionen und Wünsche zu verbalisieren. Dabei stehen die Mädchen vor einem Widerspruch. Einerseits möchten sie sich gern ausdrücken, andererseits fehlt ihnen die dafür notwendige Strategie, um die eigenen Gefühle zu reflektieren und sie jemandem anzuvertrauen.⁸³ Bei sexuell missbrauchten Mädchen, so TEUBER, erhält das Kommunizieren mit dem Körper eine besondere Funktion.

„Sexueller Missbrauch findet immer in der Verschwiegenheit statt. Die Mädchen werden unter Bedrohung ihres Lebens gezwungen, zu schweigen. Sprache ist immer verboten. Auch wenn die Mädchen zu einem späteren Zeitpunkt der Missbrauchssituation und dem Täter real nicht mehr ausgeliefert sind, wirkt das internalisierte Sprechverbot häufig fort.“⁸⁴

Selbstverletzendes Verhalten übernimmt nunmehr eine Art Ersatzfunktion für die Sprache. Über die Verletzungen, welche sich die Frauen selbst zufügen, können sie ihre Gefühle ausdrücken. Nunmehr wird etwas ohne das Benutzen von Wörtern nach Außen getragen. Sie machen sich bemerkbar und setzen ein Signal. „Man kann nicht nicht kommunizieren“, sagte schon der Psychoanalytiker PAUL WATZLAWIK⁸⁵; hier stellt sich Selbstverletzendes Verhalten bei vielen Mädchen und Frauen als ein Kommunikationsmittel dar, „[...] das Mitteilen wird zur Funktion des Ritzens“.⁸⁶

⁸² Freytag 1992, S. 26

⁸³ vgl. Teuber, 2000, S. 84

⁸⁴ Teuber, 2000, S. 85

⁸⁵ Watzlawik, 1969, S. 26

⁸⁶ Teuber, 2000, S. 85

In diesem Kontext ist es für Helfer und Helferinnen entscheidend, die unbewusste Mitteilung wahrzunehmen und insofern aufzugreifen, als dass über das Selbstverletzende Verhalten gesprochen werden kann oder zumindest ein Gefühl des Verstehens vermittelt wird.

Die Haut

72 % der sich selbst verletzenden Frauen schneiden sich in ihre eigene Haut. Hat die Haut also eine besondere Funktion?

Die Haut ist das sensitivste Organ, das der Mensch besitzt. In der Frage um die Bedeutung des Körpers kommt ihr eine eminent wichtige Rolle zu. Die Haut ist das Organ, welches die Oberfläche des Menschen darstellt. Sie ist Kontaktorgan des Menschen und stellt die Grenze zwischen der Umwelt und dem Ich dar. In ihrer physiologischen Bedeutung ist sie Filter für vielfältige Einflüsse wie Temperatur, Luftfeuchtigkeit oder chemische Stoffe. Als Wahrnehmungsorgan ist sie Medium für Einflüsse von Außen oder von uns selbst und wird zum Träger von angenehmen Erfahrungen (z.B. in der Sexualität) oder von unangenehmen Erfahrungen (wie beim Schneiden oder anderen Verletzungen).⁸⁷ In ihrer psychischen Bedeutung bestimmt ANZIEU die Haut in seinem Buch das „Haut-Ich“ als Bedeutungsträger im Zusammenhang mit Schutz der Psyche (des Unbewussten) als eine Instanz, die Filterfunktionen übernimmt und die Einschreibung erster Spuren regelt.⁸⁸ In der Sprache spiegelt sich die Doppelbedeutung der Haut für Seele und Körper durch Bemerkungen wie: „Etwas hat mich berührt“ oder „Das geht mir unter die Haut“ wieder. BENTHIN sieht in manchen Redewendungen gar ein imaginäres Überwinden von extremen Emotionen wie Furcht oder Ärger: „Wenn jemand aus der Haut fährt“.⁸⁹ *„Die Haut stellt damit wie kein anderes Körperorgan für den Menschen eine Repräsentation des Ganzen dar und zugleich auch ist sie dasjenige, was ihn verbirgt.“*⁹⁰ Diese Vorstellung, dass die Haut eine Schutzhülle, gar einen Panzer nach außen darstellt, ist laut BENTHIN jedoch genauso wie auch das Verständnis des Körpers geprägt von kultur- historischen Veränderungen. So sieht sie in der Objektivierung des Körpers die Begründung dafür, dass die Haut lediglich als Hülle oder Panzer wahrgenommen wird. In der Erforschung psychosomatischer Erkrankungen wird

⁸⁷ vgl. Detig, 1989, S. 15

⁸⁸ vgl. Anzieu, 1991, S. 54

⁸⁹ vgl. Benthin, 1999, S. 29

⁹⁰ ebd., S. 32

der Haut jedoch mehr und mehr die Funktion eines „Erkenntnisorgans“ zugesprochen.⁹¹ Dementsprechend versteht TEUBER die Haut im Zusammenhang mit Selbstverletzendem Verhalten als „Grenzorgan“, als „Kontaktorgan“ und als „Ausdrucks- und Eindrucksorgan.“⁹² Vor allem Menschen mit Gewalterfahrungen haben eine der massivsten Formen von Grenzverletzungen erlebt. Infolge dessen verlieren viele den Bezug zu den eigenen natürlichen Grenzen. Manche Betroffene erleben im Zusammenhang mit dissoziativen Zuständen eine Grenzenlosigkeit des eigenen Körpers, in denen er droht, auseinander zu fallen. Indem sie nunmehr die Haut schneiden, werden sie sich einer Grenze wieder bewusst. Somit erfüllt die Selbstverletzung an der Haut auch eine eingrenzende Funktion. Über das Fühlen der sog. „Aussen(körper)grenzen“ hoffen sie auch, die sog. „Innen(körper)grenzen (im Sinne von Identität) wiederherzustellen.“⁹³ Die Haut als Träger taktiler Empfindungen leistet außerdem einen wichtigen Beitrag bei der Abgrenzung zwischen dem fremden Objekt und dem eigenen Ich und wirkt auch hier identitätsstiftend. Selbstverletzungen an der Haut können auch als stimulierend und lustvoll erlebt werden. Dieser Aspekt wird oftmals ignoriert und tabuisiert. Jedoch liegen bei vielen Mädchen und Frauen Schmerz und Zuneigung, Schmerz und Sexualität, gekoppelt mit ihren früheren Erlebnissen und ihren derzeitigen Wahrnehmungen, nah beieinander.

Die Haut ist das „eindrucks“-vollste Organ unseres Körpers, welches Emotionen zu unserer Außenwelt trägt. Wenn wir verlegen sind, erröten wir oder erblassen vor Angst. Die Haut ist das Organ, über das wir zeitlebens, manchmal beeinflusst und manchmal kaum beeinflussbar, miteinander kommunizieren. Bei Selbstverletzungen tun Menschen dies auf eine massive Weise. Für die Betroffenen und für die Umwelt deutlich sichtbar, speichert die Haut Erinnerungen an seelischen Schmerz. Die Narben stellen ein eindrucksvolles Dokument dar, in welchem sich die seelischen Konflikte unwiderruflich darstellen. Die Wunden entblößen scheinbar das „Innere“ der Betroffenen. Zugleich sind sie Zeichen einer Aggression, die nur über das Medium Haut nach außen getragen werden kann. Eine Haut, die nicht rein und schön ist, sondern als makelhaft erlebt wird, ist in besonderer Weise schambesetzt. In der Psychosomatik geht man davon aus, dass sich in Allergien und anderen Hautkrankheiten ein spezifischer Konflikt von Nähe und Distanz widerspiegelt. Innerpsychische Konflikte finden in einem Somatisierungsprozess ihren Ausdruck auf der Haut.⁹⁴ Frauen, die sich selbst

⁹¹ vgl. ebd., S. 46

⁹² vgl. Teuber, 2000, S. 111 ff.

⁹³ vgl. Eckhardt, 1994, S. 151

⁹⁴ vgl. Detig, 1989

verletzen, erreichen in der Abwehr und Empörung, die ihr Verhalten auslöst, oftmals eine Distanzierung ihrer Umwelt; so wendet sich die Umwelt vielfach vor Ekel ab, wenn sie mit offenen Wunden, Ekzemen o.ä. konfrontiert wird.

Narben als Symbol

TEUBER beschreibt, dass die entstehenden Narben nach dem Akt des Ritzens eine Bedeutung bekommen.⁹⁵ Die zugefügten Wunden vernarben. Dies scheint eine ganz normale, biologische Funktion. Jedoch haben sie für Mädchen und Frauen eine zusätzliche Aussagekraft. Die Narben auf der Haut scheinen eine Art Abbildungsinstrument zu sein, welche im Sinne eines Territoriums benutzt wird.⁹⁶ Mädchen und Frauen setzen sichtbare Zeichen und bewegen ihre Umwelt damit, nachzufragen, wie diese sichtbaren Symbole entstanden sind. Dies scheint zunächst einmal eine Suche nach Aufmerksamkeit zu sein. Zusätzlich, schreibt TEUBER, haben Narben einen Erlebniswert. *„Sie erinnern an schwierige Lebensphasen, die die Mädchen überlebt haben. Mit den Narben setzen sie sich und auch anderen ein Mahnmal für diese Zeit.“*⁹⁷ Der Körper nimmt nunmehr die Funktion eines Tagebuches ein, in welchem alle Erlebnisse, aller Schmerz, alle Wut, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Wünsche und Sorgen festgehalten, manifestiert werden. Die Haut wird zu einem Beweisstück des Vergangenen. *„Im wahrsten Sinne des Wortes sind die Mädchen vom Leben gezeichnet.“*⁹⁸

Narben stellen auch ein Symbol der Verwundbarkeit dar. Sie machen sichtbar, welche körperlichen und seelischen Verletzungen Mädchen und Frauen erdulden mussten. Narben deuten auf die erlittenen Schmerzen hin. Sie zeigen dauerhaft das Innerste der Seele.

Narben stellen in unserer Gesellschaft eine Entstellung des Körpers dar. Hat ein Mensch sichtbare Narben, wird er meist bemitleidet oder ablehnend behandelt. Viele reagieren mit Ekel und dem Hoffen, niemals von Narben gezeichnet zu sein. Die gängige Schönheitsform, eine glatte, reine Haut zu haben, ist in der heutigen Zeit sehr ausgeprägt. Jeder Mensch hat bestimmte Vorstellungen davon, wie die Traumpartnerin oder der Traumpartner auszusehen hat, hat also Schönheitsideale. Nur wenige davon definieren Narben als schön.

Mädchen und Frauen, die sich selbst verletzen, führen diesen Prozess der Narbenbildung aktiv herbei. Dadurch übernehmen diese Narben eine Art Protestfunktion, welche die Grenze des

⁹⁵ vgl. Teuber, 2000, S. 85

⁹⁶ vgl. ebd., S. 85

⁹⁷ Teuber, 2000, S. 86

⁹⁸ Teuber, 2000, S. 86

gängigen Schönheitsideales überschreitet. Die Mädchen und Frauen verweigern sich der gesellschaftlichen Forderung, einen makellosen Körper zu haben. *„Damit ist Ritzen eine indirekte Form individuellen Widerstandes gegen den gesellschaftlichen Zugriff auf weibliche Körper. Fast alle haben diesen Zugriff in Gestalt einer konkreten Person erlebt.“*⁹⁹

Diese sichtbaren Symbole werden zumeist als Träger des Erlittenen definiert und somit wird das Leid, welches jede von ihnen ertragen musste, in einer begrenzten Form öffentlich. Das erlittene Unrecht wird sichtbar. Die Mädchen und Frauen wehren sich meist unbewusst gegen die Vorgaben des unversehrten Körpers. Sie schaffen ein Gleichgewicht zwischen inneren und äußeren Merkmalen, zwischen ihrer Seele und ihrem Körper.

Symbolische Bedeutung des Blutes

Es gibt unterschiedlichste Stellen und Möglichkeiten, sich selbst zu verletzen. Meist wird dabei die Haut als Mantel des Körpers zielstrebig verletzt. Zu bluten gilt oftmals als Ziel der Handlung. Was hat, zusätzlich zur Haut und den daraus resultierenden Narben, das Blut für einen symbolischen Wert?

Blut hat einen symbolträchtigen Charakter, der tief geprägt und kulturell verankert ist. Blut ist Symbol des Lebens, es ist „Substrat der Lebendigkeit“. Blut fließt bei Verletzungen aus dem Körper heraus. Fließen beschreibt eine Bewegung, die deshalb mit Existenz und Leben assoziiert wird. Die Wärme des Blutes versinnbildlicht das warme lebendige Leben im Gegensatz zu einem toten, erkalteten Körper.¹⁰⁰ Frauen, die sich selbst verletzen, beschreiben, dass sie sich verletzen, um ihren Körper wieder spüren zu können. Die Vorstellung, seinen Körper nicht mehr zu spüren, löst Angst aus, die sich weniger auf den abstrakten Tod bezieht, als vielmehr auf die Vorstellung, nicht mehr zu existieren. Wenn Frauen sich selbst verletzen, dann sehen sie das Blut fließen, sie versichern sich ihrer Existenz. Das Blut vermittelt ihnen das Gefühl, am Leben zu sein. In diesem Sinne heißt der Titel eines Buches von TEUBER: „Ich blute, also bin ich“. Blut weist eine Analogie zu (roten) Tränen auf. Dies erinnert mich an Bilder von Gewaltüberlebenden, in denen immer wieder dieses Bild von roten Tränen als Symbol ihrer Verletzungen und ungeweinter, schmerzhafter Trauer auftaucht. Wenn die

⁹⁹ ebd., 2000, S. 90

¹⁰⁰ vgl. Teuber, 2000, S. 107

Tränen nicht mehr fließen können, so kann der Fluss von Blut bei der Selbstverletzung diese Tränen verdeutlichen und vorerst ersetzen.

Blut ist außerdem ein Ausdruck von Tiefe. Es quillt aus dem scheinbar Tiefsten hervor und stellt damit für die Frauen auch einen Kontakt zu ihren Gefühlen her. Gleichzeitig können sie ihr Inneres als Äußeres erleben. Von diesem haben die meisten nur eine unklare Vorstellung, mit dem Blut wird das Innere bildlich. Diese intensive Verbindung brauchen viele Frauen, besonders weil sie Angst haben, ihr Inneres zu verlieren.¹⁰¹ Selbstverletzungen können zusätzlich helfen, dem Gefühlschaos, in dem sich viele Frauen befinden, mit Klarheit gegenüber zu treten. Ursache und Wirkung sind einfach erklärt: sie schneiden und das Blut fließt. Wenn die Frauen schneiden, so tun sie das häufig in geraden, geometrischen Linien und Formen. Auch dies ist ein Mittel, um Klarheit zu erhalten. Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen berichten häufig, dass sie sich innerlich beschmutzt und abstoßend erleben. Sie verletzen sich selbst, um sich so innerlich zu reinigen. Hier fungiert das Blut in einer menschlich tief verankerten Vorstellung als reinigendes Element. Selbstverletzungen stellen eine Form der seelischen Katharsis dar.¹⁰² In der Mythologie werden Blutopfer als Mittel, die Götter gnädig zu stimmen, überliefert. Dieser Opfermythos hat etwas archaisches, und so sehen sich auch heute noch viele Betroffene als Opfer ihrer Verhältnisse. Wenn sie sich selbst verletzen, werden sie zu Täterinnen am eigenen Körper, wobei dieser aktive Anteil jedoch für viele schwer zu erkennen ist.¹⁰³ In der christlichen Lehre nimmt Jesu Christi die Schuld der Welt auf sich. Sein Blut wird mit Sühne und Vergebung assoziiert. Gerade Frauen werden häufig von Schuldgefühlen unterschiedlichster Art verfolgt:

„Schuld motiviert zur Reue und zu sozialen Handlungen. Ritzen ist nun ein Verhalten mit hohem sozialen Bedeutungsgehalt, das im Sinne einer Selbstbestrafung unbewusst dem Versuch gelten könnte, sich von Schuld zu befreien. Die Gemeinsamkeit von mythischen Opfern und christlicher Sühne liegt darin, dass sie den Weg für ein erträglicheres Leben ebnen sollen. Blut wird dabei wieder indirekt mit Leben verknüpft.“¹⁰⁴

¹⁰¹ vgl. ebd., S. 108 f.

¹⁰² vgl. ebd., S. 109

¹⁰³ vgl. Eckhardt, 1994, S. 17

¹⁰⁴ Teuber 2000, S. 110

Verlaufphasen der Selbstverletzung

Selbstverletzungshandlungen werden manchmal wie eine Art Ritual durchgeführt. So werden z.B. Gegenstände oder Instrumente (Lieblingssmesser etc.), die für die Selbstverletzung verwendet werden, bereit gestellt bzw. an bestimmte Orte gelegt. Die Handlungen werden teilweise nach festen Abläufen ausgeübt.

Selbstverletzendes Verhalten stellt eine Symptomatik dar, welche für das Umfeld der betroffenen Frauen und Mädchen schwer nachvollziehbar scheint. Menschen, die sich nicht selbst verletzen, können oft nicht verstehen, weswegen man sich freiwillig Schmerzen zufügt und dabei noch eine beruhigende Wirkung erzielt, wie also Selbstverletzung zur Fürsorge werden kann. Um die dabei entstehenden Gefühlsprozesse ein wenig besser nachvollziehen zu können, werde ich die Handlungen der Selbstverletzung in nun folgende emotionale Phasen einteilen.

Der Auslöser für die Selbstverletzung

Laut ECKHARDT ist der Auslöser der Selbstverletzung das Empfinden, dass der Körper nicht spannungsfrei funktioniert, Ansprüche stellt, Ärger macht. Sie führt dies auf eine Ablehnung des Körpers zurück.¹⁰⁵ Aber auch andere, subjektiv durch die Selbstverletzerin empfundene, eigene Unzulänglichkeiten können Auslöser sein. Das können Übertretungen von Verboten oder zu geringe Anstrengung (z.B. vor Prüfungen) sein.¹⁰⁶ Selbstverletzungshandlungen können auch den Versuch darstellen, auf zwiespältige, oft innerlich überwältigende Gefühle wie Aggression oder Hassgefühle, die nicht verbal geäußert werden können, zu reagieren.¹⁰⁷ Es kann auch zur Selbstverletzung führen, wenn hochidealisierte Bezugspersonen (z.B. TherapeutInnen oder SozialpädagogInnen) in den Augen der Patientin/Klientin versagt haben und somit die Situation für diejenige unkontrollierbar wird.¹⁰⁸ Weitere Auslöser können Therapieunterbrechungen¹⁰⁹ und

¹⁰⁵ vgl. Eckhardt, 1994, S. 153

¹⁰⁶ vgl. Janus, 1972, S. 24

¹⁰⁷ vgl. ebd., S.181; Wirtz, 2001, S. 156

¹⁰⁸ vgl. Holitzner, 1993, S. 328

¹⁰⁹ vgl. Eckhardt, 1994, S. 181

Trennungssituationen sein.¹¹⁰ Auch körperliche Berührung und sexuelle Erregung können zum Auslöser Selbstverletzenden Verhaltens werden.¹¹¹

Emotionale Situation unmittelbar vor der Selbstverletzung

Es entsteht ein starker innerer Spannungszustand, der eine Art Rauschzustand annehmen kann. Die Kontrolle über die eigene Ich-Funktion kann eingeschränkt sein oder gar verloren gehen.¹¹² Der Spannungszustand kann sehr diffus erlebt werden und durch mangelnde Angst- und Frustrationsintoleranz oder Affektdifferenzierung hervorgerufen werden.¹¹³ Zahlreiche AutorInnen berichten von Depersonalisations¹¹⁴ und Derealisationserscheinungen¹¹⁵. Depersonalisation und Derealisation treten in 50 % der Fälle unmittelbar vor einer Selbstverletzung gemeinsam auf.¹¹⁶ Das amerikanische Diagnostische Handbuch DSM-IV ordnet im Gegensatz zum internationalen Diagnoseschema ICD-10 die Depersonalisations- und Derealisationsstörung den dissoziativen Störungen zu.

Die meisten verdrängen ihre schmerzlichen Gefühle, so dass sie sich taub, leer und völlig haltlos fühlen. Viele können sich selbst nicht mehr spüren und fürchten, sich zu verlieren und verrückt zu werden. Da sie sich selbst nicht mehr spüren, fühlen sie sich verlassen und verloren. In dieser absoluten Verzweiflung ist es ihnen nicht mehr möglich, mit

¹¹⁰ vgl. Hirsch, 1993, S. 74; Eckhardt, 1994, S. 181; Holitzner, 1993, S. 328

¹¹¹ vgl. Sachsse, 1989b, S. 111

¹¹² vgl. Eckhardt, 1994, S. 43

¹¹³ vgl. Herpertz & Sass, 1994, S. 117

¹¹⁴ Im Zustand der Depersonalisation wird das eigene Selbst als verändert wahrgenommen. Seelische Vorgänge, Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Handlungen werden nicht mehr als zum Ich, bzw. zum Selbst gehörig, sondern als fremd, sonderbar, verändert erlebt. Das eigene Tun erscheint abgespalten, mechanisch, automatenhaft. Häufig ist der Körper in besonderer Weise einbezogen. Der ganze Körper oder Körperteile werden als unwirklich, als nicht mehr zum Körperselbst zugehörig erlebt. Einzelne Körperteile erscheinen verändert, viel größer/kleiner, viel dünner/dicker, wie taub, wie tot, wie abgestorben. Die Sinneswahrnehmungen, wie das Hören, das Sehen, das Tast- und Berührungsempfinden können gestört sein, ebenso wie allgemeine Körpergefühle, Appetit, Hunger und Durst. Die AutorInnen beschreiben Depersonalisationen als eine Überlebensstrategie von sexuellen Missbrauchserlebnissen in der Kindheit und sehen hierin einen möglichen Zusammenhang zur Selbstverletzung (Eckhardt & Hoffmann, 1993, S. 268).

¹¹⁵ Bei der Derealisation wird die Außenwelt (äußere Objekte) als fremd, verändert, wie hinter einer Glaswand wahrgenommen.

¹¹⁶ vgl. Hirsch, 1993, S. 4; Sachsse, 1995a, S. 43; Eckhardt, 1994, S. 116; Eckhardt & Hoffmann, 1993, S. 290 ff.; Favazza & Conterio, 1989, S. 288

irgendjemandem über ihre Situation zu sprechen. Die Flut der inneren Ausweglosigkeit droht sie zu überwältigen, so dass sie agieren müssen. Um diesen für sie unerträglichen Zustand abzuwenden, fügen sie sich Schmerzen zu, über die sie sich wieder spüren können und die sie in der Realität halten.

Emotionen und Schmerzempfindung während der Selbstverletzung

Selbstverletzendes Verhalten stellt ein sehr impulsives Geschehen dar, in welchem sich die Mädchen und Frauen in einem nebulösen, tranceähnlichen Zustand befinden. Die Welt um sie herum scheint nicht mehr zu existieren, sich aufzulösen oder hinter einem Nebel zu verschwinden. In diesen Momenten erscheinen sie im körperlichen und psychischen Ausdruck nahezu gefühllos, der Körper ist von ihrem Empfinden abgespalten. Dennoch haben einige ein unangenehmes Gefühl, bevor sie den ersten Schnitt etc. ansetzen. Viele müssen sich vorher zu diesem Schritt überwinden. Sobald das erste Blut hervorquillt, fühlen sie sich erleichtert und es tritt eine Entlastung des vorhergegangenen Chaos' ein.

Die meisten betroffenen Frauen berichten von partieller oder totaler Schmerzunempfindlichkeit während der Verletzungshandlung. Eine Untersuchung zeigt, dass nur 10 % der sich selbst verletzenden Frauen starken Schmerz verspüren, 23 % berichten von mäßigem, 38 % von leichtem und 29 % von gar keinem Schmerz.¹¹⁷

SACHSSE äußert über das Schmerzempfinden seiner Selbstverletzungspatienten: „Das SVV schafft hier ein Grenzerleben und vermittelt ein Gefühl von Lebendigkeit. Die anästhetische Haut wird wieder spürbar. Der Schnitt selbst ist schmerzfrei, erst nachträglich stellt sich ein begrenztes Schmerzempfinden ein. Das warme, pulsierende Blut ist ein Zeichen inneren Lebens.“¹¹⁸

WIRTZ sieht in dieser Schmerzunempfindlichkeit eine Überlebensstrategie bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Betroffene Kinder haben eventuell gelernt, in den für sie unerträglichen Situationen mit dem Geist den Körper zu verlassen oder sich in einer Art Selbsthypnose völlig gefühllos zu machen.¹¹⁹ Es kommt häufig vor, dass Frauen Schmerz empfinden, ihn jedoch mit einer Art Triumphgefühl ertragen. SACHSSE nennt das den „masochistischen Triumph“. „Ich kann allerhand ab. Vor drei Jahren habe ich mir mal einen

¹¹⁷ vgl. Favazza & Conterio, 1989, S. 286

¹¹⁸ Sachsse, 1995a, S. 43

¹¹⁹ vgl. Wirtz, 2001, S. 108

Schraubenzieher durch die Hand gerammt und bin so in die Chirurgie gefahren. Dem Chirurgen ist fast schlecht geworden. Anfänger! Er wollte mir sofort eine Leitungsanästhesie setzen, aber das habe ich abgelehnt. „Ohne Betäubung“ habe ich gesagt. Es hat höllisch wehgetan, aber ich hab keine Miene verzogen.“¹²⁰

Emotionale Situation im Anschluss an die Selbstverletzung

Die unmittelbar im Anschluss an die Verletzung empfundenen Gefühle der Frauen werden überwiegend als positive und rasche Entlastung, Spannungsminderung, einem sich-geistig-wieder-klarer-fühlen sowie mit einer Hebung der Stimmungslage und des Selbstwertgefühls beschrieben.¹²¹ Es tritt eine kurzzeitige Erleichterung und eine gewisse Befriedigung ein. Zumindest vorübergehend haben sie sich von einem unerträglichen Zustand befreit, denn nun können sie sich über den Schmerz spüren. Schmerz ist ein besseres Gefühl als gar kein Gefühl. Nunmehr können sie sich um ihre Wunden kümmern und verdrängen dabei ihren psychischen Schmerz. Jetzt besitzen sie einen physischen Schmerz, um den sie sich kümmern müssen. Vielen Mädchen und Frauen fällt es leichter, über ihren körperlichen Schmerz zu weinen, als über ihre eigentliche Verzweiflung und Traurigkeit. Der physische Schmerz scheint kontrollierbarer als die vorhandenen Gefühle. Diese müssen wegen ihrer Unkalkulierbarkeit eher verdrängt werden. Je größer der zeitliche Abstand zur selbstverletzenden Handlung ist, desto negativer wird die Handlung bewertet und es stellt sich bei vielen die Erkenntnis ein, dass es ihnen schlechter geht als vor der Handlung, weil sie sich schämen und Schuldgefühle und Trauer empfinden.¹²²

Viele AutorInnen beschreiben, dass gerade der Anblick des Blutes eine beruhigende Wirkung für die Selbstverletzerinnen habe.¹²³ „*Meinen Körper habe ich, er ist immer da, er kann mich nicht verlassen! Wenn das Blut warm und rot über meine Haut rinnt und ich den Kontakt spüre, dann fühle ich mich gut, dann bin ich wieder in mir drin, dann spüre ich, dass ich lebendig bin.*“¹²⁴

Manche Frauen empfinden durch die Selbstverletzung Allmachtsgefühle und Stolz. KERNBERG schreibt dazu: „*Bei manchen Patienten mit Selbstschädigungstendenzen [...]*

¹²⁰ Sachsse, 1995a, S. 128

¹²¹ vgl. Herpertz & Sass, 1994, S. 300

¹²² vgl. Herpertz & Saß, 1994, S.300

¹²³ vgl. Eckhardt, 1994, S. 156; Hirsch, 1989b, S. 16 ff.; Favazza & Conterio, 1989, S. 286

¹²⁴ Eckhardt, 1994, S. 156

*beobachtet man manchmal eine wahre Lust und einen enormen Stolz über diese Macht der Selbstdestruktion, eine Art von Allmachtsgefühl und Stolz darüber, dass man nicht auf eine Befriedigung durch andere angewiesen ist.*¹²⁵ Wenn sie jedoch etwas Abstand zu ihrer Selbstverletzung gewonnen haben, stellen sie fest, dass es ihnen keineswegs besser geht, sondern dass sie sich mindestens genauso leer und verzweifelt fühlen wie zuvor. Sie fangen an, sich selbst abzuwerten, weil sie in ihrer Not wieder einmal nicht anders mit sich umzugehen wussten, als sich zu verletzen. Damit können sich viele Mädchen und Frauen wieder einmal „bestätigen“, dass sie nichts schaffen und nichts richtig machen. Mit diesen Gedanken zieht sich das Mädchen wieder in einen negativen Gefühlszustand, in welchem sie sich schlecht und unendlich einsam fühlt. *„Selbstverletzung ist mit tiefer Scham und Demütigung verbunden. Aber es ist wichtig, darüber zu sprechen, denn genau wie Kindesmissbrauch wird auch Selbstmisshandlung in einem Klima des Schweigens nur schlimmer.“*¹²⁶

Therapiemöglichkeiten bei Selbstverletzendem Verhalten

Die individuelle Funktion der Handlungen bei jeder einzelnen Selbstverletzerin zu analysieren ist wesentlicher Bestandteil der Therapie.¹²⁷ Kenntnisse über die individuellen Funktionen des Symptoms kann Bezugspersonen helfen, sich in die betroffenen Frauen hineinzusetzen und können somit hilfreich in der Interaktion und Kommunikation mit der Selbstverletzerin sein.

Es werden derzeit verschiedene Ansätze zur Intervention und Behandlung von Selbstverletzendem Verhalten praktiziert. In manchen schwerwiegenden Fällen muss eine medizinische Intervention erfolgen, die auch Symptomunterdrückung, z.B. durch Fixierung und Verbote, mit einschließen kann. Zum anderen gibt es sozialpädagogische und psychotherapeutische Angebote für Betroffene, um Selbstverletzendes Verhalten zu beeinflussen und/oder zu verändern. Hierunter fallen Selbsthilfegruppen, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Körpertherapie, Gestalttherapie, Gruppentherapie, familienorientierte und feministische Therapieansätze. Diese können durchaus miteinander kombiniert werden, sodass die Betroffenen unterschiedliche Bewältigungsstrategien erlernen können.

¹²⁵ Kernberg, 1991, S. 149

¹²⁶ Bass & Davis, 1991, S. 103

¹²⁷ vgl. Hänslı, 1996, S. 128

Physische Therapieformen

Medizinische Intervention

Die medizinischen Intentionen zielen bei Selbstverletzendem Verhalten meistens darauf ab, durch Medikamente, Kontrolle und Fixierungen das Symptom „Selbstverletzung“ zu unterdrücken. SACHSSE warnt jedoch davor, da Fixierung oder Verbote die Patientin in ihrem Handlungsrepertoire des Selbstverletzenden Verhaltens derart einschränken, dass es zu psychosenahen optischen Halluzinationen¹²⁸ oder zu einer Überflutung mit Deprivationserlebnissen¹²⁹ kommen könnte, die an Horrortrips erinnern und somit sehr problematisch sind. Aus meiner Sicht stellen solch medizinischen Interventionen eine erhebliche Grenzverletzung dar und können Ohnmachtsgefühle erheblich verstärken. Das Gefühl der eigenen Schuld und der persönlichen Abwertung kann dadurch verstärkt werden. Die Frauen erleben zum wiederholten Male eine Unterdrückung ihrer Persönlichkeit und erleben, dass die meist einzige Möglichkeit, durch Selbstverletzung Aggressionen abzubauen, nicht „akzeptiert“ ist. Es entsteht ein schon alltägliches Gefühl der Einsamkeit. Zu bedenken ist, dass es bei der Patientin zu einer Regression führen könnte, da diese die Verantwortung für sich selbst abgibt.¹³⁰ Aus der Sicht von Betroffenen erscheint die Zwangseinweisung als wenig hilfreich, da die Isolierung oder geschlossene Unterbringung als bestrafend empfunden wird und die Gefühle von eigener Isolation verstärken.¹³¹

Medikation

Die Problematik einer angemessenen Medikation bei SVV- Patientinnen scheint in der Medizin ungelöst. Diesbezügliche Medikationen stellen eine Gratwanderung zwischen einer unangebrachten Dosierung und der Hoffnung einer medikamentösen Lösung des Problems „Selbstverletzendes Verhalten“ dar. Diese Form der Intervention wird von SACHSSE folgendermaßen eingeschätzt: *„Solange es aber keine spezifisch wirksame Medikamentengruppe gibt, frage ich mich manchmal, ob die Medikation nicht überwiegend*

¹²⁸ vgl. Sachsse, 1995, S. 43

¹²⁹ vgl. ebd., S. 123

¹³⁰ vgl. ebd., S. 15 f.

¹³¹ vgl. Himer, 1994, S. 627

*der allgemeinen Beruhigung dient: derjenigen der Patientin und derjenigen des Behandlungsteams.*¹³² In seiner langjährigen Erfahrung mit Selbstverletzungspatienten schildert er, dass diese viel höhere Dosierungen von Psychopharmaka vertragen und benötigen als andere PatientInnen. Da Selbstverletzendes Verhalten mit vielen verschiedenen emotionalen Symptombildungen assoziiert ist, würde eine vielfältige Medikation erforderlich sein.¹³³

Psychologische Therapieformen

Therapeutische Ansätze zur Beeinflussung von Selbstverletzendem Verhalten verfolgen die Aufdeckung oder Lösung zugrundeliegender Konflikte, Probleme und der jeweiligen Funktionen der Selbstverletzenden Verhaltensweisen für die Betroffenen. Das erfordert eine längere und kontinuierliche Arbeit mit den Patienten.

Verhaltenstherapie

Elemente aus der Verhaltenstherapie können bei dem Erreichen des Therapieziels einen wichtigen Schritt in Richtung Heilung leisten. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich SVV über viele Jahre hin zu einem Verhaltensmechanismus entwickelt hat, wobei die Selbstverletzungshandlungen nicht mehr durch die anfängliche Ursache ausgelöst werden. Auch hier geht es um Verbesserung der Affektregulation, in diesem Fall vor allem durch das Erlernen bewusster Affektkontrolle. Dabei soll herausgefunden werden, welche Vorteile eine bestimmte Verhaltensweise bringt, da man in der verhaltenstherapeutischen Theorie u.a. davon ausgeht, dass Verhalten nur wiederholt wird, wenn es eine gewünschte Belohnung bewirkt. Bei SVV kann dies zum Beispiel die Entspannung danach aber auch das Erhalten von Zuwendung sein. Dann werden Alternativen zum Erreichen der Belohnung gesucht und/oder die Belohnung gibt es nicht mehr. Das kann z.B. bei stationären Aufenthalten eine nicht zusätzlich erteilte Aufmerksamkeit nach der Selbstverletzungshandlung sein. (Dies bedarf genauer Absprachen mit allen an der Behandlung beteiligten Personen.) Bei der

¹³² Sachsse, 1995a, S. 30

¹³³ vgl. Sachsse, 1995a, 27 f.

Verhaltenstherapie bleiben die Ursachen im Wesentlichen unangetastet, d.h. ein evtl. bestehendes Trauma wird aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zum Thema werden. Bei einer differenzierten Anwendung kann die Veränderung von Verhaltensweisen für Betroffene durchaus sinnvoll sein.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Therapieform kann helfen, die - vor allem bei Frauen - typischen, destruktiven Denkschemata über sich selbst, Selbstkritik, Selbstverurteilung und Selbstbestrafung abzubauen.¹³⁴ So können hier Situationen in der Phantasie durchgespielt werden und beim Auftreten des Bedürfnisses nach Selbstverletzung andere Reaktions-/Handlungsmöglichkeiten (zunächst im ge- bzw. beschützten Rahmen) erprobt und eingeübt werden. Dies geschieht durch kognitives Lernen.

Familienorientierte Therapie

Die familienorientierte Therapie sieht im Symptom des Selbstverletzenden Verhaltens den Ausdruck eines familiären Konfliktes, in welchem die Betroffene eine stabilisierende Funktion für die Familie erfüllt, indem sie von den Problemen der übrigen Familienmitglieder ablenkt.¹³⁵ Selbstverletzung ist eine Kommunikationsform und hat sehr viel mit Beziehungen zu tun. Ich denke, man kann sagen, dass - selbst wenn SVV im Verborgenen stattfindet - immer auch andere Personen mit einbezogen sind. Beim systemischen Ansatz geht man davon aus, dass jede Handlung in einem System einen Sinn hat und auch zur Aufrechterhaltung des Systems benötigt wird. Ziel einer systemischen Familientherapie ist die Aufdeckung dieser Mechanismen. Oft wird diese jedoch durch Boykott der anderen Beteiligten (wenn es sich um die Ursprungsfamilie handelt) verhindert, weil dieses Verhalten (SVV) eben auch zum Bestand des Systems in seiner jetzigen Form beiträgt und für viele die bequemste Möglichkeit darstellt. Dies soll jedoch nicht als allgemein gültig verstanden werden. Sicher gibt es auch viele Familien (oder einige Teile derer), die das Selbstverletzende Verhalten eines

¹³⁴ vgl. Herpertz, 1994, S. 117

¹³⁵ vgl. Eckhardt, 1994, S. 187 ff.

Familienmitgliedes als einen wichtigen Anstoß ansehen und bereit sind, an dem Prozess der Veränderung des Verhaltens beizutragen. Zudem kann eine Familientherapie auch dann sehr hilfreich sein, wenn die Betroffenen schon eine eigene Familie mit Partner und evtl. auch Kindern haben. Dann ist SVV oft ein Problem für alle in diesem System - auch wenn die Selbstverletzungen nicht offen sind, spüren doch die meisten, dass etwas nicht stimmt.

Traumazentrierte Therapie

Da SVV nicht selten ein Trauma als Ursache zu Grunde liegt, ist die traumazentrierte Therapie eine von PsychologInnen oder TherapeutInnen eingesetzte Methode, um durch eine erneute Durchlebung des Traumas dieses einschneidende Kapitel im Leben abschließen zu können. Dieses definiert nicht vergessen, sondern es aushaltbarer zu machen, indem man soviel wie möglich darüber erfährt und die Unfassbarkeit greifbar wird. Diese Therapieform will die so lange verdrängten, nicht verarbeiteten Erlebnisse in einer geballten Form hervorbringen. Dabei ist Vorsicht geboten, da es hierbei schnell zu einer psychischen Überbelastung der PatientInnen kommen kann.

Spezialtherapie für Frauen: Das Bristol - Modell

Das Bristol – Modell als Spezialtherapie für Frauen wird in Großbritannien praktiziert. Diese Therapieform hat viel mit der traumazentrierten Therapie gemeinsam, aber rückt die Selbstverletzung mehr in den Mittelpunkt. Man versucht, die Verbindung zwischen den Autoaggressionen und des erlebten Traumas herzustellen. Der Therapeut setzt sich zudem auch mit dem sozialen und politischen Umfelds seiner Klientinnen auseinander. Es wird geschaut, welche Bedeutung das für die Klientinnen und ihr Verhalten bedeuten kann. Man geht hier auch davon aus, dass Selbstverletzung "ein Instrument ist, das wichtige psychologische Funktionen erfüllt." Der Therapeut fordert die Klientin nicht auf, sich nicht mehr zu verletzen, sondern versucht dabei zu helfen, Gefühle zu verstehen und auszudrücken und dadurch alternative Möglichkeiten der Stressbewältigung zu entwickeln. Es wird angenommen, dass die Bereitschaft sich selbst zu verletzen sinkt, wenn die Betroffene ihre

durchlebten Erfahrungen versteht, darüber sprechen kann und es für sich akzeptiert hat.¹³⁶

Ergänzende Therapieformen

Körpertherapien

Körpertherapien haben das Ziel, Körperwahrnehmung und Körpererleben zu verbessern. Sie stellen eine sinnvolle Ergänzung anderer Therapieformen dar, da ein pfleglicher, fürsorglicher und lustvoller Umgang mit dem eigenen Körper intendiert ist. Außerdem soll durch Bewegung und Sport eine neue Möglichkeit des Spannungsabbaus erlernt werden.¹³⁷

Atemtherapie

Zu Beginn einer Therapie wird von den meisten Behandelnden von reinen Entspannungsübungen (wozu auch Atemübungen gehören), wegen evtl. auftretenden Angstgefühlen und Dissoziationszuständen abgeraten. Der Weg dahin sollte Schritt für Schritt erfolgen; begonnen mit der zuvor geschilderten Körpertherapie.

Der Atemtherapie liegt die Annahme zu Grunde, dass Energie aus der Luft kommt und Atmen unser Leben erhält. So hat der Atem zentralen Einfluss auf unser körperliches Empfinden und kann bei entsprechender Übung kontrolliert und heilend eingesetzt werden. Bei bestimmten Atemtechniken kommt es zu körperlichen und geistigen Entkrampfungen. Diese können - begleitend mit anderen Therapieformen - von Angst- und Verspannungszuständen befreien.

Gestalttherapie

Die Gestaltungstherapie kann einzeln oder in der Gruppe nur als Ergänzung von anderen Therapien eingesetzt werden. Sie stellt eine Möglichkeit dar, auf nonverbaler Ebene Gefühle, Phantasien und Gedanken auszudrücken, indem mit verschiedenen kreativen Techniken und

¹³⁶ vgl. Smith & Cox & Saradjian, 2001, S. 80

¹³⁷ vgl. Eckhardt, 1994, S. 205

verschiedensten Materialien frei gearbeitet wird. Anschließend wird das Werk in der Therapie besprochen.¹³⁸

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen können für Klientinnen einen wichtigen Beitrag leisten, ihr persönliches Gefühl der Isolierung abzubauen und in den Kontakt mit anderen Betroffenen zu kommen. Sie stellen meist eine sinnvolle Ergänzung zur konventionellen Therapie dar. Inwiefern so eine defensive Form der Konfrontation gegenüber der eigenen Selbstverletzung auszuhalten ist, sollte in einem vorhergehenden Beratungsgespräch mit den Klientinnen besprochen werden. Es kann unterschiedlichste Gefühle hervorrufen, welche die Frauen als Belastung oder als zu hohe Gefahr einer Triggersituation empfinden können. Demnach ist die Unterstützung zu einer ausführlichen Auseinandersetzung mit den bestehenden Grenzen und Bedürfnissen eine wichtige Handlungsarbeit der BeraterInnen.

Inwiefern können Sozialarbeiter auf dem Weg zur richtigen Therapie unterstützen?

Eine sehr sinnvolle Möglichkeit für Klientinnen, sofern sie über noch keinerlei Therapieerfahrung und Kenntnisse verfügen, ist das Aufsuchen einer psychosozialen Beratungsstelle. Diese kann nach einem kurzen Klärungsprozess helfen, die geeignete Therapieform zu finden. Frauenzentren stellen hier zum Beispiel eine gute Möglichkeit dar. Dies kann - bei einem entsprechenden Angebot - beispielsweise auch über eine Klinik erfolgen. In einer Beratungssituation sollte man demnach unterschiedlichste Adressen anbieten können und (sofern der mögliche Rahmen besteht) die Frauen zu diesen Terminen unterstützend begleiten. So erhalten die Frauen ein Gefühl des Vertrauens und der Sicherheit und man vermeidet somit zu befürchtende Fluchtreaktionen. Haben die Frauen diese erste Hürde geschafft, erhalten sie ein Gefühl des Stolzes. Sie sind einen weiteren Schritt in Richtung einer Änderung ihrer Situation gegangen. Ausschlaggebend für eine Entscheidung zur Therapie sind meist die Ergebnisse und das Gefühl der Betroffenen nach den angesetzten Erstgesprächen ihrer ausgewählten Therapieform.

¹³⁸ vgl. Eckhardt, 1994, S. 194

Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen - ein Handlungsfeld Sozialer Arbeit

Es begegnen uns in den unterschiedlichsten Bereichen der sozialen Arbeit Menschen, die sich selbst verletzen. Selbstverletzendes Verhalten scheint ein multifaktorielles Problem darzustellen, welches auf verschiedenen Ebenen angegangen werden sollte. Ansätze hierfür gibt es in der sozialen Arbeit, zu deren Grundsätzen die Erfassung des gesamten Lebensumfeldes, denen ein Individuum ausgesetzt ist, gehört. Ziel sozialer Arbeit ist es, die Entwicklung, Veränderung und Verbesserung der Handlungsfähigkeit von Menschen zu fördern.

Die Aufgabe, sich mit Selbstverletzern auseinander zu setzen, erfordert flexible, von Akzeptanz geprägte Handlungsweisen. Das Verhalten der Betroffenen scheint oft unverständlich und es gestaltet sich schwer, Menschen mit diesen Symptomen konstant zu begleiten. Daher sollten alle Helfer und Helferinnen besonders darauf achten, ihre eigenen Kräfte und Ressourcen im Auge zu behalten, sodass die Tatsache des Selbstverletzenden Verhaltens nicht ins Zentrum einer Beziehung rutscht, sondern begleitend akzeptiert, behandelt und verstanden wird. Welche Rolle hierbei der Umgang und die Akzeptanz spielt, wird in den folgenden Kapiteln erläutert. Da sich die vorliegende Arbeit mit dem Selbstverletzenden Verhalten von Frauen und Mädchen beschäftigt, werde ich nunmehr, einige sozialpädagogische Grundprinzipien für die Arbeit mit Selbstverletzerinnen erläutern.

Grundsätze für die sozialpädagogische Arbeit mit sich selbstverletzenden Frauen

„Frauen sollen lernen, selbstbestimmter zu handeln und zu leben. Dafür ist es wichtig, den Frauen ihre eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen bewusst zu machen, den Reflexionsprozess zu unterstützen und einen Raum zu schaffen, wo Frauen neu erworbenes Können ausprobieren und neue Erfahrungen machen können. Frauen sollen durch aktives Handeln erfahren, was es heißt, auf eigenen Füßen zu stehen.“¹³⁹

¹³⁹ Tiede, 1992, S. 109 ff.

KOST beschreibt ein Ziel feministischer Therapie, das auch für die soziale Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen Gültigkeit besitzt: *„In Gruppen, Selbsthilfegruppen und Einzeltherapie wird die Frau durch den feministischen Blick auf patriarchale Sozialisation vom Erleben des alleinig individuellen Versagens bei psychischen Störungen entlastet.“*¹⁴⁰

Autonomie der Mädchen und Frauen zu unterstützen und zu fördern, je nach ihren Bedürfnissen, ist ein Ziel feministischer Mädchen- und Frauenarbeit. Das Aufzeigen neuer oder anderer Lebensmöglichkeiten regt bei den Frauen meistens einen Prozess der eigenen Identifizierung an.

Frauen mit psychischen Krankheiten sind oft gefangen in patriarchalen Vorstellungen und Erwartungen an ein normales Leben. HILSENBEEK hält es für wesentlich und heilsam, den Frauen innerhalb der Betreuungsbeziehung Raum für eigene Entwicklung zu geben: *„Freiräume, Wahlmöglichkeiten, Austesten und Vielfalt im Hinblick auf die zentralen Thematiken, innerhalb des sicheren Rahmens der Zeit und der Beziehung jenseits des Entweder- Oder, jenseits von Ausbeutung und Übergriffen geben einer Klientin die ganz konkrete Erfahrung von Alternativen.“*¹⁴¹

Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Klientin und SozialpädagogInnen

Aufgrund der häufig vorhandenen Kindheitstraumata und der damit verbundenen Verlassenheitsängste brauchen Frauen und Mädchen, welche sich selbst verletzen, eine verlässliche, kontinuierliche Beziehung.

SACHSSE meint, dass jedes Beziehungsangebot aus der Sicht der Patientinnen subjektiv unzureichend sei:

*„Selbst, wenn sie 25 Stunden am Tag leibhaftig präsent wären, ginge es um die Minuten, die sie allein aufs Klo gehen wollen. Es gibt kein Beziehungsangebot, durch das sie die Enttäuschung und Wiederbelebung der früheren Deprivations- und Vernachlässigungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung verhindern können. Das wäre auch gar nicht sinnvoll.“*¹⁴²

¹⁴⁰ Kost, 1992, S. 93

¹⁴¹ Hilsenbek, 1998, S. 125

¹⁴² Sachsse, 1995a, S. 65

Selbstverletzende Frauen haben oft aufgrund ihrer Geschichte die Tendenz, Beziehungsabbrüche zu provozieren. Hierbei ist als Konsequenz besondere Vorsicht geboten. Es ist wichtig, sich nicht in diese alten Beziehungsmuster verstricken zu lassen. Die Gründe dieser Muster müssen mit der Frau gemeinsam erarbeitet werden, Beziehungsabbrüche dürfen im Sinn von SACHSSE nicht einfach so hingenommen werden.¹⁴³

Beziehungsabbrüche seitens der Therapeutin, welche man auch auf die Beziehung zu SozialpädagogInnen hinleiten kann, würden jede weitere Therapie erschweren. Und zwar dadurch, dass sie den persönlichen Gehalt der bisherigen Beziehung für die Patientin völlig entwerten und ein neues Realtrauma bedeuten würden.¹⁴⁴ Diese Feststellung ist meines Erachtens nach auch auf eine intensive Betreuungsbeziehung übertragbar.

Eine kontinuierliche Bezugsperson im unmittelbaren Umfeld stellt für die Frauen und Mädchen einen Menschen dar, welcher jederzeit ansprechbar ist. Die Vermittlung eines Gefühles der Sicherheit und des Verständnisses scheint mir hierbei der zentralste Punkt.

Frauen und Mädchen, welche schwerwiegende traumatische Erlebnisse hatten, haben meist nie gelernt, einfach nur gemocht und akzeptiert zu werden. Viele scheint dies auch zu überfordern. Hierbei ist es wichtig, den Prozess der Entwicklung und des Aufbaus einer konstanten Beziehung mit langsamen Schritten anzugehen. Diese Kontinuität in einer menschlichen Beziehung zeigt den Mädchen und Frauen, dass sie nicht nur einige Tage „Interesse“ an Ihnen haben.

Man sollte in seiner Arbeit aber auch Grenzen (Privatleben der SozialpädagogInnen, bestimmte Termine zum Gespräch) und Regeln (Hausordnung etc.) einhalten und ggf. besprechen. Dieses scheint mir im Zusammenhang mit dem Aufbau eines geschützten Rahmens sehr wichtig. Grenzen und Regeln einzuhalten, bedeutet für viele Mädchen und Frauen Überwindung und Kraft. Diese trotzdem versuchen einzuhalten, kann den Aufbau des eigenen Selbstwertgefühls der Mädchen fördern. Es macht stolz, etwas zu bewältigen, was man bislang nicht kannte. Die BetreuerInnenbeziehung sollte hierbei auch eine vertrauensvolle Anlaufstelle bei Rückschlägen darstellen. Rückschläge stellen nichts schlechtes dar. Oftmals bedeuten sie durch die Auseinandersetzung mit ihnen einen Schritt nach vorn.

¹⁴³ vgl. Sachsse, 1995a, S. 58

¹⁴⁴ vgl. Sachsse, 1995a, S. 60

Vermittlung einer ganzheitlichen Wahrnehmung

„Es ist wichtig, die Frauen als ganze Person mit allen Stärken und Schwächen wahrzunehmen, nicht nur als Frauen, die sich selbst verletzen.“¹⁴⁵

Ganzheitlich heißt vor allem an den Ressourcen der Frauen anzusetzen. Fähigkeiten und/oder Stärken sollten deutlich gemacht werden. Frauen und Mädchen sollten ihre Ressourcen kennen lernen und betrachten können, sodass sie sich wieder als wertvoll empfinden. Das für jeden Menschen normal entwickelte Selbstwertgefühl verliert sich meistens im Verlauf der traumatischen Erlebnisse und geht durch das nicht zu steuernde Selbstverletzende Verhalten noch mehr verloren. Viele Mädchen und Frauen sind sich ihrer Ressourcen und Fähigkeiten gar nicht mehr bewusst. Diese kann man im Verlauf einer Betreuungsbeziehung thematisieren, fördern, aufzeigen und wieder in das Leben der Betroffenen integrieren.

Zudem sollte man alle Erfahrungen der Frauen ernst nehmen. Erfahrungen oder Symptome sollten nicht als Anzeichen von Krankheit wahrgenommen werden, sondern als (Über-) Lebensstrategie der Frauen. Diese kann man in Gesprächen thematisieren, konkretisieren oder ergänzen. Oftmals bedeuten die Worte „Ich glaube dir“ eine neue Welt für die betroffenen Frauen und Mädchen. Sie werden ernst genommen, werden nicht als Lügnerinnen dargestellt und bekommen somit die Möglichkeit, sich fallen zu lassen und zu vertrauen. Zur Ganzheitlichkeit gehört auch, Gefühle der sich selbst verletzenden Frauen ernstzunehmen. HILSENBEK meint, dass es wichtig sei, Gefühle von Stolz nicht abzuwerten (aus Angst vor einem „masochistischen Triumph“) und der Frau, die sich selbst verletzt, dadurch zu bestätigen, wie viel sie ausgehalten habe und wie stark sie sei.¹⁴⁶

Akzeptanz von Selbstverletzendem Verhalten als Symptom bzw. Überlebensstrategie

HILSENBEK benennt als Therapieziel die Beendigung der Selbstverletzung - allerdings bei absoluter Akzeptanz des Jetzt-Zustandes. Dabei sei es wichtig, die Autoaggression zu beachten, anzuerkennen, zu validieren, zu erfragen, zur Kenntnis zu nehmen, sie wiederholen und differenzieren zu können.¹⁴⁷ Akzeptanz bedeutet auch, der Klientin zu zeigen, dass man

¹⁴⁵ Hilsenbek, 1991, S. 125

¹⁴⁶ vgl. Hilsenbek, 1998, S. 113

¹⁴⁷ vgl. Hilsenbek, 1998, S. 125

die Selbstverletzung versteht und ihr in diesem Moment eine Anerkennung ihrer schwierigen Lage zukommen lässt. HILSENBEK formuliert dies folgendermaßen:

„Wir können den Klientinnen für ihre Emotionen Zuwendung, für ihre Lage Anerkennung geben, beispielsweise in folgender Formulierung: Wenn ich mich hineinversetze in ihre Situation bekomme ich eine solche Wut, dass ich alles zusammenschlagen könnte. Da das ja bei diesem bedrohlichen Mann nur alles schlimmer machen würde, wüsste ich auch erst mal nicht, wohin damit. Da verschafft es Ihnen vielleicht Erleichterung, wenn sie sich mit dem Bügeleisen verbrennen und zu ihrer Ärztin müssen - und da sieht eine wenigstens mal, was sie alles leiden.“¹⁴⁸

Die Anerkennung der Funktion und des Wertes der Selbstverletzung würde sekundäre Scham und Schuldgefühle unnötig machen, so HILSENBEK.¹⁴⁹

Förderung von Beziehungskompetenzen

Selbstverletzendes Verhalten tritt häufig nach frustrierenden zwischenmenschlichen Erlebnissen auf. Viele Frauen mit selbstverletzendem Verhalten reagieren sehr viel empfindlicher auf spannungsreiche, konflikthafte zwischenmenschliche Situationen, insbesondere, wenn sie mit Zurückweisung und Kränkung verbunden sind.¹⁵⁰

Aus diesem Grunde ist es sinnvoll und notwendig, mit den Frauen und Mädchen an ihren Beziehungskompetenzen zu arbeiten. Vor allem um Beziehungskompetenzen zu stärken, kann es zu einem bestimmten Zeitpunkt sinnvoll sein, in Gruppen (Wohngruppen, Therapiegruppen) zu arbeiten. HILSENBEK nennt folgende Kompetenzen, welche so erweitert werden können:

Gefühle und Wahrnehmungen mitteilen, in Kontakt bringen, differenzieren, in der therapeutischen Übertragung entfalten lassen; Feedback-geben; Feedback-nehmen; Vertrauen finden oder aufbauen; Misstrauen in Vorsicht verwandeln; Nähe und Distanz regeln und aushalten; Abgrenzung (ja/nein); Freiräume und Testen der Beziehung; konstruktive

¹⁴⁸ Hilsenbek, 1998, S. 118

¹⁴⁹ vgl. ebd., S. 126

¹⁵⁰ vgl. Eckhardt, 1994, S. 177

Aggression; Selbstwert, Selbstachtung, Abschiede durchleben und Zukunftsorientierung ausbilden.¹⁵¹ Eine Interventionsmethode stellt der Vertragsabschluss dar. Hierbei gilt es mit den Frauen „Verträge“ oder Paktabsprachen auszuhandeln. Diese Methode des Vertragsabschlusses wird von Autorinnen verschiedenster Richtungen erwähnt.¹⁵² Eine mögliche Absprache wäre zum Beispiel:

„Ich werde versuchen, mich bis morgen Nachmittag nicht zu schneiden und wenn ich in Versuchung kommen sollte, klopfе ich in eurem Büro und rede mit dem diensthabenden Mitarbeiter.“ Nach SACHSSE muss ein Pakt oder ein Vertrag auch immer ein Angebot des Therapeuten enthalten. Ansonsten wäre die Gefahr groß, dass er nur zur Entlastung von Verantwortung des Therapeuten dient. Eine Paktabsprache sei oft eine Gratwanderung, da ein Scheitern oft zu heftigen Aggressionen gegen sich selber führe.¹⁵³

Kleine und kleinste Therapiefortschritte sollen wahrgenommen und bestätigt werden und auch das Schlechte spricht SACHSSE mit dem Hinweis darauf an, dass es „im Moment noch“ so sei.¹⁵⁴ Diese Interventionen kann man ebenfalls in der sozialpädagogischen Handlungsweise verwenden.

Förderung der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Grenzen

Wie zuvor beschrieben zeigen Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten oft mangelnde Fähigkeiten, ihre Gefühle und Befindlichkeiten wahrzunehmen oder sie zu erkennen. SACHSSE spricht von der Möglichkeit, die Binnenwahrnehmung von Gefühlen durch Affektdifferenzierung zu fördern. Dabei verbalisiert er die Emotionen seiner Patientinnen. Diese Methode kann in eingeschränktem Rahmen auch in der sozialpädagogischen Arbeit eingesetzt werden. Der fehlende Kontakt zum eigenen Körper kann zu Fehleinschätzungen des eigentlichen Gesundheitszustandes führen. Oftmals können die Frauen und Mädchen nicht von „echter“ Krankheit unterscheiden und fordern zu spät ärztliche Hilfe an. Aufgrund dieser Defizite in diesem Bereich ist es notwendig, den Frauen im Aushalten und Dosieren von Emotionen, Ambivalenzen und Impulsen behilflich zu sein.¹⁵⁵ Grenzen bei sich und bei anderen Menschen adäquat wahrzunehmen, ist oft ein großes Problem für Frauen mit

¹⁵¹ vgl. Hilsenbek, 1998, S. 127

¹⁵² vgl. Himber, 1994, S. 628; Hilsenbek, 1998, S. 126; Sachsse, 1995a, S. 67

¹⁵³ vgl. Sachsse, 1995a, S. 67

¹⁵⁴ vgl. Sachsse, 1995a, S. 71

¹⁵⁵ vgl. Hilsenbek, 1998, S. 126

Selbstverletzendem Verhalten. ECKHARDT berichtet davon, dass diese Frauen in zwischenmenschlichen Beziehungen oft sehr schnell sehr viel von sich zeigen würden, z.B. über Missbrauchserlebnisse sprechen, und sich dann ganz schnell wieder abwenden, wenn nicht die erhoffte Reaktion kommt.

SozialpädagogInnen können den Frauen dabei helfen, sich schützen zu lernen. Dabei müssen sie aber zunächst oft die Schutzfunktion übernehmen, wie eine Mutter oder ein Hilfs-Ich.¹⁵⁶

Selber Grenzen setzen zu können und die Grenzen der Frauen wahrzunehmen und zu respektieren ist deshalb eine unablässige Kompetenz für SozialpädagogInnen, die mit sich selbst verletzenden Menschen arbeiten. Aufgrund der Tatsache, dass Frauen oftmals kaum Formen der Selbstfürsorge kennen oder praktizieren, wäre es durchaus sinnvoll, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Dazu können zum Beispiel die Einrichtung der Aufenthaltsräume, Ausflüge, gemeinsames Kochen, Körpererfahrungen durch Baden und Spiele zählen.¹⁵⁷ Hilfreich scheint zugleich eine Darbietung einer festen Tagesstruktur, welche einen Raum zur Entfaltung und zur Eingrenzung der Selbstverletzung bietet. Diese sollte u.a. mit Aktivitäten, Darbietung eventueller Hobbys, alltäglichen Aufgaben gefüllt sein.

Leitlinie zur Fürsorge der eigenen Gefühle für den Sozialpädagogen

Sich über eigene selbstschädigende Verhaltensweisen bewusst zu werden, kann die Notwendigkeit verringern, das Symptom als etwas Fremdes aus sich auszugrenzen.¹⁵⁸ Die eigene Gefühlsreaktion auf das Selbstverletzende Verhalten der Klientinnen sollte gut reflektiert werden. Häufige Gefühle wie z.B. Ängste, Wut, Schmerz, Trauer, Schuldgefühle, Kontrollzwang begegnen uns fortwährend in unserem Leben. Diese Gefühle auch gegenüber den Klientinnen äußern zu können, scheint in der Arbeit einen wichtigen Punkt zu treffen. Viele Frauen und Mädchen sind der Meinung, sie wären allein mit solchen Gefühlen. Die Reflektierung der eigenen Gefühlszustände birgt eine Form des Vertrauens zwischen beiden Seiten, der Erleichterung beider Seiten und der Offenlegung „verwandter“ Gefühlszustände. Dies könnte ein gegenseitiges Verständnis bewirken. Die oftmals bei Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten vorhandenen borderlinetypischen Beziehungsdynamiken erfordern einen besonders reflektierten Umgang.

¹⁵⁶ vgl. Eckhardt, 1994, S. 180

¹⁵⁷ vgl. Sachsse, 1995a, S. 67 und 97 ff.

¹⁵⁸ vgl. Sachsse, 1995a, S. 55

Die Ambivalenz zwischen Wünschen nach Nähe und Kontakt und Angst vor Vereinnahmung, Gewalt oder Verlust der Freiheit äußere sich laut HILSENBEK im „Phänomen der Schaukel“- der jeweilig gegenläufige Impuls würde auf die Therapeutin übertragen. Weitere Zeichen dieser widersprüchlichen Dynamik seien Machtkämpfe, Kontrollieren, Manipulieren bis hin zu Grenzüberschreitungen beiderseits. HILSENBEK sieht es als sinnvoll an, diese Spaltungen, Entweder-Oder-Situationen aufzuzeichnen, den Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten zu spiegeln und entschiedenen Zwischenwege zu suchen. Wenn diese Machtkämpfe eskalieren, sei dies ein Warnsignal und ein Zeichen dafür, dass es zunächst angezeigt sei, an einer besseren Stabilisierung, Symptomreduzierung, Ich-Stärkung und einer stabileren Vertrauensbeziehung zu arbeiten.¹⁵⁹ Es ist demnach notwendig, im Team Absprachen über den Umgang mit der Klientin oder auch dem Selbstverletzendem Verhalten und über aufgestellte Regeln in der Einrichtung, auf der Station etc. zu treffen.¹⁶⁰ Ein fürsorglicher Umgang der Teammitglieder, schreibt SACHSSE, sei wichtig für einen selbst und untereinander. Dies gilt vor allem bei belastenden Patientinnen.¹⁶¹

„Verlässliche Stationsregeln, die alle Teammitglieder kennen, gemeinsam erarbeitet haben und solidarisch vertreten, sind gerade auf psychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen wichtige soziale Signale und Orientierungspunkte. Bei Patientinnen mit Spaltungstendenzen reduzieren Regelungen, die für alle Mitarbeiter und alle Schichten verbindlich sind, die Möglichkeiten zur Teamspaltung erheblich.“¹⁶²

Fragestellung und methodisches Vorgehen

Thematische Vorüberlegungen

Wie bereits ausführlich geschildert, soll in dieser vorliegenden Arbeit die bislang zu diesem Thema existierende Literatur als auch die subjektive Sicht Betroffener mit Hilfe

¹⁵⁹ vgl. Hilsenbek, 1998, S. 122

¹⁶⁰ vgl. Sachsse, 1995a, S. 22

¹⁶¹ vgl. ebd., S. 22

¹⁶² ebd., S. 25

problemzentrierter Interviews beleuchtet werden. Zielsetzung dieser Arbeit ist, ein erweitertes Verständnis für das Auftreten autoaggressiver Verhaltenweisen sowie einen Einblick in die Welt der betroffenen Frauen zu schaffen. Aufgrund der Verständnislosigkeit unserer Gesellschaft gegenüber Selbstverletzenden Verhaltensweisen scheint es mir notwendig, eine Brücke zur Toleranz und Akzeptanz zu schaffen. Darüber hinaus soll die vorliegende Arbeit die Notwendigkeit der hohen Bedeutung für die Beratung und Therapie noch einmal verdeutlichen. Dabei stellt die geschlechtsspezifische Sichtweise einen differenzierten Blickwinkel dar und verhilft der sozialen Arbeit zu neuen Hilfsangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten.

Beruhend auf der Zielsetzung, einen Einblick der subjektiven Wahrnehmungen Betroffener zu schaffen, erschien es sinnvoll, sich dem Thema über qualitative Forschungsmethoden anzunähern. Aufgrund der hohen Sensibilität des Themas und des Anspruches an Alltagsnähe und Praxisrelevanz bietet sich ein qualitatives Auswertungsverfahren an. Offene Fragen zu stellen und den Befragten wirklich zuzuhören, um Hypothesen zu generieren und salutogenetische Prozesse zu erklären, wird insbesondere bei der Erfassung von Bewältigungsprozessen als wichtig erachtet.¹⁶³ Das Ziel ist es, nicht nur abstrahierend zu objektivieren, sondern sich auf die Interaktion mit dem Beforschten einzulassen, um die spezifischen Erlebens- und Wahrnehmungsweisen von sozialer Realität zu erfassen.¹⁶⁴ Aufgrund der gesellschaftlichen Degradierung gegenüber Menschen mit selbstverletzendem Verhalten scheint dies eine angebrachte Notwendigkeit zu sein. Ziel ist, die spezifischen Erlebens- und Wahrnehmungsweisen ihrer persönlichen Erlebnisprozesse aus ihrer subjektiven Sicht zu erfassen und darzustellen. Das allerdings erfordert die aktive Einbeziehung der InterviewpartnerInnen in den Forschungsprozess und eine offene selbstreflexive Haltung als Forscherin. In den folgenden forschungsmethodologischen Überlegungen beziehe ich mich auf GAHLEITNER.¹⁶⁵

Die Interviewpartnerinnen

Die Suche nach geeigneten Interviewpartnerinnen gestaltete sich anfangs sehr schwer. Ich stellte mir eine Liste aller in Frage kommenden Institutionen im Raum Berlin zusammen.

¹⁶³ vgl. Antonowsky, 1997

¹⁶⁴ vgl. Mayring, 1991; Bohnsack, 1999

¹⁶⁵ vgl. Gahleitner, 2000, S. 134 ff.

Darunter fielen u.a. Beratungsstellen, Wohngemeinschaften und Kriseneinrichtungen. Zeitgleich schaltete ich eine Anfrage in verschiedenen Tageszeitungen und in einem Internetforum für von Selbstverletzung betroffene Mädchen und Frauen. Auf die Anzeige in den Tageszeitungen meldete sich zu meinem Bedauern niemand. Während des laufenden Kontaktes innerhalb des Internetforums bemerkte ich, dass die Frauen in diesen Foren einerseits sehr offen, andererseits jedoch ziemlich vorsichtig waren. Nachdem mir eine Frau innerhalb des Forums anbot, ein Interview per Telefon durchzuführen, lehnte ich dieses dankend ab und beließ den bestehenden Internetkontakt dabei. Ich hatte Befürchtungen, dass die Frau per Telefon einer Triggersituation hilflos ausgeliefert wäre. Dieser Gefahr einer unkontrollierbaren Belastungssituation wollte ich entgegenwirken. Nunmehr blieb zur Kontaktaufnahme mit betroffenen Frauen einzig und allein die Möglichkeit des institutionellen Rahmens. Ich rief verschiedene soziale Einrichtungen an und trug mein Anliegen vor. Meist verwiesen mich die MitarbeiterInnen auf einen Rückruf nach den dortigen Teamsitzungen. Ich bemerkte, dass die Unsicherheit eines Interviews zu diesem Thema sehr hoch schien. Die Mehrheit der kontaktierten Institutionen begründeten ihre darauf folgenden Absagen mit der Angst einer zu hohen Stresssituation seitens ihrer Klientinnen. Dieses konnte ich durchaus nachvollziehen, jedoch zweifelte ich an, dass von den dort lebenden Klientinnen überhaupt jemand gefragt wurde. Das Für und Wieder einer Entscheidung der SozialarbeiterInnen über den Kopf der Klientinnen möchte ich in diesem Rahmen nicht näher erläutern. Es gestaltete sich dadurch für mein Vorhaben jedoch äußerst schwer, mein Anliegen persönlich an betroffene Frauen zu richten. Eine Einrichtung des EJF (Evangelisches Jugendfürsorgewerk) stellte für mich als einzige Einrichtung von 15 kontaktierten Institutionen einen Kontakt zu einer ehemaligen Bewohnerin her. Diese konnte ich nunmehr persönlich zu einem Interview bitten. Nach einigen Telefonaten setzten wir einen Interviewtermin fest. Meine zweite Interviewpartnerin fand ich im Rahmen meiner eigenen Arbeitsstelle. Sie lebte zum Zeitpunkt des Interviews schon in einer eigenen Wohnung und war gegenüber einem Interview zu meinem Forschungsthema sehr offen. Der Kontakt zur dritten Interviewpartnerin war eher ein Zufallstreffer. Sie arbeitete selbst in einer sozialen Einrichtung und musste mir zunächst einmal als Mitarbeiterin auf meine Anfrage eine Absage mitteilen. Sie stellte sich jedoch zugleich als eventuelle Interviewpartnerin zur Verfügung. Ich konnte nunmehr die Termine für die Vorgespräche und der Interviewdurchführung festlegen. Aufgrund der Tatsache, dass ich direkt betroffene Mädchen und Frauen interviewen wollte, musste ich mir in diesem Kontext auch über die Gefahren bewusst werden. Ich hatte zu Beginn einige Bedenken, dass die Frauen und Mädchen durch eine Interviewsituation

überfordert wären und fragte meine Interviewpartnerinnen aus diesem Grund nach ihrer persönlichen Einschätzung. Zusätzlich machte ich mir ein Bild über das soziale Umfeld der drei, sodass ich sicher sein konnte, dass die Frauen bei einer eventuellen Überbelastung durch das Interview aufgefangen werden. In den dafür vorgesehenen Vorgesprächen bereitete ich meine Interviewpartnerinnen auf den Inhalt des Interviews vor, fragte einige persönliche Daten ab und stellte meine eigene Person ein wenig vor, sodass die spätere Interviewsituation entspannter verlaufen konnte.

Methodenauswahl

Als Verfahren wählte ich die Befragung als die am meisten angewandte Methodik in der Sozialforschung aus. Aufgrund der Zielsetzung, die persönlichen Erlebnisse der Betroffenen aus ihrer subjektiven Sicht zu erforschen, wählte ich das problemzentrierte Interview. Das erzählende Interview eignet sich besonders zur Erhebung von subjektiv erlebten Ereignissen, von besonderen Erlebnissen im Lebenslauf, wie es die Selbstverletzung darstellt. Diese Befragungsmethode gibt den Interviewpartnerinnen die Möglichkeit, ausführlich zu Wort zu kommen, ihre eigenen Gedanken zum Thema ohne punktuelle Vorgaben frei äußern zu können. Dadurch können erfahrungsnahe, subjektive Aussagen über Ereignisse und biographische Abläufe gewonnen werden. Niemand, außer die Betroffenen selbst, könnte sich in die Situation, das Verlangen nach Selbstverletzung zu haben, hineinversetzen. Um mit Hilfe bestimmter Forschungsmethoden das Phänomen Selbstverletzung mit fundiertem Wissen darstellen und untersuchen zu können, erfordert es einen sensiblen Einblick in die Lebenswelt betroffener Frauen. Somit stellt die Untersuchung subjektiver Sichtweisen einen überaus wichtigen Stellenwert in der theoretischen Grundlagenforschung dar. Ohne die Unterstützung und die Offenheit der Menschen, welche von Selbstverletzendem Verhalten betroffen sind, würden die bis heute existierenden Untersuchungen ausschließlich auf Vermutungen aufgebaut sein. Mit Hilfe problemzentrierter Interviews lässt man den daraus resultierenden Ergebnissen einen enormen Freiraum und erhält trotz alledem wissenschaftlich wichtige Ergebnisse, welche zu dem eigentlichen Forschungsziel hinführen. Das Vorhaben, betroffene Frauen zu interviewen, erforderte in meinem Fall eine lange Vorlaufzeit, in welcher ich zunächst einmal Vorgespräche mit meinen Interviewpartnerinnen führte. Diese Gespräche sollten dazu dienen, meine Interviewpartnerinnen auf die belastende Situation des

Interviews und der Inhalte vorzubereiten. Die Gefahr einer psychischen Überbelastung während des Interviews konnte somit minimiert werden.

„Das problemzentrierte Interview“ - eine methodische Alternative

Das Verfahren der Befragung sollte zunächst mittels Fragebogen durchgeführt werden. Da diese Vorgehensweise aber zum einen erhebliches Vorwissen erfordert und zweitens durch standardisierte Frage- und Antwortkategorien alle Informationen jenseits des vorgegebenen Spektrums ausgeschlossen werden, wählte ich nach Auseinandersetzung mit verschiedenen qualitativen Methoden (Leitfaden-Interview, fokussiertes Interview) das problemzentrierte Interview aus. Diese Form des unstrukturierten offenen Interviews ist im Gegensatz zu vollständig strukturierten Interviews zwar durch verschiedene Gegebenheiten (Interviewsituation, Sympathie/Antipathie) weniger objektiv, auch kann das Forschungsziel (z.B. bei schlechtem Einstieg) öfter verfehlt werden, aber diese Methode gibt dafür dem Befragten die Möglichkeit, ausführlich zu Wort zu kommen, wodurch erfahrungsnahe, subjektive Aussagen über Ereignisse und biographische Abläufe gewonnen werden können. Im Endeffekt können bei dieser Form der Befragung mehr Informationen bei nur unwesentlich verminderter Objektivität erlangt werden. Das persönliche, zu Forschungszwecken durchgeführte Interview knüpft zunächst an die alltägliche Situation des Fragens an, ist aber eine künstliche, asymmetrische (die Interviewaufforderung geht meist vom Interviewer aus) Interaktion zwischen „eigentlich“ fremden Menschen, wobei keine längerfristige Beziehung eingegangen wird. Dieser Aspekt wird durch die Vereinbarung, dass die Daten vertraulich behandelt werden, noch einmal verbal betont. Der neutralen Interviewsituation, in der im Idealfall weder positive noch negative Reaktionen auf Antworten gezeigt werden, kommt ebenso eine bedeutende Rolle zu.

Das problemzentrierte Interview eignet sich hervorragend für eine theoriegeleitete Forschung, bei welcher schon einiges über den Gegenstand bekannt ist. Die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews und macht eine flexible Strukturierung für die verschiedenen Phasen eines Gespräches möglich. Hierbei kann man sich auf spezifischere Fragestellungen konzentrieren und hat trotz allem einen flexiblen, freien Gesprächsablauf. Diese Interviewmethode schien für mein Vorhaben, einen subjektiven Einblick in die Wahrnehmung betroffener Frauen zu gewinnen, ideal. Aufgrund des Forschungszieles fand für meine Interviewpartnerinnen eine unweigerliche

Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Selbstverletzung und deren Ursachen statt, sodass es sinnvoll erschien, einen engen Kontakt zu meinen Interviewpartnerinnen zu erhalten.

Die Instrumente des problemzentrierten Interviews

- **Der Leitfaden**

Der Interview- oder Gesprächsleitfaden dient als Gedächtnisstütze für die InterviewerIn und bildet den damit vorhandenen Orientierungsrahmen während der Befragung. In ihm hat der/die InterviewerIn seine zu untersuchenden Problembereiche in einzelne, thematische Felder differenziert und hat somit auch bei der Auswertung eine Strukturierung der Erzählsequenzen. Diese Gesprächsvorbereitung hat den Zweck, das vorher angeeignete Hintergrundwissen thematisch zu organisieren und einen roten Faden für die Gesprächsführung zu erhalten. Der Leitfaden dient nicht dem Zweck, dem zu Interviewenden einen Gesprächsverlauf vorzugeben. Eine gewisse Offenheit für die Strukturierungsversuche der Problemstellung durch die Befragten muss erhalten bleiben. Der Leitfaden ist also als ein wachsendes System, welches von Gespräch zu Gespräch noch auszubauen, zu ergänzen oder zu modifizieren ist, zu verstehen.

Durch das Einlassen auf die Sichtweise der/des Interviewten einerseits und den Leitfaden als Hintergrund andererseits bekommt man vielfältige, interpretierbare Daten, welche zu immer neuen Konkretisierungen und Korrekturen der Inhalte führen. Diese erlauben wiederum eine komplexe Betrachtungs- und Bearbeitungsmöglichkeit der Fragestellung.

In der vorliegenden Arbeit wurde ein individuell zu führender Leitfaden entwickelt, welcher zunächst einmal die zu untersuchenden Fragestellungen festlegte. Dieser konnte nunmehr in jedem einzelnen Interview variabel eingesetzt werden, sodass einerseits die Struktur des Leitfadens blieb und sich andererseits den individuellen Interviewsituationen anpasste.

Der Leitfaden entstand durch die unterschiedlichsten Fragen, welche ich zu meinem Thema hatte. Diese sammelte ich anfangs ohne die genauere Auseinandersetzung mit dem Thema Selbstverletzendes Verhalten. Somit sollte eine mir „jungfräuliche“ Sicht auf das Phänomen SVV erhalten bleiben. Es entstand eine grobe Themenliste. Im Anschluss wuchs mein Leitfaden mit der genaueren Auseinandersetzung aktueller Literatur zu einer strukturierten Themenliste, welche ich in den darauffolgenden Interviewsituationen als eine große Unterstützung ansah.

Auf der folgenden Seite stelle ich den ursprünglichen und den individuell, angewandten Leitfaden im Interviewverlauf vor.

Leitfaden

Ursprünglicher Leitfaden	Individueller Leitfaden der Interviews		
	Alexandra	Bettina	Caroline
<p>Einstiegsfrage: Wie ist es dir in deinem Leben mit dem SVV so ergangen? Was fällt dir als erstes dazu ein?</p> <p>Frage II: Wie kam es zum SVV?</p> <p>Frage III: Was glaubst du sind die Gründe?</p> <p>Frage IV: Wobei hilft es dir?</p> <p>Frage V: Inwiefern möchtest/hast du es ändern/geändert?</p> <p>Frage VI: Was hat dir dabei geholfen? Was kann dir dabei helfen?</p> <p>Frage VII: Kannst du mir 5 Gefühle, welche vor, während und nach dem SVV entstehen, nennen?</p>	<p>Einstiegsfrage: Wie ist es dir in deinem Leben mit SVV ergangen und wie hat es begonnen?</p> <p>Frage II: Was fällt dir denn so ganz spontan als erstes ein, wenn du an SVV denkst?</p> <p>Detaillierungsfrage: Weswegen warst du in der Charité?</p> <p>Detaillierungsfrage: Was für einen Grund meinst du?</p> <p>Frage III: Wie hat sich dein SVV nach dem 1. Mal dann weiterentwickelt?</p> <p>Detaillierungsfrage: Von den Menschen, die dort gelebt haben?</p> <p>Frage IV: Wenn du jetzt ganz kurz und knapp beschreiben müsstest oder könntest, was glaubst du denn sind die Gründe für dein SVV?</p> <p>Frage V: Und wobei hilft es dir dann?</p> <p>Frage VI: Inwiefern möchtest du das in deinem zukünftigen Lebensweg ändern bzw. möchtest du es überhaupt ändern?</p> <p>Frage VII: Was kann dir dabei helfen?</p> <p>Frage VIII: Und dieses SVV, welches dich nun schon seit Jahren begleitet, hast du jetzt in deinem Leben integriert oder möchtest du das gern ändern?</p>	<p>Einstiegsfrage: Wie ist es dir mit deinem SVV ergangen?</p> <p>Detaillierungsfrage: Wie lange hast du zu Hause gelebt?</p> <p>Detaillierungsfrage: Wie kam es zum SVV? Möchtest du zu dieser Frage noch etwas sagen oder hast du sie für dich beantwortet?</p> <p>Frage II: Kannst du mir etwas genauer beschreiben, wobei dir SVV hilft?</p> <p>Detaillierungsfrage: Deine Beziehung stärkt dich?</p> <p>Detaillierungsfrage: Du hattest ja in der Myrrha auch Menschen um dich, die dich gestärkt haben und dir zeigen wollten, dass du eine Persönlichkeit bist. Wo liegt denn für dich jetzt der Unterschied, dass du jetzt nicht mehr so oft ritzt?</p> <p>Frage III: Du sagst ja, dass du dich seit einer Weile nicht mehr schneidest. Hast du dir dies fest vorgenommen oder war das eine Entwicklung, dass du das Ritzen nicht mehr für dich benötigst?</p> <p>Detaillierungsfrage: Also geht dein Ritzen deiner Meinung nach nur noch tiefer?</p> <p>Frage IV: Du wirkst sehr reflektiert. Was hat dir denn deiner Meinung nach dabei geholfen, dass du jetzt sagen kannst, du möchtest nicht mehr ritzen? Oder was könnte dir dabei helfen?</p>	<p>Einstiegsfrage: Was fällt dir als Erstes zum Thema SVV ein? Wie gestaltete sich SVV in deinem Leben?</p> <p>Detaillierungsfrage: Dein Vater fand dich als unwürdig? Inwiefern?</p> <p>Detaillierungsfrage: Haben deine Eltern zusammengelebt?</p> <p>Frage II: Wie hat sich das mit dem SVV bei dir entwickelt?</p> <p>Detaillierungsfrage: Dann bist du abgelenkt wovon?</p> <p>Detaillierungsfrage: War das dann eine Art „Strafe“ für dich? Hast du dich für irgendetwas schuldig gefühlt?</p> <p>Frage III: Kannst du mir heute rückblickend sagen, wobei es dir geholfen hat?</p> <p>Detaillierungsfrage: Bezogen darauf, dass du dich immer wieder verletzen musstest bzw. wolltest?</p> <p>Detaillierungsfrage: Wann hast du deine Therapie begonnen?</p> <p>Detaillierungsfrage: Wie alt warst du, als du deine Therapie begonnen hast?</p> <p>Frage IV: Aus welchen Gründen hast du dich dann für eine Therapie entschlossen?</p> <p>Frage V: Wer oder was hat dir bei der Entscheidung, etwas zu unternehmen, geholfen?</p>

	<p>Detaillierungsfrage: Wenn es dir schlecht geht?</p> <p>Frage IX: Wenn du jetzt beschreiben müsstest, was du während des Ritzens empfindest, kannst du dabei 5 Gefühle aufzählen?</p> <p>Detaillierungsfrage: Und das fünfte?</p>	<p>Frage V: Du schreibst gerade ein Buch über deine Erlebnisse mit SVV. Welche 5 Hilfsmöglichkeiten zur Bearbeitung von Selbstverletzendem Verhalten fallen dir ein?</p> <p>Detaillierungsfrage: Und wie hast du es geschafft, deinen Körper wieder ohne das Ritzen zu spüren?</p> <p>Detaillierungsfrage: Hast du derzeit noch Kontakt zu deiner Familie?</p>	<p>Frage VI: Kannst du mir beschreiben, wie du dich vor dem Schneiden, währenddessen und danach gefühlt hast?</p> <p>Detaillierungsfrage: Paradox, oder?</p> <p>Frage VII: Es ist sehr interessant, jemanden zu interviewen, der sich selbst verletzt HAT. Aus deiner heutigen Sicht: was hat sich in deinem Leben geändert? Wie kannst du jetzt anders mit dir umgehen?</p> <p>Detaillierungsfrage: Machst du deine Therapie heute noch?</p> <p>Detaillierungsfrage: Wann bist du von zu Hause ausgezogen?</p> <p>Detaillierungsfrage: In eine eigene Wohnung?</p> <p>Detaillierungsfrage: Wie gestaltet sich der Kontakt zu deinen Eltern heute?</p> <p>Detaillierungsfrage: Empfindest du es als schwierig, dass deine Mutter einen solchen Beruf hat?</p> <p>Detaillierungsfrage: Und das konnte sie nicht ablegen?</p> <p>Detaillierungsfrage: Meinst du denn, sie hat es gut gemeint?</p> <p>Detaillierungsfrage: Hat sie oder tut sie es immer noch?</p> <p>Detaillierungsfrage: Ist das jetzt für dich ein gutes Gefühl, „nein“ sagen zu können?</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Die Tonbandaufzeichnung**

Die Tonbandaufzeichnung während des Interviews stellt eine adäquate Möglichkeit dar, sich vollkommen auf das Gespräch zu konzentrieren. Hierbei spielt die Beobachtung der situativen und nonverbalen Elemente für die Interpretation des gesamten Gesprächskontextes eine sehr wichtige Rolle. Die Wahrnehmung bestimmter Gefühls- und Antwortsituationen kann die folgende Auswertung entscheidend beeinflussen. Die Tonbandaufzeichnung bietet ebenfalls die Möglichkeit, bestimmte Gesprächssequenzen noch einmal inhaltlich zu rekonstruieren. Voraussetzung für eine adäquate Analyse ist allerdings die Transkription des Gespräches.

- **Das Postskriptum**

Die Interviewerin notiert sich während des Gespräches bestimmte Beobachtungen, welche sie im Verlauf des Interviews wahrnimmt. Dieses können Beobachtungen von Gefühlen der Interviewten, Vermutungen, Ahnungen, Situationseinschätzungen etc. sein. Diese Notizen werden meist in den Interviewskripten nicht zum Ausdruck gebracht oder teilweise unvollständig wahrgenommen. Jedoch beeinflussen diese nonverbalen Elemente den gesamten Gesprächskontext und sind aus diesem Grund ein entscheidender Teil der späteren Auswertung.

„Das Anfertigen dieser sog. Postkommunikationsbeschreibung (kurz: Postskriptum) im Anschluss an jedes Interview und auch an jede Gruppendiskussion kann in bestimmten Fällen dem Interpreten wichtige Daten liefern, die dazu beitragen können, einzelne Gesprächspassagen besser zu verstehen und das Gesamtbild der Problematik inhaltlich abzurunden.“¹⁶⁶

Meine Aufzeichnungen während des Interviews halfen mir bei der späteren Transkription und der Auswertung, genauere Aussagen zu einzelnen Themenbereichen treffen zu können. Um nicht nur gesprochene Sätze darzustellen, war es mir wichtig, die Emotionalität, welche hinter jeder Aussage steckt, in meinen späteren Auswertungen zu berücksichtigen, sodass auch in der Forschung die Emotionalität erhalten bleibt.

¹⁶⁶ Witzel, 1982, S. 92

Die Aufbereitung der Daten

„Die Deskription, die exakte und angemessene Beschreibung des Gegenstandes ist ein besonderes Anliegen qualitativ orientierter Forschung. Um dem wirklich Rechnung zu tragen, sollte man zwischen Erhebung und Auswertung einen Zwischenschritt stärker thematisieren: die Aufbereitung des Materials. Durch Erhebungsverfahren versucht man der Realität Informationen zu entlocken; dieses Material muss aber festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden, bevor es ausgewertet werden kann. Die beste Erhebung nützt nichts, wenn hier unsauber gearbeitet wird.“¹⁶⁷

Offene Interviewtechniken weisen in der Datenerhebung keine einheitliche Struktur auf. Eine standardisierte Auswertung wird durch die Fülle, Anschaulichkeit und Verschiedenheit des Informationsanfalls schwierig. Deswegen sollte die Rückkoppelung zwischen Datenerhebung und Datenauswertung möglichst von Beginn an erfolgen und zu einem wachsenden Auswertungs- und Erhebungsschema führen. Aufgrund des meist geringen Kenntnisstandes des jeweiligen Themas sollte man also davon ausgehen, dass die theoretisch bedeutungsvollen Datenkategorien oft erst im Verlauf der Befragung ersichtlich werden. Um mögliche Informationsverluste zu minimieren, müssen die ermittelten Einstellungen, Erfahrungen und Informationen für die Auswertung vergleichbar gemacht werden. Dabei ergibt sich ein Zwiespalt aus dem möglichen Informationsverlust und dem notwendigen Versuch, das umfassende und umfangreiche Material für die Auswertung handhabbar zu machen.

Die zusammenfassende Transkription

„Für eine ausführliche Auswertung ist die Herstellung von Transkripten zwar aufwendig, aber doch unabdingbar. Hier kann man Unterstreichungen und Randnotizen vornehmen, hier kann man blättern, Textstellen vergleichen.“¹⁶⁸

Es gibt Transkriptionstechniken, die sich zur Aufgabe gemacht haben, die Materialfülle schon bei der Aufbereitung zu reduzieren, d.h. gleich vom Tonband aus zusammenzufassen. Meist

¹⁶⁷ Mayring, 1993 b, S. 60

¹⁶⁸ ebd., S. 64

ist es nämlich sehr aufwendig, zunächst ein wörtliches Transkript zu erstellen, um es dann später in der Auswertung doch zusammenfassen zu müssen. In meinem Fall führte ich zunächst eine wörtliche Transkription durch, da ich für die spätere Auswertung jede verbale und emotionale Reaktion zurückverfolgen wollte. Im Anschluss daran konnte ich nunmehr beruhigt eine zusammenfassende Transkription durchführen. Auch diese muss methodisch kontrolliert ablaufen. Als Technik scheint hier die qualitative Inhaltsanalyse sinnvoll. Diese werde ich im späteren Verlauf dieser Arbeit noch näher erläutern. Der Grundgedanke ist zunächst, das Allgemeinheitsniveau des Materials zu vereinheitlichen. Durch das Zusammenfassen von Bedeutungszusammenhängen verringert sich hierbei der Materialumfang. Dieses kann man auch als „Verallgemeinerungsprozess“ bezeichnen.

PHILIPP MAYRING unterscheidet sechs reduktive Prozesse¹⁶⁹:

- **Generalisation** (Propositionen¹⁷⁰, die durch eine begrifflich übergeordnete Proposition impliziert und zusammengefasst werden können, werden durch diese ersetzt)
- **Konstruktion** (aus mehreren spezifischen Propositionen wird eine globale Proposition konstruiert, die das Ausgesagte sinnvoll zusammenfasst und somit den Sachverhalt als Ganzes kennzeichnet)
- **Auslassung** (bedeutungsgleiche Aussagen, die an mehreren Stellen bedeutungsgleich auftreten, werden aussortiert)
- **Integration** (eine Proposition, die schon in einer Generalisation oder Konstruktion aufgeht, kann wegfallen)
- **Selektion** (bestimmte zentrale Propositionen werden unverändert beibehalten, weil sie spezifische Inhalte präsentieren)
- **Bündelung** (inhaltlich eng zusammenhängende, im Text aber weit verstreute Propositionen werden gebündelt und zusammengestellt)

“Zunächst wird das Abstraktionsniveau bestimmt und das Material auf dieses Niveau hin generalisiert. Dann werden solche verallgemeinerten Bedeutungseinheiten weggelassen, die bereits vorgekommen sind. Schließlich werden ähnliche oder zusammenhängende Bedeutungseinheiten gebündelt, integriert und umfassende Einheiten konstruiert. Was dann übrig bleibt, wird zusammengestellt und am Ausgangsmaterial auf seine Tauglichkeit hin überprüft.

¹⁶⁹ vgl. Mayring, 1993 b, S. 72

¹⁷⁰ bedeutungstragende Aussagen

*Wenn die Zusammenfassung noch nicht allgemein genug ist, wird dieser Prozess erneut durchlaufen.*¹⁷¹

Ich führte nunmehr nach der „Wort-für-Wort“-Transkription eine Zusammenfassung der gesprochenen Texte durch. Dabei war darauf zu achten, dass keine wichtigen Informationen ausselektiert werden. In einzelnen Fällen wurden Passagen herausgenommen, welche keine relevanten Informationen enthielten oder zum wiederholten Male erwähnt wurden. Somit selektierte ich wichtige Bedeutungseinheiten heraus, generalisierte mehrfach auftretende Aussagen und integrierte diejenigen, welche im Text hervortraten.

Um meine zusammenfassende Transkription etwas näher zu erläutern, möchte ich kurze Beispiele anführen.

¹⁷¹ Mayring, 1993 b, S. 72

Gesprochener Text	Transkript
<p>„Hmh... na in erster Linie hat es mir geholfen, mit meiner Wut und meiner Aggression umzugehen. Ähm... weil's ne Zeitlang gab, da hab ich meine Wut gerne gegen andere gerichtet und weil ich das nicht mehr wollte, habe ich sie lieber gegen mich selbst gerichtet und es hat mir dann geholfen. Also dadurch war die Wut dann schlagartig weg. Also immer. Es hat halt viel mit... ähm... Schuldgefühlen zu tun gehabt und ähm... ja, dass ich mir immer eingeredet hab, ähm... wie schlecht ich bin und bei jedem Schnitt, sag ich mal, den ich mir dann gesetzt habe, ging's mir besser. Also das war dann so, ja... (Pause) ... also mittlerweile ist es besser. Seit ein paar Monaten mach ich's nicht mehr und... ähm... es gab zwischendurch auch mal fast ein ganzes Jahr, wo ich's gar nicht gemacht hab und wo ich's auch nicht gebraucht habe. Und dann fing das halt an... ähm... ich hab letztes Jahr... ähm... (Pause) ... September die Anzeige gegen meinen Vater gemacht und ich war halt immer sehr aufgeregt gegenüber der Polizei und ähm... dann hatte ich Termine beim Familiengericht, wo es um meine Schwester ging. Und das waren so diese Teile, wo ich wieder viel geritzt habe und auch eben so, dass es eben ärztlich versorgt werden musste. Aber jetzt seit ner Weile ist es schon ganz gut. Dadurch dass ich die Ausbildung eben mache und viel abgelenkt bin und jetzt mein Praktikum mit den Kindern habe. Was mir auch unheimlich viel hilft, weil du immer das Gefühl hast, du wirst gebraucht. Und die brauchen dich auf jeden Fall. Das hilft mir schon. Und eben</p>	<p>„In erster Linie hilf mir das Ritzen mit meiner Wut und Aggression umzugehen. Ich hab meine Wut eine Zeitlang gegen andere gerichtet. Da ich das nicht wollte, richtete ich sie lieber gegen mich selbst. Dadurch war die Wut immer schlagartig weg. Es hatte viel mit Schuldgefühlen zu tun. Ich redete mir immer ein, wie schlecht ich doch bin und bei jedem Schnitt, den ich mir gesetzt habe, ging es mir dann besser. Es gab zwischendurch fast ein ganzes Jahr, wo ich gar nicht geritzt habe und es auch nicht brauchte. Doch dann zeigte ich im letzten September meinen Vater wegen dem Missbrauch an und war immer sehr nervös gegenüber der Polizei. Zusätzlich hatte ich Termine beim Familiengericht wegen meiner Schwester. Dies waren so Erlebnisse, bei welchen ich wieder anfang zu ritzen. Ich ritzte in dieser Zeit sehr oft und auch so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste. Doch seit einer Weile ist es wieder ganz gut, ich ritze auch seit ein paar Monaten nicht mehr. Meine Ausbildung im Kindergarten und die damit verbundene Ablenkung helfen mir sehr. Ich bekomme von den Kindern das Gefühl, gebraucht zu werden. Auch meine Beziehung hilft mir.“</p>

meine Beziehung.“	
„Was mir da ganz spontan einfällt? An Selbstverletzendes Verhalten?... (Pause)... Dann denke ich an meine Familie, Ja...Ja... (Pause).“	„Wenn ich an Selbstverletzendes Verhalten denke, fällt mir sofort meine Familie ein.“(Auslassung)
„Weil es sieht auch nicht schön aus, irgendwie. Im Sommer kann man kein Kleid mehr tragen, weil man die Beine zerschrubbt hat oder so.“	„Narben sehen auch nicht schön aus. Man kann im Sommer kein Kleid tragen, weil die Beine und die Arme voller Schnitte sind.“ (Generalisation)
„Das erste Gefühl wär so, nicht da zu sein, so. Und dann ist es das Gefühl, irgendwie, Traurigkeit. So und dann so Hass ist auch mit drin, ja... (Pause) ... und dann ist es eher so befriedigend, was gutes irgendwie... (Pause).“	„Als erstes hab ich das Gefühl, nicht da zu sein. Dann kommt die Traurigkeit, Hass ist auch mit drin. Und dann ist es eher befriedigend, was gutes irgendwie.“(Auslassung)

Abb. 4: Beispiel für eine Zusammenfassung

Die Konstruktion deskriptiver Systeme

Mit der Konstruktion deskriptiver Systeme ist das Erstellen von Überbegriffen, von Klassifikationen gemeint. Mit diesen ordnet man dem Material verschiedene Überschriften zu. Diese Technik ist fließend mit dem Gebiet der Auswertung. *„Mit der Konstruktion deskriptiver Systeme soll das Material durch zu Kategoriensysteme zusammengestellte Überbegriffe geordnet werden. Die Kategorien werden theoriegeleitet und auf das konkrete empirische Material bezogen entwickelt.“*¹⁷²

Die Auswertung - “Die qualitative Inhaltsanalyse”

*„Nicht reine Textanalyse ist ihr Ziel, nicht allein Analyse des Inhalts, wie ihr Name suggerieren mag, sondern der Schluss vom Material auf soziale Realität.“*¹⁷³

MAYRING betont in seinem Zitat den Zugang zur Realität mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse. Dass die subjektive Deutung und die interpretativen Prozesse des verbalen Materials in der qualitativen Sozialforschung eine tragende Rolle spielen, zeigt die hierauf spezialisierte Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING. Diese stammt ursprünglich aus dem Bereich der Kommunikationswissenschaften und wurde zu Beginn dieses Jahrhunderts in den USA entwickelt. Heutzutage dient diese Methode aufgrund ihrer

¹⁷² Mayring, 1993 b, S. 74

¹⁷³ Mayring, 1985, S. 188

systematisierten Technik zur Auswertung von Kommunikationsmaterialien unterschiedlichsten Wissenschaftsbereichen. „*Inhaltsanalyse ist eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht manifesten Kontextes geschlossen wird.*“¹⁷⁴ Qualitative Inhaltsanalyse hat den Anspruch, Texte systematisch zu analysieren. Bei Anwendung dieser Technik ist ein schrittweises, systematisches Vorgehen nach bestimmten Techniken Voraussetzung. Aufgrund der genau beschriebenen Vorgehensschritte wird Außenstehenden ein Nachvollziehen der einzelnen Schritte und der Herleitung der Ergebnisse ermöglicht. Die enge Anbindung zur Theorie stellt zusätzlich sicher, dass die angestrebten Ergebnisse an das bisherige Wissen über den jeweiligen Forschungsgegenstand angeknüpft wird.¹⁷⁵ Diese Technik eignet sich somit ideal für mein Vorhaben, eine theoriegeleitete Textanalyse durchzuführen. Qualitative Inhaltsanalyse hat das Ziel, gesprochenes Material systematisch zu analysieren, indem sie das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet und indem sie die Analyseaspekte im vorher entwickelten Kategoriensystem mit Hilfe der vorhandenen, theoriegestützten Informationen festlegt.¹⁷⁶

PHILIPP MAYRING gibt hier drei bewährte Grundformen qualitativer Inhaltsanalyse vor:

- **Die explizierte Inhaltsanalyse** dient der Ergänzung unklarer Textbestandteile. Mit Hilfe der Textverarbeitung soll neues Material herangetragen werden, sodass bestimmte Textstellen genauer beleuchtet werden können. Hierbei unterscheidet man eine enge Kontextanalyse, welche ausschließlich das direkte Textumfeld umfasst, und eine weite Kontextanalyse, welche über den Text hinaus Zusatzmaterial beinhaltet und verarbeitet. Aus dem Kontextmaterial heraus wird eine erklärende Umschreibung gebildet und statt der fraglichen Stelle in den Text eingefügt. Dann wird geprüft, ob die Explikation ausreicht oder noch ein Durchlauf notwendig ist.
- **Die zusammenfassende Inhaltsanalyse** dient dem Zusammenfassen von schon vorhandenen Textmaterialien. Diese Form wird meist für das Verfassen von Kurztönen verwendet. Hierbei wird das Material reduziert und die wesentlichen Inhalte herauskristallisiert. Um sicher zu gehen, dass der Inhalt trotz der Reduzierung noch gültig repräsentiert wird, ist eine nochmalige Prüfung des Ausgangsmaterials und der Vergleich zum Kurztönen von Nöten.

¹⁷⁴ Merten, Zitat nach Mayring, 1985, S. 188

¹⁷⁵ vgl. Mayring, 1993, S. 90

¹⁷⁶ vgl. Mayring, 1993 b, S. 86

- **Die strukturierte Inhaltsanalyse** strebt nun endgültig an, das Material zu ordnen. Dies geschieht durch eine vergleichende Systematisierung, d.h. das vorhandene Textmaterial wird nach bestimmten Kriterien verglichen und geordnet. Durch ein Kategoriensystem wird eine strukturierte Form vorgegeben, welche man aus dem Material gewinnen kann. Alle Textbestandteile, die durch das Kategoriensystem angesprochen werden, werden aus dem Material systematisch herausgezogen. Die Strukturierungspunkte müssen vorher aus der Fragestellung abgeleitet, theoretisch begründet und genau bestimmt werden. Es soll dadurch ein Kodierleitfaden entstehen, welcher unter Anwendung typischer Textpassagen, die Strukturierungsarbeit entscheidend präzisiert.¹⁷⁷

Die Rückkopplung

Eine ebenso wichtige Rolle in der Datenaufbereitung spielt die kritische Auseinandersetzung der eigenen Auswertung mit Außenstehenden. Dies könnte eine Arbeitsgruppe sein, ein Projektseminar, Arbeitskollegen oder Menschen, welche keinerlei Beziehungen zur sozialen Arbeit haben. All diese Personen können eine hilfreiche Unterstützung der eigenen Struktur sein. Dabei soll eine einseitig-wissenschaftliche Interpretationsschiene vermieden werden. Es können hierbei Kritik, Verbesserungsvorschläge oder Gedanken zu den einzelnen Textpassagen ausgetauscht werden. Hierbei sollte genug Raum für Diskussionen gegeben sein, sodass ein adäquates Ergebnis herauskommt. Allen Beteiligten sollten das vollständige Gesprächsmanuskript sowie die entsprechende Interpretation vorliegen.

Durch meine Praxis in einer Kriseneinrichtung für junge Volljährige hatte ich auch während des Schreibens meiner Diplomarbeit nach wie vor regelmäßigen Kontakt zu SozialarbeiterInnen und zusätzlich begleitende Supervisionen. Ihre Hinweise, Unterstützung und Gedankenregungen waren mir eine sehr große Hilfe. Zusätzlich pflegte ich den Kontakt zu einigen KommilitonInnen, sodass auch hier ein reger Austausch der Diplomarbeitsergebnisse stattfand.

¹⁷⁷ vgl. Mayring, 1993, S. 91

Vorstellung der Interviewpartnerinnen¹⁷⁸

Alexandra

Das Interview wurde am 24.05.2004 in der Kriseneinrichtung Treberhaus Schöneberg durchgeführt. Es dauerte ungefähr 60 Minuten. Hinzu kam ein Vorgespräch und ein Abschlussgespräch von jeweils einer Stunde.

Alexandra wurde 1985 in Berlin geboren. Sie hat zwei jüngere Geschwister. Ihre Eltern trennten sich, als Alexandra etwa 8 Jahre alt war. Nach der Trennung der Eltern lebte Alexandra zusammen mit ihren Geschwistern bei ihrer Mutter. Alexandra erzählt, dass ihr Onkel die Familie häufig besuchte. Dieser sollte aufgrund der Berufstätigkeit der Mutter auf die Kinder aufpassen. Alexandra erinnert sich, dass ihr Onkel immer öfter in ihr Zimmer kam und sie sexuell belästigte. Er zwang sie, ihn zu berühren sowie sich von ihm berühren zu lassen: *„Mein Onkel hat mich damals sexuell belästigt. Das was er mit mir gemacht hat, wollte ich nicht. Da bin ich dann ein bisschen ausgerastet.“* Zum Geschlechtsverkehr kam es nicht. Alexandra hatte Angst, ihrer Mutter etwas von dem Tun des Onkels zu erzählen und behielt das Geschehene lieber für sich. Sie versuchte, ihren Kummer im Essen zu vergessen. Zur Zeit des Interviews wiegt Alexandra inzwischen 150 kg. Nachdem bei Alexandra einige Verhaltensauffälligkeiten auftraten (instabile, wechselnde Männerbekanntschaften; grenzenloses Sexualverhalten; Essstörungen; ambivalente Gefühlsstimmungen), entschied ihre Mutter, Alexandra in die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Charité einweisen zu lassen: *„Also ich dachte damals, dass mein Essverhalten der Grund für meine Einweisung war. Es hat mir auch niemand etwas anderes gesagt. Aus der Sicht meiner Mutter gab es jedoch einen anderen Grund. Sie kam mit mir, meinem Umfeld und allem, was damals so passiert ist, nicht mehr klar.“*

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbrachte sie 3 Monate und ritzte sich das erste Mal. Anschließend wurde Alexandra bis zu ihrer Reha-Maßnahme in Bayern in einer Kriseneinrichtung in Berlin untergebracht, in welcher sie einen Suizidversuch unternahm. In dieser Zeit wird Alexandra von dem Bruder einer Freundin vergewaltigt. Dieser behauptete im Nachhinein das freiwillige Tun Alexandras. Aus ihrer Familie glaubte Alexandra niemand und sie wurde somit abermals mit ihren Erlebnissen allein gelassen. Nach ihrer 6-monatigen

¹⁷⁸ Alle Namen wurden zum Schutz der Interviewpartnerinnen geändert.

Reha-Maßnahme in Bayern, welche ihre ausgeprägten Essstörungen bearbeiten sollte, zog Alexandra wieder zurück nach Berlin in eine betreute Mädchen-WG. Hier kam es zu einigen Regelverstößen und zum Betreuungsabbruch. Danach fand sie in einigen Notübernachtungen für Frauen Unterschlupf. Alexandra sprach im Alter von 18 Jahren aufgrund ihrer Obdachlosigkeit in der Kriseneinrichtung Schöneberg vor und bat um Hilfe und Unterstützung. Sie hatte zu diesem Zeitpunkt erhebliche Schnitte an den Armen und den Beinen. Sie äußerte zu Beginn der Betreuung auch Suizidgedanken. Im weiteren Betreuungsverlauf stellte sich heraus, dass sie nunmehr drei Schwangerschaftsabbrüche hinter sich gebracht hat. Alexandra wünscht sich sehnlichst ein Kind, da sie ihre Einsamkeit und ihren Wunsch nach Liebe mit einem Kind ausfüllen möchte. Sie wirkt bei diesem Thema sehr ambivalent. Sie weiß, dass sie in ihrer momentanen Lebenssituation nicht im Stande ist, ein Kind adäquat zu versorgen und zu erziehen. Jedoch verhütet sie trotz ihres Wissens nur unregelmäßig. Alexandra besitzt ein 9. Klasse-Abgangszeugnis. Im Verlauf der Betreuung wurde deutlich, dass sie ihr mangelndes Selbstbewusstsein über wechselnde sexuelle Kontakte mit Männern stabilisieren wollte. Aufgrund der seltenen Kontakte zur Familie fühlte sie sich sehr einsam: *„Meistens ritze ich mich, wenn ich mich allein gelassen fühle. Wenn ich denke, dass alles schlecht ist und ich verzweifelt bin, dann ritze ich mich. Dass ich merke, dass ich noch existiere. Ich brauche das Gefühl, nicht allein zu sein. Wenn mich ein Gefühl der Einsamkeit überfällt, dann tut mir das weh und das Schneiden hilft mir, diese Schmerzen zu überleben.“*

Alexandra lebt heute in ihrer eigenen Wohnung und erwartet ein Baby. Sie hält regelmäßigen Kontakt zu ihrer Einzelfallhelferin und nimmt die Betreuung gut an.

Beatrice

Das Interview wurde am 02.06.2004 in der Wohnung von Beatrice durchgeführt. Es dauerte ungefähr 70 Minuten. Hinzu kam ein Vorgespräch und ein Abschlussgespräch von jeweils einer Stunde.

Beatrice wurde 1978 in Berlin geboren. Sie hat einen älteren Bruder und eine 9-jährige Schwester. Beatrice wurde vom 5. bis zum 18. Lebensjahr regelmäßig von ihrem Vater sexuell missbraucht. Ihr Bruder zog sehr früh aus dem elterlichen Haushalt aus. Beide haben regelmäßigen Kontakt zueinander. Beatrice begann im Alter von 12 Jahren zu ritzen. Sie kann

sich jedoch nicht daran erinnern, sondern bekam diese Informationen von einer damaligen Freundin, mit welcher sie geritzt hat: *„Ich hatte so im Kopf, dass ich erst mit dem Einzug in die Zufluchtswohnung bei Wildwasser anfang zu ritzen. Meine damalige Freundin erzählte mir jedoch, dass es schon früher begann. Sie erzählte, dass sie noch immer ihre Glasscherbe von damals hätte und wir damals aus Liebeskummer ritzen [...] Heute weiß ich, dass es mit dem Missbrauch zu tun hatte, doch kann ich mich an die Anfänge nicht mehr erinnern.“*

Beatrice Mutter lebt heute noch mit ihrem Mann zusammen und steht diesem zur Seite. Sie verdrängt bis heute den geschehenen Missbrauch an ihrer Tochter. Als der häusliche Druck und die Qualen zu groß wurden, bat Beatrice im Alter von 18 Jahren beim zuständigen Jugendamt um Hilfe. Sie wurde vorübergehend in einer Zufluchtswohnung untergebracht und von dort aus in die betreute, therapeutische Wohngemeinschaft „Myrrha“ vermittelt. Hier kam Beatrice zum ersten Mal in den Kontakt einer Therapie. Sie ritzte sich im Verlauf der Betreuung vermehrt die Arme und Beine auf, sodass diese auch desöfteren ärztlich versorgt werden mussten: *„Mir ist bewusst, dass wenn ich mich jetzt wieder ritzen würde, mir oberflächliche Schnitte nichts mehr bringen. Also je tiefer, umso besser. Aus diesem Grund will ich das nicht mehr.“* Beatrice begann eine Gesprächstherapie, verbunden mit einer Körpertherapie und lernte, dass sie auch ohne Selbstverletzendes Verhalten akzeptiert wurde: *„Die WG hat mir sehr geholfen. Einfach das Gefühl zu haben, es gibt noch andere mit den gleichen Problemen. Ich habe verstanden, dass es bis zu einem bestimmten Punkt nichts Krankhaftes ist. Ich dachte eine Zeitlang, ich wäre verrückt. Auch die Betreuer haben mir sehr geholfen. Sie haben mir das Gefühl gegeben, dass sie mich mögen, ohne dass ich mich ritzen muss. Sie haben mich, ohne dass ich mich verletzen musste, genauso gern gehabt, die gleiche Aufmerksamkeit geschenkt und genauso akzeptiert.“* Nach 3 Jahren hatte Beatrice die Möglichkeit, in ein betreutes Einzelwohnen zu ziehen und lebt heute zusammen mit ihrer Lebensgefährtin in einer eigenen Wohnung. Beatrice war in den vergangenen Jahren zweimal in einer psychiatrischen Klinik und besucht heute noch regelmäßig eine Therapeutin. Zusätzlich hat sie eine Einzelfallhelferin zur Unterstützung. Derzeit absolviert Beatrice eine Ausbildung zur Erzieherin. Ein entscheidender Einschnitt im Leben Beatrice war die Anzeige gegen ihren Vater vor etwa einem halben Jahr. Der Prozess des sexuellen Missbrauchs gegen ihren Vater steht für Beatrice derzeit noch aus. Zudem kämpft sie um die Herausnahme ihrer jüngeren Schwester aus der Familie. Sie hat zur Zeit ein monatliches Besuchsrecht für ihre Schwester.

Caroline

Das Interview wurde am 16.06.2004 in meiner Wohnung durchgeführt. Es dauerte ungefähr 60 Minuten. Hinzu kam ein Vorgespräch und ein Abschlussgespräch von jeweils 1 Stunde.

Caroline wurde 1979 als Einzelkind in Berlin geboren. Sie war schon früh auf sich allein gestellt, da beide Elternteile berufstätig waren. Aufgrund der strengen Erziehung der Mutter kam es häufig zu Auseinandersetzungen in der Familie. Zu Beginn der Pubertät verstärkten sich diese. Caroline erzählt, dass ihre Mutter einen Kontrollzwang gegenüber dem Tun ihrer Tochter hatte. Zudem sollte Caroline immer artig und gut in der Schule sein: *„Ich musste in meiner Familie immer funktionieren. Meine Eltern arbeiteten viel und ich war immer das liebe Mädchen, das immer alles gemacht hat und gut in der Schule war. Ich hatte die Klappe zu halten und mitzumachen. Und sobald ich nicht so wollte wie meine Eltern gab es Streit.“* Nachdem Caroline ihren ersten Freund und mit diesem ihre ersten sexuellen Erfahrungen hatte, sprach der Vater bald darauf nicht mehr mit ihr. Er konnte aus religiösen Gründen (er kommt aus Lateinamerika) die Entwicklung seiner Tochter nicht verstehen und nicht akzeptieren. Er fühlte sich dem gegenüber machtlos und bestrafte seine Tochter mit Nichtachtung. Die Mutter, welche die Erziehung übernehmen sollte, ist von Beruf Analytikerin und brachte desöfteren ihre Therapieerfahrungen mit nach Hause. So zumindest empfand es Caroline: *„Ich glaube, die Schwierigkeiten haben auch damit zu tun, dass meine Mutter in ihrem Job denkt, alles begreifen und verstehen zu können und sich selber durch ihre Analysen gut kennt. Sie bekommt jedoch nicht mit, dass sie im Endeffekt eine Menge Scheiße fabriziert hat.“* Caroline fühlte sich recht bald als „unwürdig“ und konnte sich selbst nicht mehr schätzen. Sie begann sich im Alter von 16 Jahren zu ritzen. Zuvor hatte Caroline schon eine Essstörung, von welcher niemand wusste. Caroline zog mit 17 Jahren aus dem elterlichen Haushalt aus und lebt auch derzeit in einer eigenen Wohnung. Zur gleichen Zeit begann sie eine Therapie zur Bearbeitung ihrer Probleme. Sie schloss vor kurzem ihr Studium der Sozialpädagogik/Sozialarbeit mit „sehr gut“ ab und arbeitet nebenbei in einer betreuten Mädchenwohngemeinschaft. Selbstverletzung spielt heute in ihrem Leben nur noch eine geringe Rolle. Sie erzählt, dass sie ausschließlich nur noch an ihren Fingernägeln knabbert. Der Kontakt zu ihren Eltern besteht regelmäßig einmal wöchentlich. Die Konflikte haben sich seit circa 2 Jahren gelegt.

Auswertung

Die Analyse von problemzentrierten Interviews konzentrierte sich in diesem Fall auf bestimmte ausgewählte Schwerpunktthemen. Diese konzentrierten sich auf die Frage der Ursachen und Erscheinungsformen von Selbstverletzendem Verhalten. Angeknüpft an diese Fragen werde ich die bislang in Anspruch genommenen Hilfsmöglichkeiten meiner Interviewpartnerinnen darstellen. Die einzelnen Interviews werden somit auf einige ausgewählte Schwerpunkte hin untersucht. Ich betone, dass die folgenden Informationen subjektiv sind und somit individuelle Erlebnisse und Empfindungen dargestellt werden. Mit Hilfe des Leitfadens war es mir möglich, eine Grundstruktur in das jeweilige Interview einzubringen. Jedoch gab es keine direkt vorgefertigten, für alle Personen gleichen Fragen, sodass es zu einzelnen Punkten teilweise weniger Angaben gibt.

Das erste Mal

Alexandra erzählt, dass sie während ihres Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anfang zu ritzen. Sie war zu dieser Zeit 14 Jahre alt. Sie beschreibt den Beginn ihres Selbstverletzenden Verhaltens mit anfänglich leichten Schnitten:

„Ich würde sagen, dass es mit dem Ritzen in der Charité angefangen hat. Ich hab mich mit anderen Patienten darüber unterhalten und auch gesehen, wie sich jemand ritzte. Ich fühlte mich damals so leer. Ich hab mich von meiner Mutter so allein gelassen gefühlt. Am Anfang waren es nur leichte Schnitte. Diese taten auch nicht weh.“

Beatrice hat keinerlei Erinnerungen an das erste Mal. Sie erzählt, dass sie über die Anfänge ihrer Selbstverletzungen ausschließlich von einer Freundin, mit welcher sie damals ritzte, erfuhr. Beatrice erinnert sich erst wieder an eine eigene Selbstverletzungshandlung, nachdem sie im Alter von 18 Jahren in eine Zufluchtswohnung für Mädchen zog. Sie scheint die Anfänge ihrer Selbstverletzungshandlungen verdrängt zu haben:

„Es soll mit 12 Jahren angefangen haben. Davon weiß ich aber nichts mehr. Das habe ich von einer Freundin erfahren, mit welcher ich damals gemeinsam geritzt habe. Irgendwann wusste ich dann nicht mehr wohin mit meiner Wut und fing an zu ritzen.

Ich hatte so im Kopf, dass ich erst mit dem Einzug in die Zufluchtswohnung bei Wildwasser anfang zu ritzen.“

Caroline hingegen schildert, dass sie einige Tage vor dem Interview über ihre persönlichen Anfänge nachdachte. Sie schildert sehr reflektiert wirkend den Beginn des Schneidens:

„Ich war so 16 _ Jahre alt. Ich glaub, dass die häusliche Situation für mich so unerträglich war. Es begann mit Schneiden, also Ritzen, und dies ging dann über in manuelles Verletzen. Das ist das Erste, was mir dazu einfällt.“

Erfahrungshintergründe

Das genauere Ausfiltern der ursprünglich auslösenden Situation scheint bei **Alexandra** sehr schwierig zu sein. Sie erwähnt nur beiläufig die sexuelle Belästigung durch ihren Onkel. Dieses Thema scheint sie auch im Verlauf des Interviews emotional sehr mitzunehmen. In unserem weiteren Gespräch spricht sie von unterschiedlichsten Auslösern auf ihrer persönlichen Gefühlsebene. Sie beschreibt im folgenden, dass in ihrer weiteren Entwicklung bestimmte Gefühlszustände zur Selbstverletzung führten. Zunächst einmal erzählt **Alexandra**

„Mein Onkel hat mich damals sexuell belästigt. Das, was er mit mir gemacht hat, wollte ich nicht. Da bin ich dann ein bisschen ausgerastet.“

Beatrice glaubte früher, dass Liebeskummer der Grund ihrer Selbstverletzungen gewesen sei. Sie kann heute mit Hilfe einer jahrelangen Therapie reflektiert den Missbrauch als auslösendes Erlebnis benennen:

„Es war für mich einfach ein typisch, pubertäres Verhalten wegen Liebeskummer. Heute weiß ich, dass es mit dem Missbrauch zu tun hatte, doch kann ich mich an die Anfänge nicht mehr erinnern.“

Die häusliche Situation und die Beziehung zu ihren Eltern war bei **Caroline** sehr konfliktgeladen. Caroline hat von allen drei Interviewpartnerinnen am spätesten mit dem Ritzen begonnen. Sie schildert:

„Ich glaub, dass die häusliche Situation für mich so unerträglich war. Mein Vater hat über mehrere Wochen gar nicht mehr mit mir gesprochen, weil er der Meinung war, ich wäre als Tochter nicht würdig genug. Ich war damals keine Jungfrau mehr. Dies kam damals halt raus und mein Vater, welcher aus Lateinamerika stammt, hatte daran erheblich zu knabbern. Mit meiner Mutter hatte ich eh jeden Tag Stress. Ich glaube, es war einfach so ein Moment, in dem ich mich hilflos und sprachlos fühlte. Ich hatte so unglaubliche seelische Schmerzen, dass ich das Gefühl bekam, wenn ich mir jetzt weh tue, dann bin ich abgelenkt.“

Es zeigt sich, dass es bei meinen Interviewpartnerinnen unterschiedliche Auslöser für Selbstverletzendes Verhalten gab. Die im Kapitel 2 genannten Erfahrungshintergründe werden auch in den Interviews deutlich genannt. Zwei der Interviewpartnerinnen erlebten sexuelle Gewalterfahrungen in der Familie. Zusätzlich scheint eine Vernachlässigung innerhalb der Familienstrukturen stattgefunden zu haben. Alexandra spricht in einem kurzen Satz die sexuellen Belästigungen im Kindesalter durch ihren Onkel an. Diese Erfahrungen der Machtlosigkeit gegenüber dem Onkel scheinen ihre weitere Entwicklung geprägt zu haben. Beatrice dagegen benennt als Auslöser eindeutig den jahrelang erlebten sexuellen Missbrauch durch ihren Vater. Jedoch wurde ihr dies erst später bewusst. Sie erlebte die Anfänge ihrer Selbstverletzung zunächst unbewusst und stufte ihr Tun in die Kategorie „typisch pubertäres Verhalten“ ein.

Bei Caroline wird deutlich, dass familiäre Vernachlässigung und Überforderung innerhalb der persönlichen, kindlichen Entwicklung Anlass zu SVV gaben.

Funktionen von Selbstverletzendem Verhalten

Meist fällt es schwer, die Beweggründe einer Selbstverletzenden Handlung nachvollziehen zu können. Unterschiedlichste Erfahrungen können zu Selbstverletzendem Verhalten führen. Man sollte dabei beachten, dass prägnante Erlebnisse im Leben starke Auslöser für den Beginn des selbstverletzenden Verhaltens sein können. Die Aussagen meiner Interviewpartnerinnen deuten zusätzlich darauf hin, dass die darauf folgende

Vernachlässigung und die nicht verarbeiteten traumatischen Erlebnisse dieses Verhalten aufrecht erhielten

Im Verlauf der Interviews versuchten meine Interviewpartnerinnen, die Motivation, welche dahinter steckt, näher zu erläutern.

Alexandra beschreibt ein ständiges Gefühl der Einsamkeit, welches zu erneuten Selbstverletzungen führte:

„Dass ich merke, dass ich noch existiere. Ich brauche das Gefühl, nicht allein zu sein. Wenn mich ein Gefühl der Einsamkeit überfällt, dann tut mir das weh und das Schneiden hilft mir, diese Schmerzen zu überleben. Meistens ritze ich mich, wenn ich mich allein gelassen fühle. Wenn ich denke, dass alles schlecht ist und ich verzweifelt bin, dann ritze ich mich. Ich hab versucht, das Gefühl der Einsamkeit anders zu verarbeiten.“

Auch das Gefühl der Wut schien bei Alexandra eine wichtige Rolle zu spielen:

„Wenn man sauer ist, dann spürt man auch keinen Schmerz.“

Nachdem Alexandra sich das Leben nehmen wollte, plagten sie starke Vorwürfe gegenüber ihrer Umwelt. Auch hierbei sah sie die Selbstverletzung als ein Hilfsmittel an, um die eigenen Vorwürfe ihres Handlungen auszuhalten:

„Da war es so schlimm, dass ich eigentlich von einer Brücke springen wollte. Ich wurde damals von einigen Leuten aufgehalten und hab mir danach große Vorwürfe gemacht und mich geritzt, um das auszuhalten.“

Prägnant ist hierbei die Aussage, dass Selbstverletzendes Verhalten die Funktion einer emotionalen Selbstheilung beinhaltet:

„Wenn meine Lebenssituation einfach so schlecht ist wie zur Zeit, holt es mich einfach runter, auch gefühlsmäßig.“

Beatrice erlebte jahrelangen Missbrauch durch ihren Vater. Eine Schutzfunktion vieler Mädchen und Frauen während des Missbrauches stellt die Abspaltung des eigenen Körpers dar. Hierbei schaffen es die Betroffenen, ihren Körper während der Missbrauchshandlung soweit abzuschalten, dass sie nichts spüren müssen. Dieser Schutz lindert die traumatischen Folgen eines Missbrauches nicht, macht sie in den Momenten aber „erträglicher“ für die

Opfer. Auch Beatrice spricht von dieser Schutzfunktion und über die daraus resultierende Funktion der Selbstverletzung:

„Irgendwann habe ich, während der Missbrauch stattgefunden hat, begonnen, meinen Körper auszuschalten. Einfach um nichts spüren lassen und nichts spüren wollen. Irgendwann hielt dieses Gefühl an und ich konnte meinen Körper gar nicht mehr spüren. Nicht nur während des Missbrauchs, sondern auch in ganz normalen Situationen. Ich habe mich geritzt, um mich wieder spüren zu können. Dann war alles wieder gut, ich hab wieder etwas gespürt.“

Oftmals sehen die Opfer die Ursache sexuellen Missbrauchs in ihrer eigenen Schlechtigkeit. Sie entwickeln gegen sich selbst gerichtete Schuldgefühle und Aggressionen, welche sie allein durch die Selbstverletzung zu bewältigen versuchen. **Beatrice** beschrieb diesen Aspekt folgendermaßen:

„Irgendwann habe ich mir für alles die Schuld gegeben. Ob die Beziehung wegen mir auseinander ging oder nicht. Ich hatte das Gefühl, ich wäre an allem Schuld. In erster Linie hilft mir das Ritzen, mit meiner Wut und Aggression umzugehen. Ich hab meine Wut eine Zeitlang gegen andere gerichtet. Da ich das nicht wollte, richtete ich sie lieber gegen mich selbst. Dadurch war die Wut immer schlagartig weg. Es hatte viel mit Schuldgefühlen zu tun. Ich redete mir immer ein, wie schlecht ich doch bin und bei jedem Schnitt, den ich mir gesetzt habe, ging es mir dann besser.“

Stresssituationen, welche zusätzlich zu den schon vorhandenen Gefühlschaos auftraten, beschreibt **Beatrice** als weitere Auslöser, welche bei ihr zum Schneiden in die Haut führten:

„Auch wenn wichtige Termine anstanden, wie z.B. Elterngespräche in der WG oder Hilfefunktionen, ritzte ich mich, um meine Nervosität loszuwerden. Es gab zwischendurch fast ein ganzes Jahr, wo ich gar nicht geritzt habe, doch dann zeigte ich letztes Jahr meinen Vater wegen dem Missbrauch an und ich hatte Termine beim Familiengericht wegen meiner Schwester. Dies waren so Erlebnisse, bei welchen ich wieder anfing zu ritzen. Ich ritzte in dieser Zeit sehr oft und auch so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste. Ich war bei meinen Eltern und ritzte mich so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste.“

Oftmals wird in der Literatur davon gesprochen, dass Selbstverletzendes Verhalten bei vielen Betroffenen eine Suche nach fehlender Aufmerksamkeit darstellt. **Beatrice** versucht ihre Motivation dahingehend folgendermaßen zu erläutern:

„In der WG hatte das Ritzen viel mit Aufmerksamkeit zu tun. Ich dachte immer, wenn ich ritze, kommt schon irgendjemand. Da brauche ich jemanden, der mich verbindet und versorgt. Ich dachte auch, je mehr ich ritze, umso mehr Aufmerksamkeit bekomme ich.“

Bei **Caroline** stellte sich aufgrund des hohen Drucks der Eltern ein Gefühl der eigenen Minderwertigkeit ein. Sie äußert dazu:

„Jedoch fühlte ich mich in den verschiedenen Problemlagen schuldig. Ich hatte das Gefühl, nicht zu genügen. Das Gefühl, „nein“ zu sagen, schlug dann immer gleich in Schuldgefühlen um.“

... und versuchte, durch die Handlung des Ritzens ihre eigene Person wieder wahrzunehmen:

„Ich hab es auch nicht tief gemacht und es geht halt schon darum, dass man merkt, man ist noch da und empfindet etwas real. Das Ritzen stellte schon eine Art Befriedigung dar. Zu sehen, dass man lebt, war befriedigend.“

Hierbei spielte bei **Caroline** die Trennung zwischen physischem und psychischem Schmerz eine entscheidende Rolle:

„Ich hatte da etwas physisch verletzt, worum ich mich kümmern musste und was auch heilte. Man kann den Prozess des Heilens ja auch sehen. Der physische Schmerz ist demnach primär und der innere Schmerz ist dann halt abgestellt.“

Die Hilflosigkeit, welche aus dem Selbstverletzendem Verhalten spricht, erwähnt Caroline deutlich:

„Es hatte bei mir viel mit Sprachlosigkeit zu tun. Ich musste in meiner Familie immer funktionieren. Ich bin zu Hause halt ständig kontrolliert worden. Ich durfte nicht einmal meine Zimmertür zumachen. Sie war wie ein Schalter; sie analysierte, warum ich jetzt gerade sitze, warum ich was sage und wenn du 14 bist, hast du irgendwann kein Mittel mehr, dem etwas entgegenzusetzen. Du bist dann

irgendwann einfach nicht mehr da. Das ist dann die Hülle von dir, mit der gesprochen wird. Es ist so paradox. Ich glaube, dies ist der Kern dessen. Man handelt so entgegen dem Leben. Es ist einer der letzten Versuche, sich selber zu spüren.“

Alle drei Interviewpartnerinnen schildern einen letzten Versuch, den eigenen Körper wieder spüren zu können. Es scheint, als wäre die emotionale Vernachlässigung, das Gefühl, allein zu sein, seinen Körper nicht mehr spüren zu können, ein entscheidender Auslöser des Selbstverletzenden Verhaltens. SVV scheint hierbei der Versuch zu sein, die Kontrolle über die eigene Gefühlswelt zurückzuerlangen. Es macht den Anschein, dass in solchen, für die Mädchen und Frauen ausweglosen Momenten nichts anderes auf der Welt helfen kann. Die Mädchen konfrontieren sich allein mit sich und ihrem Körper. Die offensichtlich angestaute Wut und Enttäuschung mit Hilfe anderer Bewältigungsmechanismen bearbeiten zu können, scheint in der persönlichen Lebens- und Gefühlswelt der Frauen nicht mehr möglich zu sein. Der Akt der Selbstverletzung wird nunmehr als Wundcreme ihrer seelischen Schmerzen verwendet.

Selbstverletzendes Verhalten als Suchtverhalten

Alexandra benötigte das Ritzen in schwierigen Situationen. Sie sagt:

„Es war vor einiger Zeit in meinem Leben integriert, jedoch empfinde ich es nicht mehr so. Ich bin perspektivisch gesehen dabei, etwas daran zu ändern. Ich möchte auch nicht, dass es in meinem Leben integriert ist. Es kommt zwar immer noch vor, dass ich mich selbst verletze, jedoch muss ich irgendwie sicherer werden. Das Ritzen ist wie eine Sucht, es hilft mir in bestimmten Momenten einfach.“

Auch für **Beatrice** hatte der Akt des Ritzens ein hohes Suchtpotenzial:

„Das Ritzen hatte für mich ein hohes Suchtpotenzial, welches ich immer, wenn es mir schlecht ging oder ich auf irgendetwas wütend war, einsetzte.“

Caroline ordnete ihre damalige Selbstverletzung als für sie notwendige Zwangshandlung ein:

„Ich hab mich halt nicht für das Schneiden schuldig gefühlt, weil ich gemerkt habe, dass es ein Zwangsverhalten darstellte. Man merkt schon, dass es nicht gesund ist, aber man kann in dem Moment nicht anders. Und die Handlung selbst, dass man irgendwoher eine Klinge holt, das war einfach eine Zwangshandlung.“

Es scheint in der Wahrnehmung meiner Interviewpartnerinnen eine eindeutige Kategorisierung in den Bereich der Sucht zu geben. Alle drei beschrieben ihre über einen längeren Zeitraum andauernde Selbstverletzungshandlungen als Sucht- oder Zwangshandlung. Schlussfolgernd scheint die Anwendung der Selbstverletzung im Leben der Betroffenen einen festen Platz eingenommen zu haben, welcher dann in den weiteren Verläufen als „Abhängigkeit“ angesehen wurde.

Selbstverletzendes Verhalten als Ritual

Selbstverletzungshandlungen werden bei vielen Betroffenen zu einem Ritual. Meist gibt es bestimmte Gegenstände oder Tätigkeiten, welche in den Prozess des Schneidens integriert werden.

Beatrice erzählt von einer Glasscherbe, welche sie zusammen mit einer damaligen Freundin verwendete:

„Meine damalige Freundin erzählte mir jedoch, dass es schon früher begann. Sie erzählte, dass sie noch immer ihre Glasscherbe von damals hätte und wir damals aus Liebeskummer ritzten.“

Auch **Caroline** spricht davon, dass die Selbstverletzung für sie einen rituellen Ablauf hatte:

„Und die Handlung selbst, dass man irgendwoher eine Klinge holt, das war einfach eine Zwangshandlung. Ich kam mir dabei vor wie ferngesteuert. Es hatte auch etwas von einem Ritual. Man suchte sich halt einen Rückzugswinkel und wenn man dann allein war, nach der Schule, hat man ja auch Zeit. Irgendwie gibt es einem einen Kick, da es ja verboten ist. Es ist so entgegen jedes grundlegendste Gesetz. Sich selbst verletzen hat auch so seinen Reiz. Ich hab dann irgendwie gesessen und hab mir zugeschaut, wie das Blut lief. Es beruhigte mich in dem Moment und

währenddessen merkte ich aber bereits, dass es irgendwie nicht gut ist und begann sofort mit der Versorgung meiner Wunden. Ich desinfizierte die Wunde und machte ein Pflaster drauf. So kümmert man sich ja auch um sich selbst. Danach war dann Unsicherheit, dass es hoffentlich niemand beim Sportunterricht oder Umziehen sieht.“

Es wird deutlich beschrieben, dass es bei den Frauen nicht allein um die beabsichtigte Funktion nach der Vollendung der Selbstverletzung ging, sondern auch der Akt der Vorbereitung einen rituellen Aspekt hatte. Caroline schildert zusätzlich die beruhigende Wirkung bei der Beobachtung ihres Blutes, welches hervortrat. Beatrice erwähnt ein bestimmtes Werkzeug, welches die beiden Freundinnen benutzten. Dieses besitzt die Freundin heute noch.

Gruppenzwang

Den Gruppenzwang möchte ich im Kontext des Selbstverletzenden Verhaltens nicht als einen Auslöser dessen betrachten. Menschen, welche sich selbst verletzen, haben meist traumatische Erlebnisse hinter sich, welche zu SVV-Impulsen führen. Jedoch können sich diese Impulse innerhalb einer Gruppe verstärken oder mit Unterstützung der Gruppenmitglieder verringern.

Alexandra beschreibt ihre erste Begegnung mit sich selbst verletzenden Personen folgendermaßen:

„Ich hab mich mit anderen Patienten darüber unterhalten und auch gesehen, wie sich jemand ritzte. Ich hab mich dann dort in der Klinik mit einer Freundin unterhalten. Diese hat sich auch geritzt. Sie beschrieb mir das Gefühl als sehr befreiend. Sie meinte, man könnte in bestimmten Situationen wieder fühlen, dass man existiert.“

Beatrice begann sich im Alter von 12 Jahren zusammen mit einer Freundin zu ritzen:

„Es soll mit 12 Jahren angefangen haben. Davon weiß ich aber nichts mehr. Das habe ich von einer Freundin erfahren, mit welcher ich damals gemeinsam geritzt habe.“

Anschließend erzählt sie von gemeinsamen Abenden in ihrer damaligen Wohngemeinschaft:

„Es war auch viel Gruppenzwang dabei. Es ritzten sich damals 8 von 10 Mädchen in der WG. In den heftigsten Zeiten saßen wir alle alkoholisiert auf dem Sofa und ritzten gemeinsam.“

Caroline kannte damals niemanden, welcher sich selbst verletzte. Sie schildert ihr Erleben diesbezüglich so:

„Ich hatte in meinem Umfeld niemanden, der sich selbst verletzte. Dies kam dann erst später, dass andere sich ebenfalls selbst verletzten. Es zieht ja auch so seine Kreise.“

Die Tatsache, dass sich Betroffene durchaus gegenseitig beeinflussen, besagt nicht, dass die Motivation zur Selbstverletzung einem Gruppenzwang unterliegt. Es deutet vielmehr darauf hin, dass auch hier eine gegenseitige Verbundenheit gegenüber einer gleichen Problematik existiert. Caroline zum Beispiel wurde vor ihrer Selbstverletzung nicht mit diesem Thema konfrontiert. Auch Alexandra und Beatrice benennen ihre Begegnungen mit anderen Betroffenen nicht als Auslöser ihrer Selbstverletzungshandlungen.

Familiäre Sozialisation

Die Familie sollte einen festen und wichtigen Bestandteil in der Sozialisation eines jeden Menschen darstellen. Innerhalb der Familie verbringt man als Kind und Jugendlicher die prägendsten Jahre im Leben. Hier sollten Zuneigung, Geborgenheit, Vertrauen und die Förderung der kindlichen Entwicklung im Mittelpunkt stehen. Bei vielen Betroffenen von SVV war dies häufig nicht der Fall. Oftmals fand eine Vernachlässigung, Misshandlung oder ein Missbrauch des Kindes und/oder Jugendlicher statt und führte zu gravierenden Traumatisierungen. Diese Erlebnisse prägten auch die weitere Entwicklung meiner Interviewpartnerinnen entscheidend.

Alexandra scheint die fehlende Anbindung an ihre Familie zu vermissen. Sie sehnt sich stark nach Liebe und Geborgenheit:

„Ich hab mich von meiner Mutter so allein gelassen gefühlt. Sie hat mich damals einweisen lassen. Wenn ich an Selbstverletzendes Verhalten denke, fällt mir sofort meine Familie ein.

Ich war dort in Bayern so abgeschnitten von der Welt. Ich fühlte mich von meiner Mutter und meiner Familie allein gelassen. Ich war 300 km von zu Hause weg, da kann man nicht einfach mal übers Wochenende nach Hause fahren. Man verletzt sich nicht nur selbst, sondern auch andere Menschen die einen mögen. Und diese Tatsache tut mir dann auch wieder weh.“

Beatrice empfand nach ihrem Auszug jede Begegnung mit ihrem Vater bzw. ihren Eltern als so belastend, dass sie sich im Anschluss häufig in die Haut schnitt. Sie hat aufgrund ihres Missbrauches eine traumatische familiäre Sozialisation hinter sich:

„Es gab zwischendurch fast ein ganzes Jahr, wo ich gar nicht geritzt habe. Doch dann zeigte ich letztes Jahr meinen Vater wegen dem Missbrauch an und ich hatte Termine beim Familiengericht wegen meiner Schwester. Dies waren so Erlebnisse, bei welchen ich wieder anfing zu ritzen. Das letzte Mal, als ich mich ritzte, war zu Weihnachten. Ich war bei meinen Eltern und ritzte mich so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste.“

Caroline spricht von einer Überforderung und emotionalen Vernachlässigung seitens ihrer Eltern. Sie spricht von einem Unverständnis ihrer Eltern gegenüber ihrer Lebenswelt:

„Mein Vater hat über mehrere Wochen gar nicht mehr mit mir gesprochen, weil er der Meinung war, ich wäre als Tochter nicht würdig genug. Mit meiner Mutter hatte ich eh jeden Tag Stress. Er verstand nicht, wie ich lebe und fand es moralisch verwerflich, dass ich einen Freund hatte. Er konnte dagegen nichts tun und redete aus diesem Grund irgendwann nicht mehr mit mir. Meine Eltern hatten die Vereinbarung, dass meine Mutter die Erziehung übernahm, da sie ja als Analytikerin so super kompetent war.“

Auch die aufgezwungene Funktion des lieben Mädchens

„Ich glaub, es hatte auch viel mit meiner Mutter zu tun. Ich wollte ihr zeigen, dass auch sie als Analytikerin nicht allmächtig ist und ihre Tochter nun auch eine

Therapie beginnt. Ich musste in meiner Familie immer funktionieren. Meine Eltern arbeiteten viel und ich war immer das liebe Mädchen, das immer alles gemacht hat und gut in der Schule war. Ich hatte die Klappe zu halten und mitzumachen. Und sobald ich nicht so wollte wie meine Eltern, gab es Streit.“

und die ständige Kontrolle schienen Auslöser ihrer Problematik:

„Ich bin zu Hause halt ständig kontrolliert worden. Ich durfte nicht einmal meine Zimmertür zumachen. Sie war wie ein Schalter; sie analysierte, warum ich jetzt grade sitze, warum ich was sage; und wenn du 14 bist, hast du irgendwann kein Mittel mehr, dem etwas entgegenzusetzen. Du bist dann irgendwann einfach nicht mehr da. Das ist dann die Hülle von dir, mit der gesprochen wird. Sie hat, glaub ich, meistens mit einer fiktiven Tochter gesprochen.“

Gefühle vor der Selbstverletzung

Welche Gefühle und Empfindungen hinter SVV stecken, ist oftmals schwer zu verstehen. Auch für viele Mädchen und Frauen hat die Selbstverletzung eine gute und eine schlechte Seite. Über die erlebten Auslöser hinaus entstehen unterschiedlichste Bewältigungsmuster Betroffener. Oftmals ist die Gefühlswelt völlig durcheinander geraten. Es entsteht eine Ablehnung des eigenen Körpers. Es ist ein Trugschluss, dass mit Beendigung der Auslöser auch der Drang, sich selbst zu verletzen, aufhört. Für die meisten Mädchen und Frauen geht der emotionale Leidensdruck weiter und führt zu erneutem Selbstverletzenden Verhalten.

Alexandra äußert:

„Als erstes hab ich das Gefühl, nicht da zu sein.“

Was sind das für Gefühle? Alexandra beschreibt ihre Gefühlswelt:

„Meistens ritze ich mich, wenn ich mich allein gelassen fühle. Wenn ich denke, dass alles schlecht ist und ich verzweifelt bin, dann ritze ich mich. Wenn mich ein Gefühl der Einsamkeit überfällt, dann tut mir das weh und das Schneiden hilft mir, diese Schmerzen zu überleben. Wenn meine Lebenssituation einfach so schlecht ist wie zur

Zeit, holt es mich einfach runter, auch gefühlsmäßig. Früher verletzte ich mich, weil ich mich allein fühlte, heute eher weil Neues geschieht.“

Beatrice ritzte sich aus folgenden Gefühlszuständen heraus:

„Irgendwann wusste ich dann nicht mehr, wohin mit meiner Wut und fing an zu ritzen. Ich habe mich geritzt, um mich wieder spüren zu können. Auch wenn wichtige Termine anstanden, wie z.B. Elterngespräche in der WG oder Hilfekonferenzen, ritzte ich mich, um meine Nervosität loszuwerden. Es hatte viel mit Schuldgefühlen zu tun. Ich redete mir immer ein, wie schlecht ich doch bin, und bei jedem Schnitt, den ich mir gesetzt habe, ging es mir dann besser.“

Caroline versucht, ihre Gefühle vor der Selbstverletzung so zu umschreiben:

„Am Anfang war immer ein Gefühl der Hilflosigkeit, des völligen Ausgeliefertseins und die schweren, depressiven Verstimmungen, welche auf Anschlag liefen. Es hatte bei mir viel mit Sprachlosigkeit zu tun. Es ist einer der letzten Versuche, sich selber zu spüren. Ich hatte so unglaubliche seelische Schmerzen, dass ich das Gefühl bekam, wenn ich mir jetzt weh tue, dann bin ich abgelenkt. Ich hab es auch nicht tief gemacht und es geht halt schon darum, dass man merkt, man ist noch da und empfindet etwas real.“

Alexandra und **Beatrice** waren der familiären Vernachlässigung und der sexuellen Belästigung durch Familienangehörige körperlich nicht mehr ausgesetzt. Jedoch endeten damit nicht die daraus resultierenden psychischen Belastungen. Es entstanden Gefühle der Einsamkeit, Wut und Hilflosigkeit, welche sie nunmehr regelmäßig, mit Selbstverletzungen zu lindern versuchten. Die entstandenen Gefühle, welche nicht verbal geäußert werden konnten, wurden nunmehr über die Selbstverletzungen verbalisiert.

Auch bei **Caroline** entstanden, ausgelöst über den familiären Kontext, Gefühle der Hilflosigkeit und Sprachlosigkeit, wobei sie ihren eigenen Körper mit der Zeit nicht mehr zu spüren glaubte. Hierbei scheint deutlich, dass die seelischen Verletzungen nicht mit Beendigung der auslösenden Situation aufhören.

Gefühle während des Schneidens

Es ist sicher schwer, das impulsive Geschehen während der Selbstverletzung zu benennen. Meine Interviewpartnerinnen haben ihre persönlichen Gefühlszustände folgendermaßen umschrieben:

„Dann kommt die Traurigkeit, Hass ist auch mit drin.“

Diese Schnitte *„[...] taten auch nicht weh. Wenn man sauer ist, dann spürt man auch keinen Schmerz.“* (Alexandra)

Beatrice fühlte sich schon während des Ritzens besser:

„Irgendwann wusste ich dann nicht mehr wohin mit meiner Wut und fing an zu ritzen. Mir ging es schlagartig besser, obwohl es ungewohnt war.“

Caroline empfand das Scheiden als einen Reiz und beobachtete, wie ihr Blut runterlief:

„Und die Handlung selbst, dass man irgendwoher eine Klinge holt, das war einfach eine Zwangshandlung. Ich kam mir dabei vor wie ferngesteuert. Es hatte auch etwas von einem Ritual. Man suchte sich halt einen Rückzugswinkel und wenn man dann allein war, nach der Schule, hat man ja auch Zeit. Irgendwie gibt es einem einen Kick, da es ja verboten ist. Es ist so entgegen jedes grundlegendste Gesetz. Sich selbst verletzen hat auch so seinen Reiz. Ich hab dann irgendwie gegessen und hab mir zugeschaut, wie das Blut lief. Es beruhigte mich in dem Moment und währenddessen merkte ich aber bereits.“

Das Schneiden selbst empfand sie nicht als schmerzhaft:

„Das Schneiden an sich tut ja nicht weh. Eine Rasierklinge schneidet ziemlich einfach.“

Alle drei Interviewpartnerinnen beschreiben die Handlung des Schneidens als sehr befreiend. Der Körper scheint in diesen Momenten von den Empfindungen abgespalten. Es existieren

keinerlei Schmerzen. Auch das Blut, welches hervortritt, übte eine beruhigende Wirkung aus. Es tritt schon während der Selbstverletzung eine Entlastung des vorangegangenen Gefühlschaos' ein.

Gefühle nach der Selbstverletzung

In der Literatur wird meist eine kurzzeitige Erleichterung und eine gewisse Befriedigung beschrieben. Zudem scheint der physische Schmerz erträglicher als der psychische Schmerz. Welche Gefühle bei meinen Interviewpartnerinnen im Anschluss an die Selbstverletzung auftreten, versuchen sie hiermit näher zu erläutern.

Alexandra spricht einerseits von einem Gefühl der Befriedigung, andererseits plagten sie Schuldgefühle:

„Und dann ist es eher befriedigend, was gutes irgendwie. Wenn ich mich dann doch wieder geritzt habe, bin ich so enttäuscht. Das Gefühl der Befriedigung ist gar nicht schlecht, aber im Nachhinein doch wieder schlecht. Dann bin ich enttäuscht von mir, weil ich es wieder einmal gemacht habe.“

Sie scheint Vor- und Nachteile ihrer Selbstverletzungen zu sehen:

„Trotz allem habe ich dadurch auch viele Erkenntnisse gewonnen, welche nur für mich bestimmt sind. Wie ich mein Leben lebe und warum ich es tue. Deswegen hat es auch manchmal etwas Gutes.“

Beatrice empfand nach dem Schneiden:

„Mir ging es schlagartig besser, obwohl es ungewohnt war. Dadurch war die Wut immer schlagartig weg. Irgendwann habe ich, während der Missbrauch stattgefunden hat, begonnen, meinen Körper auszuschalten. Einfach, um nichts spüren lassen und nichts spüren wollen. Irgendwann hielt dieses Gefühl an und ich konnte meinen Körper gar nicht mehr spüren. Nicht nur während des Missbrauchs,

sondern auch in ganz normalen Situationen. Ich habe mich geritzt, um mich wieder spüren zu können. Dann war alles wieder gut, ich habe wieder etwas gespürt.“

Caroline beschreibt zunächst einen leichten Schmerz:

„Danach tut es ein wenig weh, aber nicht doll. Ich habe es auch nicht tief gemacht und es geht halt schon darum, dass man merkt, man ist noch da und empfindet etwas real.“

Sie hatte dann etwas, worum sie sich kümmern konnte:

„Ich bin dann abgelenkt, weil der andere Schmerz woanders ist. Ich hatte da etwas physisch verletzt, worum ich mich kümmern musste und was auch heilte. Man kann den Prozess des Heilens ja auch sehen. Der physische Schmerz ist demnach primär und der innere Schmerz ist dann halt abgestellt.“

Auch ein beruhigendes Gefühl, gemischt mit Unsicherheit, trat ein:

„Es beruhigte mich in dem Moment und währenddessen merkte ich aber bereits, dass es irgendwie nicht gut ist und begann sofort mit der Versorgung meiner Wunden. Ich desinfizierte die Wunde und machte ein Pflaster drauf. So kümmert man sich ja auch um sich selbst. Danach war dann Unsicherheit, dass es hoffentlich niemand beim Sportunterricht oder Umziehen sieht.“

In allen drei Interviews wird von einer Spannungsminderung gesprochen. Die unmittelbar nach der Verletzung auftretenden Gefühle der Frauen werden überwiegend als positive, rasche Entlastung beschrieben. Bei **Alexandra** tritt kurz danach ein Gefühl der Unsicherheit auf. Sie hat gegenüber ihrer wiederholten Selbstverletzungshandlung ein schlechtes Gewissen. **Beatrice** dagegen erreichte das Ziel, mit Hilfe der Selbstverletzung ihren Körper wieder zu spüren. Ihr ging es schlagartig besser. **Caroline** empfand leichte Schmerzen und spürte sich dadurch wieder real im Leben. Sie hatte nunmehr einen physischen Schmerz, um welchen sie sich kümmern konnte. Der körperliche Schmerz scheint kontrollierbarer als die vorhandenen Gefühle. Zudem hatte die Wundversorgung eine beruhigende Wirkung.

Formen von Selbstverletzendem Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten lässt sich in verschiedenen Kontexten beobachten. Deren Gemeinsamkeit ist letztendlich die Beschädigung des eigenen Körpers. Aus vielen Möglichkeiten der Selbstverletzung wählten meine Interviewpartnerinnen folgende aus:

Alexandra hatte vor dem Ritzen schon eine ausgeprägte Essstörung.

„Also ich dachte damals, dass mein Essverhalten der Grund für meine Einweisung war.“

Begann im Alter von 14 Jahren zu ritzen:

„Am Anfang waren es nur leichte Schnitte. Diese taten auch nicht weh. Man kann im Sommer kein Kleid tragen, weil die Beine und die Arme voller Schnitte sind.“

und hat aus ihrer damaligen Verzweiflung heraus einen Suizidversuch hinter sich:

„Da war es so schlimm, dass ich eigentlich von einer Brücke springen wollte.“

Zudem hat sie das Bedürfnis, ihre empfundene Einsamkeit über wechselnde Männerbekanntschaften, bei welchen es sich um sexuelle Kontakte handelt, zu lindern.

„Dafür kompensierte ich meine Einsamkeit und mein Gefühl des Ausgestoßenseins mit destruktiven Männergeschichten. Ich holte mir sozusagen etwas anderes schlechtes für mich.“

Beatrice schnitt sich anfangs nur oberflächlich, jedoch wurden die Schnitte immer tiefer:

„Es waren am Anfang nur oberflächliche Kratzer. Später, nachdem ich in die WG gezogen bin, wurden sie immer tiefer, bis ich ärztlich versorgt werden mussten. Ich ritzte in dieser Zeit sehr oft und auch so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste.“

Beatrice scheint bewusst zu sein, dass sie an einen Punkt gelangt ist, an denen ihr oberflächliche Schnitte nichts mehr nutzen:

„Mir ist bewusst, dass wenn ich mich jetzt wieder ritzen würde, mir oberflächliche Schnitte nichts mehr bringen. Also je tiefer, umso besser.“

Auch bei **Caroline** entwickelte sich zu Beginn eine Essstörung, welche bis heute noch existent ist:

„Was in diesem Kontext auch noch wichtig ist, ist die Tatsache, dass ich zusätzlich eine Essstörung hatte, welche schon weit vorher begonnen hat. Für mich lief das in die selbe Richtung, da eine Essstörung auch eine Art der Selbstverletzung ist. Damit hat es, glaub ich, ursprünglich angefangen.“

Die Form der Selbstverletzung ging dann zum Ritzen über:

„Es begann mit Schneiden, also Ritzen, und dies ging dann über in manuelles verletzen. Als das mit dem Schneiden und Haut aufkratzen anfang.“

Es kam stellenweise zu massiveren Verletzungen ihrer Haut:

„Die Wunde war danach stellenweise einfach nur rohes Fleisch.“

Auch zu wenig Schlaf stellt eine Form der Selbstverletzung dar. **Caroline** war mit ihren Problemen so sehr belastet, dass sie oftmals stundenlang weinte:

„Ich konnte damals über Wochen nur heulend einschlafen und war dann in der Schule total müde und kaputt.“

Caroline erzählt:

„Ich beiße heut noch Fingernägel.“

Meine Interviewpartnerinnen vollzogen die Selbstverletzungshandlungen meist durch Schneiden in die Haut. Zwei Frauen hatten vor dem Schneiden bereits eine Essstörung, welche bis heute anhält. **Alexandra** hat einen Suizidversuch hinter sich, welcher sie im Nachhinein sehr belastete und wiederum zu SVV führte. Auch Schlafmangel und Kauen an den Fingernägeln stellen bei **Caroline** Formen der Selbstverletzung dar.

Bislang erfahrene Hilfsmöglichkeiten

Die Frage, in welcher Form meine Interviewpartnerinnen bislang Hilfe und Unterstützung erfahren und welche Entwicklungsschritte sie persönlich durchlebten, erschien mir sehr wichtig.

Alexandra beschreibt zunächst ihre persönliche Entwicklung:

„Ich hatte immer Angst vor Neuem und habe alles negativ gesehen. Langsam beginne ich, auch Gutes zu sehen und danach zu leben. Positiv sehen hilft mir inzwischen ein wenig, jedoch kommt es immer wieder vor, dass ich mich ritze.“

und fand diesbezüglich Möglichkeiten, sich in schwierigen Situationen abzulenken:

„Ich nutze meine Hobbys als Unterstützung. Wenn ich singe, befreit es ein wenig. Aber wenn ich wiederum zuviel singe, stellt sich für mich wieder eine schwierige Situation ein. Ich singe dann oftmals wieder dramatische Dinge, die mich traurig stimmen. Dann versuche ich mich mit schönen Dingen abzulenken, meistens ist das dann Fernsehen. Zwar nicht schön, aber doof.“

Als bislang mangelnde Unterstützungsmöglichkeit sieht Alexandra die Beziehung zu ihrem aktuellen Freund an:

„Zur Zeit hilft mir auch noch mein Freund. Nur auf den kann ich mich nicht verlassen, da ich nicht weiß, was die Zukunft bringt. Vielleicht kann ich ihn in absehbarer Zeit als Stütze sehen, sodass mein Selbstverletzendes Verhalten aufhört.“

Auch **Beatrice** beginnt mit der Umschreibung ihrer persönlichen Entwicklung:

„Doch seit einer Weile ist es wieder ganz gut, ich ritze auch seit ein paar Monaten nicht mehr. Meine Ausbildung im Kindergarten und die damit verbundene Ablenkung helfen mir sehr. Ich bekomme von den Kindern das Gefühl, gebraucht zu werden. Auch meine Beziehung hilft mir. Meine Beziehung stärkt mich. Dass ich seit einer Weile nicht mehr ritze, liegt einerseits daran, dass ich mich persönlich weiterentwickelt habe und andererseits habe ich mir diese Veränderung fest vorgenommen. Das letzte Mal, als ich mich ritzte, war zu Weihnachten. Ich war bei meinen Eltern und ritzte mich so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste.“

Das war so der Punkt, bei welchem ich mir ernsthaft vornahm, es nicht mehr zu tun. Ich wollte nicht noch mal ins Krankenhaus und mich auch nicht mehr so tief ritzen müssen. Mir ist bewusst, dass wenn ich mich jetzt wieder ritzen würde, mir oberflächliche Schnitte nichts mehr bringen. Also je tiefer, umso besser. Aus diesem Grund will ich das nicht mehr.“

Auch durch die Reaktionen und Fragen ihrer Umwelt fand Beatrice zusätzliche Kraft, sich mit ihrem Selbstverletzenden Verhalten auseinanderzusetzen:

„Meine Schnitte würden nur noch tiefer gehen. Und da ich an Körperstellen ritze, welche sehr offensichtlich sind, und es in der Schule beim Sportunterricht auch gesehen wird, möchte ich mir die Fragen bezüglich meiner Wunden ersparen. Dieser Grund hilft mir zusätzlich, damit umzugehen.“

Beatrice hat, bis sie ihrer Selbstverletzung so reflektiert gegenüber stehen konnte, einen weiten Weg hinter sich gebracht. Dieser beinhaltete intensive, therapeutische Hilfe:

„Ich habe es geschafft, mit Hilfe einer Therapie meinen Körper wieder zu spüren. Es gibt bestimmte Übungen, welche am Anfang richtig schwierig sind. Ich konnte mich halt nicht entspannen. Ich habe totale Panik bekommen, sobald irgendetwas sich um Ruhe und Entspannung drehte. Ich wusste, dann kommt es. Durch die Entspannung merkst du deinen Körper, du spürst ihn einfach viel intensiver. Ich hatte davor ziemlich Angst, da ich meinen Körper nicht ohne Selbstverletzungen spüren konnte. Aber es hilft. Autogenes Training ist sehr wichtig und hilft sehr. Jedoch benötigt man Zeit. Man benötigt aus meiner Erfahrung heraus schon 3-4 Monate, um damit umgehen zu können. Wichtig wäre, es regelmäßig zu machen, z.B. in einer Therapie. Autogenes Training hilft zum Beispiel vor dem Einschlafen oder wenn man wütend ist. Es gibt soviel Arten von autogenem Training und es hilft.“

Zusätzlich fand sie Unterstützung in der betreuten Wohngruppe:

„Die WG hat mir sehr geholfen. Einfach das Gefühl zu haben, es gibt noch andere mit den gleichen Problemen. Ich habe verstanden, dass es bis zu einem bestimmten Punkt nichts krankhaftes ist. Ich dachte eine Zeitlang, ich wäre verrückt. Auch die Betreuer haben mir sehr geholfen. Sie haben mir das Gefühl gegeben, dass sie mich mögen, ohne dass ich mich ritzen muss. Sie haben mich, ohne dass ich mich verletzen musste, genauso gern gehabt, die gleiche Aufmerksamkeit geschenkt und genauso akzeptiert.“

Sie erlernte für sich individuelle Hilfsmöglichkeiten, welche ihr bei der Bearbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse helfen konnten:

„Man sollte alles an Gefühlen aufschreiben und das Aufgeschriebene dann zerreißen oder an einen Ort packen, an den man nicht hinkommt. Nicht an die Tür kleben oder einfach nur weglegen. Und man sollte sich auf jeden Fall Hilfe holen. Eine Therapeutin oder eine Einzelfallhelferin. Oder mit einer besten Freundin sprechen. Wichtig ist, dass man sich andere Möglichkeiten sucht, bei denen man seine Aggressionen loswird. Das können Selbstverteidigungskurse oder Sport allgemein sein. Auch eigene Literaturrecherchen zu diesem Thema können wichtig sein, sodass man selbst lesen kann, welche Hilfen es gibt. Und vielleicht an eine Selbsthilfegruppe wenden, um zu sehen, wie andere Menschen mit dem selben Phänomen umgehen und klarkommen.“

Caroline erfuhr eine erste Unterstützung durch die Aufmerksamkeit einer Lehrerin:

„Ich bin einmal von einer Lehrerin auf meine Müdigkeit angesprochen worden. Ich konnte damals über Wochen nur heulend einschlafen und war dann in der Schule total müde und kaputt. Meine Lehrerin fragte mich dann, was los sei und empfahl mir dann auch eine Therapie. Sie war die erste Erwachsene, die mich angesprochen hat. Meine Lehrerin half mir bei der Entscheidung, etwas zu unternehmen.“

Caroline war in der Lage, sich daraufhin an einen Therapeuten zu wenden:

„Ich habe dann bald eine Therapie begonnen, weil ich merkte, dass es so nicht weiter gehen konnte. Ich begann die Therapie, weil ich schon gemerkt habe, dass es nicht normal ist.“

Ein zusätzlicher Anstoß für Caroline, eine Therapie zu beginnen, war eine Konfrontation mit der Reaktion einer Freundin:

„Ich bin damals mit einer Freundin zum Training gegangen und hatte mir grad wieder den Arm aufgekratzt. Die Wunde war danach stellenweise einfach nur rohes Fleisch und meine Freundin bekam das mit. Sie hat da halt raufgefasst und es tat total weh. Sie meinte, das solle auch weh tun und ich würde grad ganz große Scheiße mit mir anstellen. Das war dann auch für mich ein sehr deutliches Zeichen, dass es so nicht weitergehen konnte. Man wird ja mit der Zeit auch immer

komischer, indem man sich entfremdet und versucht, dies zu verheimlichen. Man merkt schon, dass es nicht gesund ist, aber man kann in dem Moment nicht anders.“

Auch die eigenen Selbsthilfekräfte bewegten sie dazu, sich Hilfe zu holen:

„ [...] mein Gefühl hat sich irgendwie verlagert. Ich bin in mir drin fester geworden. Es hatte bei mir viel mit Sprachlosigkeit zu tun. Ich musste in meiner Familie immer funktionieren. Ich glaube mittlerweile, dass ganz viel mit der eigenen Festigkeit in sich zu tun hat.“

Caroline fiel mit dem Auszug aus der elterlichen Wohnung eine große Last vom Herzen. Sie weiß heute die Tatsache, Freunde um sich zu haben, zu schätzen:

„Ich bin auch ziemlich früh ausgezogen, wodurch eine große Last von mir abfiel. Ich musste mich nicht mehr ständig rechtfertigen. Es ist wichtig, Menschen um sich zu haben, die einem zuhören oder sich für einen interessieren. Das hat sich geändert bei mir. Ich kann heute nach außen tragen, mir geht es gut und bin mittlerweile in neuen Lebensräumen, in welchen ich versuchen kann, ich selbst zu sein.“

Reflektierend scheint die Therapie für Caroline nur teilweise erfolgreich gewesen zu sein:

„Ich hab die Therapie 1 _ Jahre gemacht und bin aber im Nachhinein nicht wirklich überzeugt davon, dass sie jetzt den Ausschlag gegeben hat. Das Selbstverletzende Verhalten hat aufgehört, aber das mit der Essstörung ging noch weiter. Ich behaupte mal, ich war ganz gut darin, meinem Therapeuten etwas vorzuspielen. Das konnte ich schon gegenüber meiner Mutter.“

Diskussion der Interviews mit der aktuellen Literatur

In der nun folgenden Diskussion sollen relevante Ergebnisse aus den Interviews mit den schon bestehenden Ergebnissen der vorhergehenden Literaturrecherche verglichen werden. Es sollen hierbei Ähnlichkeiten, Unterschiede und die daraus resultierende Praxisrelevanz aufgezeigt werden. Diese Arbeit erhebt nicht den Anspruch, neue Erkenntnisse bezüglich Selbstverletzenden Verhaltens zu schaffen, sondern möchte den momentanen Erkenntnisstand

bereichern und mit Hilfe der individuell erlebten Ereignisse und deren Verarbeitungsprozesse ergänzen.

In der folgenden Diskussion spreche ich von den Fällen der offenen Selbstverletzung.

Das Erste Mal

SACHSSE geht davon aus, dass die Selbstverletzungen zu 60 % im frühen Erwachsenenalter (16-25 Jahre) oder zu einem noch früheren Zeitpunkt beginnen.¹⁷⁹ Nach ECKHARDT kommt es zu den meisten Selbstverletzungen ab dem 14. Lebensjahr, was mit dem Beginn der Pubertät korrespondiert.¹⁸⁰ Die beschriebenen Altersangaben kristallisierten sich ebenfalls in den Interviews heraus. Alle drei Interviewpartnerinnen ritzten sich das Erste Mal in der Phase der Pubertät, im Alter zwischen 12 und 16 Jahren:

„Ich würde sagen, dass es mit dem Ritzen in der Charitè angefangen hat.“ (**Alexandra**, 14 Jahre alt)

„Es soll mit 12 Jahren angefangen haben.“ **Beatrice** begann sich mit 12 Jahren zu ritzen. Sie ist damit die jüngste der drei Interviewpartnerinnen.

„Ich war so 16 _ Jahre alt.“ **Caroline**, welche 16 _ Jahre alt war, befand sich zur damaligen Zeit im Endstadium der Pubertät und dem Beginn des frühen Erwachsenenalters.

Prägnant scheint, dass alle drei Frauen im Verlauf ihrer Pubertät mit der Selbstverletzung begannen. TEUBER schreibt, dass Selbstverletzungshandlungen vornehmlich in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter auftreten. Allerdings existieren auch Angaben, welche dagegen sprechen. Sie zieht nunmehr das Fazit, dass Selbstverletzung neben ganz persönlichen Konflikten auch im Zusammenhang mit spezifischen Problemen und Entwicklungsaufgaben der Pubertät und des Erwachsenwerdens zu interpretieren ist.¹⁸¹ Aufgrund der Altersangaben meiner Interviewpartnerinnen, welche sich zwischen 12 und 16 Jahren bewegen, kann man den Schluss ziehen, dass alle drei Betroffenen sehr früh unter ihren individuellen Problemen litten und im Verlauf ihrer persönlichen Entwicklung Bewältigungsdefizite aufwiesen.

¹⁷⁹ vgl. Sachsse, 1987, S. 53

¹⁸⁰ vgl. Eckhardt, 1994, S. 44

¹⁸¹ vgl. Teuber, 2000, S. 49

Hier kristallisiert sich ein sehr interessanter Unterschied heraus, welcher eine genauere Betrachtung verdient. Im Gegensatz zu Alexandra und Beatrice begann **Caroline** das Ritzen ohne jeglichen vorherigen Kontakt zum Thema Selbstverletzung:

„Ich hatte in meinem Umkreis niemanden, der das gemacht hat. Das kam dann erst später, dass andere das auch gemacht haben. Es zieht ja auch so seine Kreise.“

Es scheint, dass Caroline ihre emotionale Situation als derart problembeladen ansah, dass sie allein aus ihren damaligen Gefühlszuständen heraus zur Selbstverletzung griff. Das für sie bis dahin unbekannte Phänomen SVV nahm nunmehr einen entscheidenden Raum ein. Die Selbstverletzung gestaltete sich als notwendige Handlung, welche zuvor weder erfahren noch verbal diskutiert wurde. In diesem Kontext wird deutlich, dass der Drang zur Selbstverletzung nicht erlernt wird, sondern als emotionaler Rettungsanker empfunden wird. Caroline entdeckte eine Möglichkeit, die für sie nicht erträglichen psychischen Schmerzzustände auf sichtbare Weise umzulenken.

„Ich glaube, es war einfach so ein Moment, indem ich mich hilflos und sprachlos fühlte. Ich hatte so unglaubliche seelische Schmerzen, dass ich das Gefühl bekam, wenn ich mir jetzt weh tue, dann bin ich abgelenkt.“

Erfahrungshintergründe

Bei Menschen, die selbstverletzende Verhaltensweisen zeigen, sind in der Kindheitsgeschichte oft deprivierende Bedingungen zu finden.¹⁸² Es existieren in der Literatur und der Forschung unterschiedliche Standpunkte, woher Selbstverletzendes Verhalten stammt. In einem sind sich jedoch fast alle Experten einig: „[...] Vernachlässigung ist der stärkste Auslöser für Selbstverletzendes Verhalten.“ Die erlebte Gewalt, welche meist in der Herkunftsfamilie stattfand, manifestierte sich für die Mädchen und Frauen in den unterschiedlichsten Ausprägungen. Aufgrund der Vielfalt von Gewalt sind die Erfahrungen der Mädchen einmalig. Dieser Umstand führt leicht zu dem Gefühl, mit seinen individuellen Erfahrungen allein zu sein. Das Gemeinsame scheint das erlebte Trauma zu sein. Die erfahrene Gewalt lässt sich häufig in drei Bereiche einteilen: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und seelische Misshandlung/Deprivation.

¹⁸² vgl. Holitzner, 1993, S. 324; Favazza & Conterio, 1989, S. 282

In den Interviews wurden folgende individuelle Erfahrungshintergründe deutlich:

„Heute weiß ich, dass es mit dem Missbrauch zu tun hatte.“

(Beatrice; sexueller Missbrauch)

In der Wissenschaft geht man inzwischen von einer Häufung sexueller Missbrauchserfahrungen in der Geschichte von Personen, die sich selbst verletzen, aus.¹⁸³

Die Mechanismen der Verarbeitung ähneln in vielen Bereichen denen der körperlichen Misshandlung. Meist sieht das Opfer die Ursache in seiner eigenen Schlechtigkeit. Es entstehen Schuldgefühle. Der Körper wird als böses, schmutziges Objekt abgespalten.

Zusätzlich zu den hier geschilderten Gefühlen der Schlechtigkeit und der Schuldgefühle wird bei **Beatrice** noch ein Aspekt sehr deutlich. Sie erwähnt in dem Interview die fehlende Erinnerung an ihre erste Selbstverletzung im Alter von 12 Jahren:

„Ich hatte so im Kopf, dass ich erst mit dem Einzug in die Zufluchtswohnung bei Wildwasser anfang zu ritzen.“

Beatrice spricht im weiteren Verlauf des Interviews über die entstandene Schutzfunktion ihres Körpers, sich während des Missbrauchs abzuschalten. Sie erzählt, dass sie ihren Körper sehr bald auch nicht mehr in normalen Situationen spüren konnte. Nunmehr wird deutlich, dass bei Beatrice nicht nur eine körperliche Schutzfunktion eingesetzt hat, sondern auch ihre Erinnerung bestimmte Passagen nicht abrufen lässt. Dieser „Gedächtnisverlust“ liegt in der Zeit der unmittelbaren Missbrauchssituationen. Der erlebte Missbrauch stellt eine extreme Belastungssituation dar, welcher Beatrice nicht ausweichen konnte. Sie fühlte sich machtlos und schuldig dem Geschehenen gegenüber. Aufgrund der nicht verarbeiteten Missbrauchserlebnisse entstand eine Traumatisierung, welche auch das Erinnerungsvermögen beeinträchtigte. Um die völlige Gefühlsüberflutung zu vermindern, beginnt das Gehirn, bestimmte Erlebnisse (z.B. Missbrauchserlebnisse) in einen bestimmten Bereich des Gehirns (Mandelkern) zu hinterlegen. Zwischen dem Großhirn¹⁸⁴ und dem Mandelkern¹⁸⁵ besteht eine Blockade, welche jederzeit zu Überflutungen der Erinnerungen führen kann.¹⁸⁶ Beatrice Erinnerungen versuchten somit, ihre langjährigen Missbrauchserlebnisse zu mildern. Jedoch kann es jederzeit zu Triggersituationen¹⁸⁷ kommen.

¹⁸³ vgl. Sachsse, 1987, 1994; Eckhardt, 1989, 1994; Herpertz & Saß, 1994

¹⁸⁴ in welchem jegliche Erinnerungen abrufbar sind

¹⁸⁵ alle nicht verarbeiteten Erlebnisse in einem Durcheinander gespeichert

¹⁸⁶ vgl. Seminarunterlagen des Projektes „Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen unter dem besonderen Aspekt des (sexuellen) Missbrauchs, 14.04.2003

¹⁸⁷ durch konfrontierende Situationen in die nicht verarbeitete Missbrauchssituation zurückfallend

„Ich glaub, dass die häusliche Situation für mich so unerträglich war. Mein Vater hat über mehrere Wochen gar nicht mehr mit mir gesprochen, weil er der Meinung war, ich wäre als Tochter nicht würdig genug. Mit meiner Mutter hatte ich eh jeden Tag Stress.“

(Caroline; Deprivation)

Der Entzug von Emotionalität deutet auf eine Deprivation innerhalb des Familiensystems hin. Hierbei findet ebenfalls eine Abspaltung des eigenen Körpers statt. Durch den Mangel an positiven Reizen seitens der Eltern entsteht ein mangelndes Selbstbewusstsein, welches den eigenen Körper nicht ins Selbst integrieren kann. Die einzig erreichbare Zuwendung scheint nunmehr der eigene Körper zu sein, wobei dieser innerhalb der erfahrenen Reizarmut abgespalten wird.

Es wird deutlich, dass meine Interviewpartnerinnen über längere Zeit unterschiedlichste Formen der Gewalt erlebt haben. Jede erlebte diese innerhalb ihres Familiensystems. Eine weitere Gemeinsamkeit scheint das erlebte Trauma zu sein. Dieses prägte vor allem ihre psychische Entwicklung und beeinflusste das Leben der Frauen auch nach dem Verlassen der Gewaltsituation. Hierbei wird ein Unterschied deutlich: Beatrice und Caroline begannen innerhalb der Familie mit der Selbstverletzung; **Alexandra** aber ritzte sich das erste Mal außerhalb ihres familiären Umfeldes:

„Ich würde sagen, dass es mit dem Ritzen in der Charité angefangen hat. Ich hab mich mit anderen Patienten darüber unterhalten und auch gesehen, wie sich jemand ritzte.“

Jedoch bestand schon während sie sich noch in der Familie befand eine ausgeprägte Essstörung:

„Also ich dachte damals, dass mein Essverhalten der Grund für meine Einweisung war.“

Man kann an diesen wenigen Aussagen erkennen, dass alle drei Frauen sehr früh Gewalt erlebten. Es werden hierbei deutlich zwei Gewaltformen benannt: diese sind sexueller Missbrauch und die familiäre Vernachlässigung. Es erscheint mir wichtig, neben dem sexuellen Missbrauch die daran gekoppelte „zusätzliche“ Vernachlässigung zu erwähnen. Alle drei Frauen erlebten keinerlei Unterstützung innerhalb ihrer Familie. Sie wurden mit

ihren Erlebnissen allein gelassen. Es fand dadurch offensichtlich eine Abspaltung des eigenen Körpers statt. Diese Faktoren werden in der Literatur ebenfalls benannt.

Funktionen von Selbstverletzendem Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten bedient sich vieler Funktionen für die betroffenen Frauen. SACHSSE beschreibt Selbstverletzendes Verhalten als multifunktionales Phänomen. Es kann als Antidepressivum und Antipsychotikum eingesetzt werden; hilft, sich der eigenen Körpergrenzen zu vergewissern; kann zur Spannungsreduktion, als Suizidprophylaxe, zur Selbstbestrafung oder Selbstentlastung, als Selbstschutzmechanismus, zur Bekämpfung des seelischen Schmerzes und/oder zur Wiedererlangung von Kontrolle dienen.¹⁸⁸ Bei allen drei Interviewpartnerinnen wurde der Versuch des „wieder Spürens“ genannt. Selbstverletzung übernahm hierbei die Funktion eines Weckers, welchen den Körper wieder lebendig machte:

„Irgendwann habe ich, während der Missbrauch stattgefunden hat, begonnen, meinen Körper auszuschalten. Einfach um nichts spüren lassen und nichts spüren wollen. Irgendwann hielt dieses Gefühl an und ich konnte meinen Körper gar nicht mehr spüren. Nicht nur während des Missbrauchs, sondern auch in ganz normalen Situationen. Ich habe mich geritzt, um mich wieder spüren zu können. Dann war alles wieder gut, ich hab wieder etwas gespürt.“ (Beatrice)

Das jeweilig mangelnde Körpergefühl wird in der Literatur als Abspaltung des Körpers benannt. *„Der eigene Körper ist vom Selbst abgespalten und wird als fremdes, bedrohliches, verhasstes Objekt schlecht bemuttert.“*¹⁸⁹ Die Mädchen selbst empfinden die Abspaltung nicht so stark, weil sie sich eines anderen Körpergefühls gar nicht bewusst sind. Auch meine Interviewpartnerinnen fühlen lediglich die Abspaltung, nicht die Zugehörigkeit ihres Körpers. Dieses sollte man in der Interaktion mit ihnen langsam widerspiegeln.

Auch die Selbstbestrafung, der Gedanke alles falsch zu machen, zwang zur Selbstverletzung:

¹⁸⁸ vgl. Sachsse, 2000, S. 51-52

¹⁸⁹ vgl. Sachsse, 1989, S. 100

„Es hatte viel mit Schuldgefühlen zu tun. Ich redete mir immer ein, wie schlecht ich doch bin und bei jedem Schnitt, den ich mir gesetzt habe, ging es mir dann besser.“

(Beatrice)

Die Mechanismen der Verarbeitung sind in vielen Bereichen gleich. Sowohl bei sexuellem Missbrauch als auch bei der Vernachlässigung sehen die Betroffenen die Ursache ihrer Erlebnisse in ihrer eigenen Schlechtigkeit. Sie beginnen, an der eigenen Wertschätzung zu zweifeln. In verschiedensten Situationen entstehen nunmehr Schuldgefühle gegenüber der eigenen Person.¹⁹⁰

„Jedoch fühlte ich mich in den verschiedenen Problemlagen schuldig. Ich hatte das Gefühl, nicht zu genügen.“ (Caroline)

Selbstverletzung stellte ebenfalls ein Ausdruck verschiedener Gefühlslagen dar. Es wurden u.a. Wut, Einsamkeit, Verzweiflung, Sprachlosigkeit genannt: *Gefühl der Einsamkeit; verzweifelt bin; wenn man sauer ist* (Alexandra); *Wut und Aggression; Nervosität; Eltern; Aufmerksamkeit* (Beatrice); *Schuldgefühle; etwas physisch verletzt; Sprachlosigkeit* (Caroline).

Bei **Alexandra** gab es eine Situation, in welcher sie sich das Leben nehmen wollte. Nachdem dieser Versuch misslang, ritzte sie sich verstärkt. Man könnte hier von einer Suizidprophylaxe sprechen:

„Da war es so schlimm, dass ich eigentlich von einer Brücke springen wollte. Ich wurde damals von einigen Leuten aufgehalten und hab mir danach große Vorwürfe gemacht und mich geritzt, um das auszuhalten.“

Schlussfolgernd deute ich Alexandras Selbstverletzung nach dem Suizidversuch als Wechselspiel zwischen einer Selbstbestrafung und einer Suizidprophylaxe. Zum einen fühlte sie sich schuldig gegenüber ihrer Umwelt, zum anderen erscheint mir die Selbstverletzende Handlung in diesem Kontext als persönliche Krisenintervention. Alexandra versuchte keinen zweiten Suizid.

¹⁹⁰ vgl. Sachsse, 1994; Teuber, 2000

Besonders erwähnenswert ist eine Aussage von **Caroline**. Sie beschreibt die Selbstverletzung als eine Verlagerung der psychischen auf physische Schmerzen:

„Ich hatte da etwas physisch verletzt, worum ich mich kümmern musste und was auch heilte. Man kann den Prozess des Heilens ja auch sehen. Der physische Schmerz ist demnach primär und der innere Schmerz ist dann halt abgestellt.“

Caroline kümmerte sich somit um ihren Körper und vergaß dadurch ihre Verzweiflung und Traurigkeit. Der psychische Schmerz schien besser kontrollierbar und damit weniger bedrohlich zu sein. Die nur schwer kontrollierbaren Gefühle wurden somit für eine Zeitlang „erfolgreich“ verdrängt. Das Phänomen der Verlagerung vom inneren zum äußeren Schmerz beschreibt auch TEUBER in ihrem Buch sehr ausführlich.¹⁹¹

Gefühle vor der Selbstverletzung

ECKHARDT beschreibt die Gefühle unmittelbar vor der Selbstverletzung als eine Art innere Spannung, welcher einen Rauschzustand annehmen kann.¹⁹² Zahlreiche Autoren sprechen von Depersonalisations und Derealisationszuständen. HERPERTZ & SAß sprechen von einem diffus erlebten Spannungszustand, welcher durch mangelnde Angst- und Frustrationsintoleranz oder Affektdifferenzierung hervorgerufen wird.¹⁹³

Meine Interviewpartnerinnen beschreiben im folgenden greifbare Gefühlszustände, welche unmittelbar vor der Selbstverletzung auftreten. Es ist jedoch fraglich, ob die Beteiligten in solchen Momenten real wahrnehmen:

SACHSSE nennt die Empfindung von Leere, Dysphorie¹⁹⁴, völliger Hoffnungslosigkeit, Stillstand, das Gefühl, dass der Körper im Erleben „abhanden kommt“; die Frauen sind „außer sich“.¹⁹⁵

¹⁹¹ vgl. Teuber, 2000, S. 60

¹⁹² vgl. Eckhardt, 1994, S. 43

¹⁹³ vgl. Herpertz & Saß, 1994, S. 117

¹⁹⁴ Dysphorie beschreibt einen Zustand, in dem Emotionen wie Terror, Wut und Trauer miteinander verschmelzen und zu einem furchtbaren Gefühl führen. Oft gehen damit Verwirrung, Unruhe, ein Gefühl der Leere und absoluter Einsamkeit einher. Dieses Gefühl kennen besonders Menschen mit traumatischen Erfahrungen. (vgl. Herman, 1993, S. 151 f.)

¹⁹⁵ Sachsse, 1999, S. 51 ff.)

„Am Anfang war immer ein Gefühl der Hilflosigkeit, des völligen Ausgeliefertseins und die schweren, depressiven Verstimmungen, welche auf Anschlag liefen. Es hatte bei mir viel mit Sprachlosigkeit zu tun. Es ist einer der letzten Versuche, sich selber zu spüren. Ich hatte so unglaubliche seelische Schmerzen, dass ich das Gefühl bekam, wenn ich mir jetzt weh tue, dann bin ich abgelenkt.“ (Caroline)

Den Selbstverletzungen voraus gehen immer heftige affektiv besetzte Erlebniszustände. HERPERTZ & SAß sprechen von unerträglichen Spannungsgefühlen, die sich im Vorfeld einer Selbstverletzung aufbauen.¹⁹⁶ COX et. al. berichten von Gefühlen von überwältigender Wut gegen eine andere wichtige und mächtige Person. Für Frauen mündet diese Wut aufgrund ihrer Sozialisation häufig in Schuldgefühlen.¹⁹⁷

„Ich redete mir immer ein, wie schlecht ich doch bin und bei jedem Schnitt, den ich mir gesetzt habe, ging es mir dann besser.“ (Beatrice)

Es zeigt sich, dass es auch bei meinen Interviewpartnerinnen nicht nur einen Gefühlszustand gibt, welchen man eindeutig benennen kann als kennzeichnend im Vorfeld einer Selbstverletzung. Das individuelle Erleben der Betroffenen unterscheidet sich im selben Maße wie auch die Auslösesituationen individuell sind sowie die Funktionen die Selbstverletzungen erfüllen können. Zusammenfassend kann man die Zustände als dissoziative Erlebnisweisen definieren.

Selbstverletzendes Verhalten als Suchtverhalten

Definition von Sucht:

Sucht kommt nicht vom Wortstamm „suchen“, sondern von „siech“ (siechen = krank). Im Mittelalter bis hin zum 18. Jahrhundert kannte man daher auch Begriffe wie Wassersucht, Schwindsucht etc.¹⁹⁸

Sucht ist ein schleichender Prozess, ein „Dahinsiechen“. Niemand wird plötzlich süchtig, vielmehr entwickelt sich Abhängigkeit nach und nach. Meist fängt es harmlos an, es werden

¹⁹⁶ vgl. Herpertz & Saß, 1994, S. 299

¹⁹⁷ vgl. Cox et. al., 2001

¹⁹⁸ heute z.B. die Gelbsucht

die positiven Wirkungen (Drogen, Selbstverletzung) genutzt. Bei manchen entsteht hieraus Gewohnheit und Missbrauch, bei einigen Sucht und Abhängigkeit.

Abhängige Verhaltensweisen sind laut TEUBER nicht nur auf den Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten begrenzt, sondern können sich auch in anderen Verhaltensweisen äußern.¹⁹⁹ Sie dienen, ähnlich wie Drogen, kurzfristig von der akuten seelischen Belastung zu befreien. Diese ist zugleich abgeschaltet. Jede Sucht dient dem Zweck, sich gegenüber unerträglichen Gefühlen bestimmter Lebenssituationen unempfindlich zu machen.²⁰⁰

„Es war vor einiger Zeit in meinem Leben integriert, jedoch empfinde ich es nicht mehr so. Ich bin perspektivisch gesehen dabei, etwas daran zu ändern. Ich möchte auch nicht, dass es in meinem Leben integriert ist. Es kommt zwar immer noch vor, dass ich mich selbst verletze, jedoch muss ich irgendwie sicherer werden. Das Ritzen ist wie eine Sucht, es hilft mir in bestimmten Momenten einfach.“ (Alexandra)

Hierbei wird deutlich, dass die Selbstverletzungshandlungen kurzfristige Entlastungszustände bei **Alexandra** hervorgerufen haben. Sie sah die Selbstverletzung demnach als einziges Mittel, sich aus diesem für sie unerträglichen Zustand zu befreien. TEUBER äußert, dass die Sucht ein Ausdruck dafür ist, bestimmte Zustände, z.B. Zustände von psychischem Schmerz, Unruhe, Hilflosigkeit, Einsamkeit, Leere, Überforderung etc., nicht ertragen zu wollen.²⁰¹ Diese Benennung eines Suchtcharakters ist jedoch nicht nur die Einnahme bestimmter Substanzen, sondern kann prinzipiell auf alle darauf gezielten Verhaltensweisen projiziert werden. Die Abhängigkeit gegenüber der eigenen Selbstverletzung beschrieben auch meine Interviewpartnerinnen:

„Das Ritzen hatte für mich ein hohes Suchtpotenzial, welches ich immer, wenn es mir schlecht ging oder ich auf irgendetwas wütend war, einsetzte.“ (Beatrice)

Durch die vorhergehende Benennung der individuellen Gefühlszustände der Frauen, deuten die jeweiligen Aussagen auf eine beabsichtigte Betäubung dieser hin. Es ist deutlich erkennbar, dass der Zweck ihrer Selbstverletzungen schnell einen Suchtcharakter erhalten kann. Alle drei Interviewpartnerinnen waren in der Lage, ihre Abhängigkeitsgefühle gegenüber dem SVV zu definieren.

„Ich hab mich halt nicht für das Schneiden schuldig gefühlt, weil ich gemerkt habe, dass es ein Zwangsverhalten darstellte. Man merkt schon, dass es nicht gesund ist,

¹⁹⁹ vgl. Teuber, 2000, S. 103

²⁰⁰ vgl. ebd., 2000, S. 103

²⁰¹ vgl. ebd., 2000, S. 103

aber man kann in dem Moment nicht anders. Und die Handlung selbst, dass man irgendwoher eine Klinge holt, das war einfach eine Zwangshandlung.“ (Caroline)

In der Aussage **Carolines** steckt ein charakteristischer Aspekt des Suchtverhaltens. Sie spricht über ihre Selbstverletzung von einer Zwangshandlung, welcher sie sich nicht erwehren konnte. Mit dieser Äußerung entschuldigt sie ihre Handlungen des Schneidens. Auch z.B. bei der Drogensucht begründet man seinen weiteren Konsum mit der Unerträglichkeit des Suchtdruckes. Man gibt somit seine Verantwortung an die Sucht/Zwangshandlung ab und erliegt dieser. Dieser Punkt verdeutlicht mir, dass Selbstverletzendes Verhalten einen eindeutigen Suchtcharakter besitzt.

Rituelles Vorgehen

Selbstverletzungshandlungen werden manchmal wie eine Art Ritual durchgeführt. So werden z.B. Gegenstände oder Instrumente (Lieblingsmesser etc.), die für die Selbstverletzung verwendet werden, bereit gestellt bzw. an bestimmte Orte gelegt. Die Handlungen werden teilweise nach festen Abläufen ausgeübt. HERPERTZ & SAß stellten fest, dass bei den meisten der Betroffenen der Ablauf identisch ist und fast rituelle Züge trägt.²⁰² Aufgrund der geringen Aussagen meiner Interviewpartnerinnen wird lediglich eine Aussage zum rituellen Vorgehen skizziert:

„Und die Handlung selbst, dass man irgendwoher eine Klinge holt, das war einfach eine Zwangshandlung. Ich kam mir dabei vor wie ferngesteuert. Es hatte auch etwas von einem Ritual. Man suchte sich halt einen Rückzugswinkel und wenn man dann allein war, nach der Schule, hat man ja auch Zeit. Irgendwie gibt es einem einen Kick, da es ja verboten ist. Es ist so entgegen jedes grundlegendste Gesetz. Sich selbst verletzen, hat auch so seinen Reiz. Ich hab dann irgendwie gesessen und hab mir zugeschaut, wie das Blut lief. Es beruhigte mich in dem Moment und währenddessen merkte ich aber bereits, dass es irgendwie nicht gut ist und begann sofort mit der Versorgung meiner Wunden.“ (Caroline)

²⁰² vgl. Herpertz & Saß, 1994, S. 299

Für **Caroline** hatte die Vorbereitung ihrer Selbstverletzung einen rituellen Aspekt. Sie suchte sich dafür einen geeigneten Ort, nahm sich Zeit und besorgte sich das für sie „geeignete“ Werkzeug. Caroline spricht im Interview sehr liebevoll über ihr Vorgehen.

Gefühle und Schmerzempfindung während der Selbstverletzung

Selbstverletzendes Verhalten stellt ein sehr impulsives Geschehen dar, in welchem sich die Frauen in einem tranceähnlichen Zustand befinden. In diesen Momenten erscheinen sie im körperlichen und psychischen Ausdruck nahezu gefühllos, der Körper scheint von ihren Empfindungen abgespalten. Eine Untersuchung von FAVAZZA & CONTERIO zeigt, dass nur 10 % der sich selbst verletzenden Frauen starken Schmerz spüren.²⁰³ SACHSSE schildert ein geschaffenes Grenzerleben und ein Gefühl der Lebendigkeit. Hierbei wird die Haut wieder spürbar, wobei das Blut ein Zeichen inneren Lebens darstellt.²⁰⁴ WIRTZ sieht in dieser Schmerzunempfindlichkeit eine Überlebensstrategie bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit.²⁰⁵ Laut seiner Aussage haben betroffene Kinder eventuell gelernt, in den für sie unerträglichen Situationen mit dem Geist den Körper zu verlassen oder sich in einer Art Selbsthypnose völlig gefühllos zu machen.²⁰⁶

„Dann kommt die Traurigkeit, Hass ist auch mit drin. Diese taten auch nicht weh. Wenn man sauer ist, dann spürt man auch keinen Schmerz.“ (Alexandra)

HERPERTZ & SAß gehen davon aus, dass die Hälfte der Betroffenen kein normales Schmerzempfinden haben.²⁰⁷

„Irgendwann wusste ich dann nicht mehr wohin mit meiner Wut und fing an zu ritzen. Mir ging es schlagartig besser, obwohl es ungewohnt war. Irgendwann habe ich, während der Missbrauch stattgefunden hat, begonnen, meinen Körper auszuschalten. Einfach um nichts spüren lassen und nichts spüren wollen. Irgendwann hielt dieses Gefühl an und ich konnte meinen Körper gar nicht mehr

²⁰³ vgl. Favazza & Conterio, 1989, S. 286

²⁰⁴ vgl. Sachsse, 1996a, S. 43

²⁰⁵ vgl. Wirtz, 2001, S. 108

²⁰⁶ vgl. ebd., 2001, S. 108

²⁰⁷ vgl. Herpertz & Saß, 1994, S. 299

spüren. Nicht nur während des Missbrauchs, sondern auch in ganz normalen Situation. Ich habe mich geritzt, um mich wieder spüren zu können. Dann war alles wieder gut, ich hab wieder etwas gespürt.“ (Beatrice)

Beatrice schildert hierbei genau das vorhandene Grenzerleben und das Gefühl der Lebendigkeit, welches SACHSSE beschrieb.

Caroline hingegen zentrierte ihre Aussagen auf leichte Schmerzen und auf die Beobachtung ihres Blutes. Das warme, pulsierende Blut stellt nach SACHSSE ein Zeichen inneren Lebens dar.²⁰⁸

„Sich selbst verletzen hat auch so seinen Reiz. Ich hab dann irgendwie gegessen und hab mir zugeschaut, wie das Blut lief. Es beruhigte mich in dem Moment und währenddessen merkte ich aber bereits [...] Das Schneiden an sich tut ja nicht weh. Eine Rasierklinge schneidet ziemlich einfach.“ (Caroline)

Gefühle nach der Selbstverletzung

Die unmittelbar nach der Verletzung empfundenen Gefühle der Frauen werden überwiegend als positive und rasche Entlastung, Spannungsminderung, einem „sich-geistig-wieder-klarere-fühlen“ sowie einer Hebung der Stimmungslage und des Selbstwertgefühls nach dem Akt der Selbstverletzung beschrieben.²⁰⁹ Zumindest vorübergehend haben sich die Frauen von einem unerträglichen Zustand befreit, denn nun können sie den Schmerz spüren. Sie besitzen nunmehr einen physischen Schmerz, um welchen sie sich kümmern müssen. Dieser Schmerz scheint kontrollierbarer als die vorhandenen Gefühle. HERPERTZ & SAß sprechen von einem Zeitunterschied des Empfindens. Je größer der zeitliche Abstand zur selbstverletzenden Handlung ist, desto negativer wird diese bewertet.²¹⁰ Viele AutorInnen beschreiben, dass gerade der Anblick des Blutes eine beruhigende Wirkung für die Selbstverlezerinnen hat.²¹¹

²⁰⁸ vgl. Sachsse, 1999, S. 52

²⁰⁹ vgl. Herpertz & Saß, 1994, S. 300

²¹⁰ vgl. ebd., S. 300

²¹¹ vgl. Eckhardt, 1994, S. 156; Hirsch, 1989b, S. 16 ff.; Favazza & Conterio, 1989, S. 286

KERNBERG spricht in diesem Zusammenhang von einem Gefühl des Stolzes, wobei man nicht auf eine Befriedigung durch andere angewiesen ist.²¹²

Alexandra beschreibt ein Wechselbad ihrer Gefühle. Unmittelbar nach ihren Selbstverletzungen durchfuhr sie ein befriedigendes Gefühl. Kurz darauf, schildert sie, kam jedoch ein Gefühl der Enttäuschung, welches daraufhin als negativ empfunden wurde.

„Und dann ist es eher befriedigend, was Gutes irgendwie. Wenn ich mich dann doch wieder geritzt habe, bin ich so enttäuscht. Das Gefühl der Befriedigung ist gar nicht schlecht, aber im Nachhinein doch wieder schlecht. Es hat nichts Gutes und nichts Schlechtes oder was Gutes und was Schlechtes. Nachdem die Befriedigung eingesetzt hat, denke ich immer sehr viel nach. Dann bin ich enttäuscht von mir, weil ich es wieder einmal gemacht habe. Trotz allem habe ich dadurch auch viele Erkenntnisse gewonnen, welche nur für mich bestimmt sind. Wie ich mein Leben lebe und warum ich es tue. Deswegen hat es auch manchmal etwas Gutes.“

Beatrice erfuhr eine Linderung ihrer Gefühlswelt. Ihre Wut war daraufhin verschwunden. Das Spüren des eigenen Körpers spielte bei Beatrice wiederholt eine prägnante Rolle.

„Mir ging es schlagartig besser, obwohl es ungewohnt war. Dadurch war die Wut immer schlagartig weg. Irgendwann habe ich, während der Missbrauch stattgefunden hat, begonnen, meinen Körper auszuschalten. Einfach um nichts spüren lassen und nichts spüren wollen. Irgendwann hielt dieses Gefühl an und ich konnte meinen Körper gar nicht mehr spüren. Nicht nur während des Missbrauchs, sondern auch in ganz normalen Situation. Ich habe mich geritzt, um mich wieder spüren zu können. Dann war alles wieder gut, ich hab wieder etwas gespürt.“

Die leichten Schmerzen, welche **Caroline** hatte, empfand sie als nicht schlimm. Sie hatte erreicht, sich wieder real zu spüren und konnte somit nunmehr ihre Schmerzen verlagern. Sie nutzte ihre Wunden als primäre Versorgungsstation, welche die seelischen Verletzungen überdeckten. Auch die sich später entwickelnde Unsicherheit kommt hier zum Vorschein.

²¹² vgl. Kernberg, 1991, S. 149

„Danach tut es ein wenig weh, aber nicht doll. Ich hab es auch nicht tief gemacht und es geht halt schon darum, dass man merkt, man ist noch da und empfindet etwas real. Ich bin dann abgelenkt, weil der andere Schmerz woanders ist. Ich hatte da etwas physisch verletzt, worum ich mich kümmern musste und was auch heilte. Man kann den Prozess des Heilens ja auch sehen. Der physische Schmerz ist demnach primär und der innere Schmerz ist dann halt abgestellt. Es beruhigte mich in dem Moment und währenddessen merkte ich aber bereits, dass es irgendwie nicht gut ist und begann sofort mit der Versorgung meiner Wunden. Ich desinfizierte die Wunde und machte ein Pflaster drauf. So kümmert man sich ja auch um sich selbst. Danach war dann Unsicherheit, dass es hoffentlich niemand beim Sportunterricht oder Umziehen sieht.“ (Caroline)

SACHSSE umschreibt die geschilderten Zustände folgendermaßen:

„Selbstverletzung ist die einfachste Stufe eines „globalen Ventils“ für inneren Druck. [...] Das Erleben beim Schnitt ist dann tatsächlich so, wie wenn man aus einem Ballon die Luft herauslassen würde“²¹³

Meine Ergebnisse schließen sich der Äußerung SACHSSEs an.

Formen von Selbstverletzendem Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten ist eine Form der Autoaggression und in verschiedenen Kontexten zu beobachten. Sie umfasst eine Fülle ganz unterschiedlicher Auffälligkeiten, deren Gemeinsamkeit letztlich die Beschädigung des eigenen Körpers ist. HÄNSLI betont, dass fast jeder Gegenstand zur Selbstverletzung benutzt werden kann.²¹⁴

In einer Studie kristallisierte sich heraus, dass sich 72 % der befragten Frauen selbst schnitten. Die Betroffenen fügten sich die Verletzungen vor allem an den Armen und an den Beinen zu.²¹⁵

SACHSSE beschreibt Selbstverletzungen als ein Symptom, welches sich generalisieren kann. Während es zu Anfang noch eingesetzt wurde, um z.B. Angstzustände zu beenden, so kann es auf Dauer für jede Art der Konfliktlösung benutzt werden:

²¹³ Sachsse, 1999, S. 51

²¹⁴ vgl. Hänsli, 1996, S. 22

²¹⁵ vgl. Favazza & Conterio, 1989, S. 286

„Also ich dachte damals, dass mein Essverhalten der Grund für meine Einweisung war. Am Anfang waren es nur leichte Schnitte. Diese taten auch nicht weh. Man kann im Sommer kein Kleid tragen, weil die Beine und die Arme voller Schnitte sind. Da war es so schlimm, dass ich eigentlich von einer Brücke springen wollte. Dafür kompensierte ich meine Einsamkeit und mein Gefühl des Ausgestoßenseins mit destruktiven Männergeschichten. Ich holte mir sozusagen etwas anderes schlechtes für mich.“ (Alexandra)

Bei **Alexandra** scheint eine Entwicklung bis hin zur Selbstverletzung stattgefunden zu haben. Sie erwähnt, vor ihrer ersten Selbstverletzung schon eine Essstörung gehabt zu haben. Die Entwicklung der Schnitte beschreibt sie als „anfänglich leichte Schnitte“. Zu den Schnitten an Armen und Beinen fanden vermehrt sexuelle Kontakte zu Männern statt. Diese dienten der Bewältigung ihrer Einsamkeit und des Aufbaus des eigenen Selbstwertes.

„Es waren am Anfang nur oberflächliche Kratzer. Später, nachdem ich in die WG gezogen bin, wurden sie immer tiefer, bis sie ärztlich versorgt werden mussten. Ich ritzte in dieser Zeit sehr oft und auch so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste. Mir ist bewusst, dass wenn ich mich jetzt wieder ritzen würde, mir oberflächliche Schnitte nichts mehr bringen. Also je tiefer, umso besser.“ (Beatrice)

Bei **Beatrice** fand eine gesundheitsschädigende Entwicklung der Selbstverletzung statt. Anfangs nur leichte Schnitte, entwickelten sich diese zu immer tieferen Verletzungen, welche ärztlich versorgt werden mussten. Es kam nunmehr zu nicht mehr kontrollierbaren Schnitten, welche hätten lebensgefährlich sein können. Es scheint, dass ihr keine „leichten“ Schnitte mehr halfen.

Auch bei **Caroline** entwickelte sich der Drang zur Selbstverletzung. Anfänglich an einer Essstörung leidend, ging es über zum Ritzen in die Haut. Diese Wunden gingen zum Teil sehr tief in die Haut. Auch heute noch scheint das Kauen an Fingernägeln zur Stressbewältigung zu dienen:

„Was in diesem Kontext auch noch wichtig ist, ist die Tatsache, dass ich zusätzlich eine Essstörung hatte, welche schon weit vorher begonnen hat. Für mich lief das in die selbe Richtung, da eine Essstörung auch eine Art der Selbstverletzung ist. Damit hat es, glaub ich, ursprünglich angefangen. Es begann mit Schneiden, also Ritzen, und dies ging dann über in manuelles verletzen. Als das mit dem Schneiden und Haut aufkratzen anfing. Die Wunde war danach stellenweise einfach nur rohes

Fleisch. Ich konnte damals über Wochen nur heulend einschlafen und war dann in der Schule total müde und kaputt. Ich beiße heut noch Fingernägel.“

Es lässt sich daraus schließen, dass bei meinen Interviewpartnerinnen im Laufe der biographischen Entwicklung eine Steigerung der Symptome im Sinne einer immer stärker ausgeprägten Form der Selbstverletzung stattfand.

Therapiemöglichkeiten aus der Sicht meiner Interviewpartnerinnen

SMITH/COX/SARADJIAN verfassten in ihrem Buch „Selbstverletzung-Damit ich den inneren Schmerz nicht spüre“ eine ganze Reihe von Hilfsmöglichkeiten; angefangen mit medizinischen Hilfsmöglichkeiten, Behandlungsformen, Selbsthilfe, Empfehlungen, wie man den Zwang zur Selbstverletzung durchbrechen kann, u.v.m.²¹⁶ Damit scheinen sie nicht allein zu stehen. Auch SACHSSE, ECKHARDT, HILSENBEK und andere AutorInnen schildern verschiedenste pädagogische Ansätze, Ratgeber und therapeutische Erfahrungen mit Betroffenen. Im Kapitel „Therapieformen bei Selbstverlegendem Verhalten“ dieser Arbeit sind einige davon näher erläutert. Eine Gemeinsamkeit haben jedoch alle Forschungsergebnisse, Veröffentlichungen und Ratgeber: Die Schlüsse, welche man daraus ziehen konnte, waren nur mit Hilfe der Mitarbeit betroffener Menschen möglich. Ich werde zum Einen die persönliche Entwicklung und zum Anderen die in Anspruch genommenen therapeutischen Hilfsmöglichkeiten meiner Interviewpartnerinnen darlegen. Zu einer genaueren Übersicht werde ich diese im Folgenden kategorisieren.

Therapeutische Ansätze zur Beeinflussung von selbstverlegendem Verhalten verfolgen die Aufdeckung oder Lösung zugrundeliegender Konflikte und Probleme der Betroffenen. Hierbei wird die jeweilige Funktion individuell ausgefiltert. Dies erfordert eine lange und kontinuierliche Arbeit mit den Frauen. In Kapitel 5 wurden einige Therapieformen ausführlicher vorgestellt. Im Verlauf der Interviews kristallisierte sich heraus, dass lediglich Beatrice und Caroline Therapieformen benannten. Aus der Biographie Alexandra's ist jedoch bekannt, dass auch sie Therapieerfahrungen hat. Aufgrund der Tatsache, dass sie diese im Interview nicht als Hilfsform angab, werde ich lediglich ihre transkribierten, verbalen Aussagen in die Diskussion mit aufnehmen.

²¹⁶ vgl. Smith/Cox/Saradjian, 2001, S. 57 ff.

Autogenes Training

Autogenes Training stellt eine Form der Körpertherapie dar. Ziel ist es, Körperwahrnehmung und Körpererleben zu verbessern. Sie stellen eine sinnvolle Ergänzung anderer Therapieformen dar, da ein pfleglicher, fürsorglicher Umgang mit dem eigenen Körper intendiert ist.

„Ich habe es geschafft, mit Hilfe einer Therapie meinen Körper wieder zu spüren. Es gibt bestimmte Übungen, welche am Anfang richtig schwierig sind. Ich konnte mich halt nicht entspannen. Ich habe totale Panik bekommen, sobald irgendetwas sich um Ruhe und Entspannung drehte. Ich wusste, dann kommt es. Durch die Entspannung merkst du deinen Körper, du spürst ihn einfach viel intensiver. Ich hatte davor ziemlich Angst, da ich meinen Körper nicht ohne Selbstverletzungen spüren konnte. Aber es hilft. Autogenes Training ist sehr wichtig und hilft sehr. Jedoch benötigt man Zeit. Man benötigt aus meiner Erfahrung heraus schon 3-4 Monate, um damit umgehen zu können. Wichtig wäre, es regelmäßig zu machen, z.B. in einer Therapie. Autogenes Training hilft zum Beispiel vor dem Einschlafen oder wenn man wütend ist. Es gibt soviel Arten von autogenem Training und es hilft.“
(Beatrice)

Kognitive Verhaltenstherapie

Diese Therapieform kann helfen, die vor allem bei Frauen typischen, destruktiven Denkschemata über sich selbst, Selbstkritik, Selbstverurteilung und Selbstbestrafung abzubauen.²¹⁷

Im Verlauf der Auswertung und der daraus folgenden Diskussion wurde bei **Caroline** deutlich, dass sie aufgrund ihrer schwierigen familiären Situation hohe Minderwertigkeitsgefühle entwickelte. Diese setzten sich im fehlenden Körpergefühl fort. Um ihr eigenes Selbst wieder anerkennen zu können, begann sie eine Therapie:

„Ich habe dann bald eine Therapie begonnen, weil ich merkte, dass es so nicht weiter gehen konnte. Ich begann die Therapie, weil ich schon gemerkt habe, dass es nicht normal ist.“

²¹⁷ vgl. Herpertz, S. 117

Jedoch nimmt Caroline den Therapieerfolg heute folgendermaßen wahr:

„Ich hab die Therapie 1 _ Jahre gemacht und bin aber im Nachhinein nicht wirklich überzeugt davon, dass sie jetzt den Ausschlag gegeben hat. Das selbstverletzende Verhalten hat aufgehört, aber das mit der Essstörung ging noch weiter. Ich behaupte mal, ich war ganz gut darin, meinem Therapeuten etwas vorzuspielen. Das konnte ich schon gegenüber meiner Mutter.“

Persönliche Entwicklung

In der Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen ist die unmittelbare Förderung der persönlichen Kompetenzen und Ressourcen entscheidend. HILSENBEK hält es für wesentlich und heilsam, den Frauen innerhalb der Betreuungsbeziehung Raum für eigene Entwicklung zu geben:

*„Freiräume, Wahlmöglichkeiten, Austesten und Vielfalt im Hinblick auf die zentralen Thematiken, innerhalb des sicheren Rahmens der Zeit und der Beziehung jenseits des Entweder-Oder, jenseits von Ausbeutung und Übergriffen geben einer Klientin die ganz konkrete Erfahrung von Alternativen.“*²¹⁸

Wie die persönliche Entwicklung der Interviewpartnerinnen verlaufen ist und welche Faktoren Ihnen dabei für wichtig erschienen, schildern sie folgendermaßen:

„Ich hatte immer Angst vor Neuem und hab alles negativ gesehen. Langsam beginne ich, auch Gutes zu sehen und danach zu leben. Positiv sehen hilft mir inzwischen ein wenig, jedoch kommt es immer wieder vor, dass ich mich ritze.“ (Alexandra)

Es scheint mir ergänzend dazu wichtig, die langwierige Betreuungserfahrung **Alexandras** zu benennen. Aufgrund ihrer mangelnden Aussagen diesbezüglich halte ich die Aufenthalte in unterschiedlichsten Institutionen und die dementsprechenden Therapieerfahrungen für ausschlaggebend. Alexandra lernte sich und ihren Körper nicht nur als negatives Objekt zu betrachten, sondern scheint nunmehr auch positiv nach vorn blicken zu können. Fraglich bleibt, in welcher Form pädagogische Maßnahmen bei ihrer Entwicklung unterstützten.

²¹⁸ vgl. Hilsenbek, 1998, S. 125

„Dass ich seit einer Weile nicht mehr ritze, liegt einerseits daran, dass ich mich persönlich weiterentwickelt habe und andererseits habe ich mir diese Veränderung fest vorgenommen. Das letzte Mal als ich mich ritzte war zu Weihnachten. Ich war bei meinen Eltern und ritzte mich so tief, dass ich ärztlich versorgt werden musste. Das war so der Punkt, bei welchem ich mir ernsthaft vornahm, es nicht mehr zu tun. Ich wollte nicht noch mal ins Krankenhaus und mich auch nicht mehr so tief ritzen müssen. Mir ist bewusst, dass wenn ich mich jetzt wieder ritzen würde, mir oberflächliche Schnitte nichts mehr bringen. Also je tiefer, umso besser. Aus diesem Grund will ich das nicht mehr.“ (Beatrice)

Beatrice schildert hierbei ihren persönlichen Vorsatz, „es nicht mehr zu tun“. Sie hat sich im Verlauf ihrer Betreuungszeit weiterentwickelt. Es macht den Eindruck, als hätte sie ihre Selbstverletzungen als Bestandteil ihrer persönlichen Entwicklung akzeptiert. Sie war mit Hilfe einer Therapie, der Festigung der Lebensumstände und ihrer gestärkten Persönlichkeit im Stande, die Selbstverletzung einzuschränken bzw. hat andere Bewältigungsmechanismen erlernt. Ihr ist darüber hinaus bewusst, dass ihre zukünftigen Verletzungen nur noch tiefer gehen würden. „Sich über eigene selbstschädigende Verhaltensweisen bewusst zu werden, kann die Notwendigkeit verringern, das Symptom als etwas Fremdes aus sich auszugrenzen.“²¹⁹ Mir erscheint hierbei die Wichtigkeit einer positiven Resonanz ihrer Umwelt für erwähnenswert, sodass ihr Vorhaben, sich nicht mehr zu verletzen, an Anerkennung gewinnt.

„[...] mein Gefühl hat sich irgendwie verlagert. Ich bin in mir drin fester geworden. Es hatte bei mir viel mit Sprachlosigkeit zu tun. Ich musste in meiner Familie immer funktionieren. Ich glaube mittlerweile, dass ganz viel mit der eigenen Festigkeit in sich zu tun hat.“ (Caroline)

Selbstverletzendes Verhalten tritt häufig nach frustrierenden, zwischenmenschlichen Erlebnissen auf. So auch bei **Caroline**. Viele Frauen mit SVV reagieren sehr viel empfindlicher auf spannungsreiche, konflikthafte zwischenmenschliche Situationen, insbesondere, wenn sie mit Zurückweisung und Kränkung verbunden sind.²²⁰ Aus diesem Grunde ist es notwendig, sowohl im sozialen Umfeld als auch in der Arbeit mit Frauen und Mädchen an ihren Beziehungskompetenzen zu arbeiten, sodass die vorhandenen, meist nicht mehr wahrgenommenen Ressourcen und individuellen Eigenschaften gestärkt werden.

²¹⁹ Sachsse, 1995a, S. 55

²²⁰ vgl. Eckhardt, 1994, S. 177

Caroline beschreibt den Aspekt ihrer eigenen Festigkeit. Nachdem sie ihr Elternhaus verließ, konnte sie nunmehr ihre eigene Persönlichkeit festigen. Der aufgezwungenen Funktion innerhalb der Familie und der daraus resultierenden Sprachlosigkeit konnte sie somit entfliehen. Trotz allem erlangte Caroline diesen Entwicklungsschritt erst nach einigen Jahren. Sie ist heute 25 Jahre alt und kann auf ein gefestigtes Umfeld blicken. Sie scheint hierbei eine starke Willenskraft bewiesen zu haben.

Freizeitaktivitäten

SACHSSE schreibt, dass aufgrund der Tatsache, dass Frauen oftmals kaum Formen der Selbstfürsorge kennen oder praktizieren, es durchaus sinnvoll wäre, einen angenehmen Lebensraum zu gestalten. Dazu können Ausflüge, gemeinsames Kochen, Körpererfahrung durch Spiele oder Baden zählen.²²¹

Alexandra beschreibt, mit Hilfe welcher Freizeitaktivitäten sie Ablenkung und ein befreiendes Gefühl erhält:

„Ich nutze meine Hobbys als Unterstützung. Wenn ich singe, befreit es ein wenig. Aber wenn ich wiederum zuviel singe, stellt sich für mich wieder eine schwierige Situation ein. Ich singe dann oftmals wieder dramatische Dinge, die mich traurig stimmen. Dann versuche ich mich mit schönen Dingen abzulenken, meistens ist das dann Fernsehen. Zwar nicht schön, aber doof.

Hilfreich scheint hierbei auch eine feste Tagesstruktur, welche einen Raum zur Entfaltung und zur Eingrenzung der Selbstverletzung schafft, zu sein. Diese Tagesstrukturierung sollte mit sinnvollen Aktivitäten gefüllt sein.

„Doch seit einer Weile ist es wieder ganz gut, ich ritze auch seit ein paar Monaten nicht mehr. Meine Ausbildung im Kindergarten und die damit verbundene Ablenkung helfen mir sehr. Ich bekomme von den Kindern das Gefühl, gebraucht zu werden.

Wichtig ist, dass man sich andere Möglichkeiten sucht, bei denen man seine Aggressionen los wird. Das können Selbstverteidigungskurse oder Sport allgemein sein.“ (Beatrice)

²²¹ vgl. Sachsse, 1995a, S. 67 und 97 ff.

Autonomie der Mädchen und Frauen zu unterstützen und zu fördern, erscheint mir hierbei sehr entscheidend. Das Aufzeigen neuer oder anderer Lebensmöglichkeiten, in welchen eine Förderung der Stärken und des Selbstwertes geschieht, regt meist einen Prozess der eigenen Identifizierung an.

Reaktionen der Umwelt

In der Frage um die Geheimhaltung oder des „öffentlich machen“ der Selbstverletzung kommt man nicht umhin, noch einmal die Frage nach der Intention des Verhaltens zu stellen. Die Wahl, in welchem Rahmen die Selbstverletzung stattfindet, muss jedoch nicht unbedingt bewusst an eine Aussage gebunden sein, sondern kann auch in der von der Umwelt zu erwartenden Reaktion liegen. So sind Selbstverletzungen für viele Frauen schambesetzt, sie fühlen sich schuldig. Für manche Frauen ist es ein privates Erlebnis, von dem nur sie selbst wissen dürfen und mit dem nur sie selbst glauben umgehen zu können. So geschehen die meisten Selbstverletzungen im geheimen, privaten Raum. Andere gehen jedoch mit ihrem Verhalten an die Öffentlichkeit. Sie kündigen die Selbstverletzung an und zeigen ihre Wunden. In vielen Fällen geht die Geheimhaltung der Selbstverletzung auch in ein „öffentlich machen“ der Verletzungen über.²²² Die Selbstverletzung wird damit nicht zum privaten, sondern zum sozialen Akt. Inwiefern meine Interviewpartnerinnen mit ihrer Umwelt konfrontiert wurden und welche Reaktionen bei Ihnen dabei entstanden, wird durch folgende Aussagen dokumentiert:

„Meine Schnitte würden nur noch tiefer gehen. Und da ich an Körperstellen ritze, welche sehr offensichtlich sind und es in der Schule beim Sportunterricht auch gesehen wird, möchte ich mir die Fragen bezüglich meiner Wunden ersparen. Dieser Grund hilft mir zusätzlich, damit umzugehen.“ (Beatrice)

Es scheint, als wären die Fragen ihrer MitschülerInnen, welche aus **Beatrice** offensichtlichen Verletzungen entstanden, eine Motivation zur Einschränkung ihrer Selbstverletzung gewesen. Es ist jedoch fraglich, ob solch direkte Reaktionen der Umwelt bei einigen Frauen nicht zur noch „größeren Vorsicht“ zwingen könnten.

²²² vgl. Eckhardt, 1994, S. 44

Caroline wurde im Verlauf ihrer problematischen Lebenswelt auf ihr verändertes Verhalten angesprochen. Zunächst einmal sprach sie eine **aufmerksame** Lehrerin an:

„Ich bin einmal von einer Lehrerin auf meine Müdigkeit angesprochen worden. Ich konnte damals über Wochen nur heulend einschlafen und war dann in der Schule total müde und kaputt. Meine Lehrerin fragte mich dann, was los sei und empfahl mir dann auch eine Therapie. Sie war die erste Erwachsene, die mich angesprochen hat. Meine Lehrerin half mir bei der Entscheidung, etwas zu unternehmen.“

Das Gefühl, eine Bezugsperson im unmittelbaren Umfeld zu haben, stellt für viele Frauen einen sicheren Anlaufpunkt dar. Dieser kann nunmehr jederzeit angesprochen werden. Die Vermittlung eines sicheren Gefühls und des Verständnisses scheint ein zentraler und entscheidender Punkt. Wie man an Carolines Aussage bemerkt, scheint die aufmerksame Reaktion der Lehrerin einen Anstoß hin zur notwendigen Therapie gegeben zu haben.

Zusätzlich konfrontierte eine Freundin Caroline mit ihren Verletzungen, welche zu einer Änderung der Selbstverletzung beitrug:

„Ich bin damals mit einer Freundin zum Training gegangen und hatte mir grad wieder den Arm aufgekratzt. Die Wunde war danach stellenweise einfach nur rohes Fleisch und meine Freundin bekam das mit. Sie hat da halt raufgefasst und es tat total weh. Sie meinte, das solle auch weh tun und ich würde grad ganz große Scheiße mit mir anstellen. Das war dann auch für mich ein sehr deutliches Zeichen, dass es so nicht weitergehen konnte. Man wird ja mit der Zeit auch immer komischer, indem man sich entfremdet und versucht, dies zu verheimlichen. Man merkt schon, dass es nicht gesund ist, aber man kann in dem Moment nicht anders.“

(Caroline)

Gefühl der Akzeptanz

Akzeptanz bedeutet, der Klientin, Freundin, Schülerin zu zeigen, dass man die Selbstverletzung versteht und ihr in diesem Moment eine Anerkennung ihrer schwierigen Lage zukommen lässt. Sich selbstverletzende Frauen haben oft aufgrund ihrer Geschichte die Tendenz, Beziehungsabbrüche zu provozieren. Frauen und Mädchen, welche schwerwiegende traumatische Erlebnisse hatten, haben meist nie gelernt, einfach nur gemocht und akzeptiert

zu werden. Viele scheint dieses auch zu überfordern. Hierbei ist es wichtig, den Prozess der Entwicklung und des Aufbaus einer konstanten Beziehung mit langsamen Schritten anzugehen. Dieses signalisiert den Mädchen und Frauen, dass sie nicht nur einige Tage Interesse an Ihnen haben. HILSENBEEK schreibt hierzu: *„Es ist wichtig, die Frauen als ganze Person mit allen Stärken und Schwächen wahrzunehmen, nicht nur als Frauen, die sich selbst verletzen.“*²²³ In welcher Form Caroline, Beatrice und Alexandra Akzeptanz erfuhren und welche Beziehungsstrukturen Ihnen Unterstützung bieten, schildern sie nun:

„Auch meine Beziehung hilft mir. Meine Beziehung stärkt mich. Und man sollte sich auf jeden Fall Hilfe holen. Eine Therapeutin oder eine Einzelfallhelferin. Oder mit einer besten Freundin sprechen.“ (Beatrice)

Das Zusammenleben mit ihrer Lebensgefährtin scheint für **Beatrice** einen wichtigen Halt darzustellen. Sie beschreibt ein Gefühl der Stärke. Die Lebensgefährtin stellt hierbei eine konstante Vertrauens- und Ansprechperson dar. Zudem bietet sie innerhalb einer festen Beziehung ein Gefühl der Sicherheit und des Aufgehoben-Seins. Beatrice erfährt ein Gefühl gegenseitiger Zuneigung, in welcher kein Machtgefälle herrscht.

Auch das Leben in der betreuten Wohngemeinschaft gab ihr ein Gefühl der Akzeptanz mit auf den Weg:

„Die WG hat mir sehr geholfen. Einfach das Gefühl zu haben, es gibt noch andere mit den gleichen Problemen. Ich habe verstanden, dass es bis zu einem bestimmten Punkt nichts krankhaftes ist. Ich dachte eine Zeitlang, ich wäre verrückt. Auch die Betreuer haben mir sehr geholfen. Sie haben mir das Gefühl gegeben, dass sie mich mögen, ohne dass ich mich ritzen muss. Sie haben mich, ohne dass ich mich verletzen musste, genauso gern gehabt, die gleiche Aufmerksamkeit geschenkt und genauso akzeptiert.“

Alexandra spricht von einem Wunsch, welchen sie perspektivisch erfüllt haben möchte:

„Zur Zeit hilft mir auch noch mein Freund. Nur auf den kann ich mich nicht verlassen, da ich nicht weiß, was die Zukunft bringt. Vielleicht kann ich ihn in

²²³ Hilsenbek, 1991, S. 125

absehbarer Zeit als Stütze sehen, sodass mein Selbstverletzendes Verhalten aufhört.“

Sie projiziert ihre Selbstverletzung auf den Menschen, welcher ihr zur Zeit am nächsten steht. Alexandra wirkt sehr ambivalent in dieser Aussage. Sie hofft, dass ihr Freund in nächster Zeit eine Stütze ihrer Problemlagen wird. Jedoch macht sie ihr weiteres Selbstverletzendes Verhalten davon abhängig und versucht somit, ein Stück ihrer Verantwortung zu übertragen.

Caroline hingegen kann heute auf ein soziales Netzwerk zurückgreifen, in welchem sie sich mit Menschen umgibt, die sich für sie interessieren. Sie hat sich einen Lebensraum erschaffen, in dem sie sich entfalten kann. Hierbei half ihr der Abstand zu den Eltern. Interesse ihrer Mitmenschen spricht von einer Akzeptanz ihrer Persönlichkeit. Dieses Gefühl war Caroline lange verborgen geblieben. Sie ist dadurch stärker und selbstsicherer geworden:

„Ich bin auch ziemlich früh ausgezogen, wodurch eine große Last von mir abfiel. Ich musste mich nicht mehr ständig rechtfertigen. Es ist wichtig, Menschen um sich zu haben, die einem zuhören oder sich für einen interessieren. Das hat sich geändert bei mir. Ich kann heut nach Außen tragen, mir geht es gut und bin mittlerweile in neuen Lebensräumen, in welchen ich versuchen kann, ich selbst zu sein.“

Fazit

Im ersten Teil der Arbeit wurde gezeigt, dass SVV ein komplexes Phänomen darstellt, welches sich vornehmlich im Jugendalter manifestiert. Hierbei unterschieden sich Umfang, Tiefe und individuelle Häufigkeit. Als Erfahrungshintergründe wurden verschiedene Formen der Gewalt skizziert und belegt, sodass eine genauere Betrachtung der daraus resultierenden Traumatisierungen der Frauen möglich war. Die kontroversen Aspekte spiegelten hierbei die widersprüchlichen Lebensbedingungen der Mädchen wieder, sodass der Körper zum einzigen Kommunikationsmittel wurde. Die erschwerten Sozialisationsbedingungen von Frauen bekamen in dieser Arbeit eine besondere Betrachtung. Sie wurden durch Ansätze akzeptierender Sozialarbeit ergänzt. Der Überblick über Hilfsmöglichkeiten bietet zusätzliche pädagogische und therapeutische Interventionsmöglichkeiten. Aufgrund meiner eigenen

Unwissenheit in Bezug auf die subjektive Wahrnehmung der Selbstverletzungshandlungen gestaltete sich die angestrebte Forschungsarbeit auf der Grundlage von Interviews mit betroffenen Frauen. Der widersprüchliche Kontext, in dem Selbstverletzung stattfindet, zeigte, dass das Thema Selbstverletzung sich nicht in ein einheitliches Theoriegebilde stecken lässt. Die kontroversen Aspekte des Verhaltens lassen vielmehr den Blick darauf zu, mit welchen widersprüchlichen Lebensbedingungen Frauen in Folge von Gewalt leben müssen. Die Selbstverletzungen können diese Widersprüchlichkeiten zunächst auflösen und die Spannungen mildern. Meine Interviewpartnerinnen dokumentierten, inwiefern Macht und Gewalt ihre persönlichen Sozialisation beeinflusste. Sie machten deutlich, dass ihr Leidensweg nicht mit dem Verlassen des Elternhauses aufhörte. Die aus den Interviews resultierende Auswertung und folgende Diskussion skizzieren ausgewählte Fragestellungen zum Thema SVV. Diese wurden in aller Ausführlichkeit dargestellt und mit der vorhergehenden Literatur verglichen. So entstand eine Kombination aus Theorie und persönlichen Geschichten, sodass in diesem Kontext ein besseres Verständnis entsteht.

Wie in den vorangegangenen literarischen Kapiteln deutlich wurde, erzählen die Frauen eine Geschichte ihrer Kindheit und Jugend. Aufgrund der Sprachlosigkeit und/oder der Angst kommunizieren sie über ihren Körper. Dieses hilft den Frauen bei der Verarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse jedoch nicht. Stattdessen sehen sie sich gezwungen, über die Anwendung der Selbstverletzung ihre inneren Spannungszustände und die unterdrückten Aggressionsgefühle kontrollierbar zu machen und weiterhin zu schweigen.

Meine Interviewpartnerinnen versuchten, diese Schwelle zu durchbrechen. Sie sprachen über ihre damaligen und derzeitigen Lebensbedingungen, in welchen Selbstverletzung einen hohen Stellenwert einnahm. Sie legten ein Zeugnis über die ihnen zugefügten Verletzungen und Missachtungen ab. Ein denkbare Ziel ihrer Motivation scheint eine Vorbildfunktion für andere betroffene Frauen zu sein.

„Man sollte alles an Gefühlen aufschreiben und das Aufgeschriebene dann zerreißen oder an einen Ort packen, an den man nicht hinkommt. Nicht an die Tür kleben oder einfach nur weglegen. Auch eigene Literaturrecherchen zu diesem Thema können wichtig sein, sodass man selbst lesen kann, welche Hilfen es gibt. Und vielleicht an eine Selbsthilfegruppe wenden, um zu sehen, wie andere Menschen mit dem selben Phänomen umgehen und klarkommen.“ (Beatrice)

Zudem scheint mir die Selbstverletzung einen wichtigen Handlungsbedarf in der sozialen Arbeit einzunehmen. Die Aufgabe von PädagogInnen, TherapeutInnen und PsychologInnen ist es, eine notwendige Grundlage einer tragfähigen Beziehung zu schaffen. Erst wenn Mädchen und Frauen mit ihrer speziellen Form der Autoaggression nicht nur toleriert, sondern umfassend akzeptiert und ernst genommen werden, können sie langsam beginnen, ihr Selbstverletzendes Verhalten bewusst wahrzunehmen und sich mit dessen Bedeutung auseinandersetzen. Für ExpertInnen bedeutet ein akzeptierender Arbeitsansatz, die eigenen Standpunkte immer wieder neu zu reflektieren. Dazu gehört auch die Erkenntnis, dass weder Medizin, Psychologie noch Therapie in der Anfangsphase im Kontakt mit sich selbstverletzenden Mädchen und Frauen einen adäquaten Ersatz für die Selbstverletzung zu bieten haben. In diesem Zusammenhang heißt es, den Frauen ihr Selbstverletzendes Verhalten so lange wie nötig ohne Vorbehalte und Strafe zuzugestehen, die Selbstverletzungshandlungen zu akzeptieren, aber trotzdem ernst zu nehmen und die eigenen Gegenübertragungsgefühle auszuhalten. Dieser verständnisorientierte Ansatz ermöglicht es, die Gefühle in der Betreuungsbeziehung mit den Frauen kommunizierbar zu machen. Die Möglichkeit einer offenen Herangehensweise kann damit für beide Seiten entlastend sein.

Literaturverzeichnis

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (A. Franke & N. Schulte, Übers.) Tübingen: DGVT. (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well)

Anzieu, Didier (1991): Das Haut- Ich, Frankfurt

Bange, Dirk (1992): Die dunkle Seite der Kindheit - Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen- Ausmass- Hintergründe- Folgen, Köln

Bass, E. / Davis, L. (1991): Trotz allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell missbrauchte Frauen, Berlin

Becker-Schmidt, R. & Bilden, H. (1991): Impulse für die qualitative Sozialforschung aus der Frauenforschung; in U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung (S. 23-32), München: Beltz- Psychologie Verlags Union

Benthin, Claudia (1999): Haut- Literaturgeschichte, Körperbilder, Grenzdiskurse, Hamburg

Bilden, Helga (1992; Hrsg.) in: Das Frauentherapiehandbuch, München

Bohnsack, R. (1999): Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Forschung (3. überarb. Auflage), Opladen, Leske & Budrich

Brezowsky, P. (1985): Diagnose und Therapie selbstverletzenden Verhaltens, Stuttgart

Burgard, Roswitha (2002): Frauenfalle Psychiatrie - Wie Frauen verrückt gemacht werden, Berlin

Bürgin, Dieter (1999): Adoleszenz und Trauma - Grundsätzliche und spezifische Aspekte der Behandlung von Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen; in: Streek- Fischer (Hrsg.) in: Adoleszenz und Trauma, Göttingen, S. 128- 160

Cox, Dee / Smith, Gerrilyn / Saradjian, Jacqui (2001): Selbstverletzung - Damit ich den inneren Schmerz nicht spüre, Zürich

Detig, Alexandraa (1989): Hautkrank: Unberührbarkeit aus Abwehr - Psychodynamische Prozesse zwischen Nähe und Distanz, Göttingen

Dorsch, F. (1987; Hrsg.): Psychologisches Wörterbuch, Bern/Stuttgart/Toronto

DSM- III- R (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) 1989, Weinheim

Eckhardt, Annegret & Hoffmann, Sven Olav (1993): Depersonalisation und Selbstschädigung; in: Zsch. Psychosom. Med. 9, S. 284-306

Eckhardt, Annegret (1994): Im Krieg mit dem Körper, Hamburg

Eckhardt, Annegret (1997): Offene und heimliche Selbstschädigung; in: Egle/Hoffmann/Joraschky: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Stuttgart, S. 259- 270

Enders, Ursula (1990; Hrsg.); in Zart war ich, bitter war´s. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen, Köln

Enders, Ursula (2001): Zart war ich, bitter war´s - Handbuch gegen sexuellen Missbrauch, Köln 2. Auflage

Favazza, Armando R. & Conterio, Karen (1989): Female habitual self-mutilators; in: Acta. Psychiatr. Scand. 79, S. 283- 289

Freud 1923 und 1924

Freytag, Gabriele (1992): Der weibliche Körper in Bilden s.o., S. 72-79

Gahleitner, Silke-Birgitta (2000): Sexueller Missbrauch und seine geschlechtsspezifischen Auswirkungen, Marburg

Gieler, U. (1995): Haut und Körpererleben In: Brähler, Elmar (Hrsg.): Körpererleben, Gießen

Hagemann-White, Carol (1984): Sozialisation: Weiblich- Männlich?, Opladen

Hänsli, Norbert (1996): Automutilation Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Herman, Judith Lewis (1993): Die Narben der Gewalt - Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, München

Herpertz, Caroline (1995): Phänomenologie, Genese und Psychodynamik selbstverletzenden Verhaltens und psychotherapeutische Schlussfolgerungen; in: Fundamenta Psychiatrica 9, S. 115-124

Herpertz, Caroline & Saß, H. (1994): Offene Selbstschädigung; in: Nervenarzt 65, S. 296-306

Hilsenbeck, Polina (1992): Grenzgängerinnen in: Bilden, Helga (Hrsg.); in 1992: Das Frauentherapiehandbuch, München, S. 120- 130

Hilsenbeck, Polina (1998): Autoaggression und Selbstverletzung; in: Donna Klara e.V. (Hrsg.); in 1998: Folgen der Gewalt-Dokumentation der Vortragsreihe, Kiel, S. 104-129

Himber, Judith (1994): Blood Rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients; in: Psychotherapy.31, S. 620- 630

- Hirsch, M. (1989b): Der eigene Körper als Übergangsobjekt, in: Hirsch, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt, 1989, Berlin, Heidelberg, New York
- Hirsch, M. (1993): Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens-Selbstschädigung als psychosomatisches Modell; in: Fundamenta Psychiat.7, S. 72-76
- Hirsch, M. (1994): Realer Inzest-Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie, Berlin, Heidelberg, New York
- Holitzner, Wolfgang Volker (1993): Zur Dynamik spezieller Formen von Selbstschädigung; in: Zsch. psychosom. Med.39, S. 319-332
- Janus, Ludwig (1972): Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik bei dermatologischen Artefakten in: Zschr. Psychosom. Med.18, S. 21- 28
- Kernberg, O.F. (1991): Borderline - Störungen und pathologischer Narzismus, 6. Auflage Frankfurt/ Main
- Klosinski, G. (1999): Wenn Kinder Hand an sich legen - Selbstzerstörerisches Verhalten bei Kindern und Jugendlichen, München
- Koch, Sannah (1998): „ Wenn ich mich schneide werde ich ruhig“; in: Psychologie Heute 09/ 1998, Weinheim, S. 10 f.
- Kost, Petra (1992): Weibliche Aggression in: Bilden, Helga (Hrsg.) in: Das Frauentherapiehandbuch, München, S. 90-94
- Mayring, P. (1985): Qualitative Inhaltsanalyse, In: G. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 187-211), Weinheim
- Mayring, P. (1991): Psychologie; in: U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L. von Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung (S. 33-35), München
- Mayring, P. (1993): Einführung in die qualitative Sozialforschung (2. überarb. Auflage), Weinheim
- Mitscherlich, Margarete (1992): Die friedfertige Frau, Frankfurt a.M., Sonderausgabe
- Möller, H.J. & Praag (Hrsg.): Aggression und Autoaggression
- Paar, Gerhard H. (1996): Offene und heimliche Selbstschädigung: Diagnostik, Klinik und Therapie; in: Wenglein & Hellwig& Schoof (Hrsg.); Selbstvernichtung, Zürich
- Resch, F.& Karwautz, A., Schuch, B.& Lang, E. (1993): Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden?; in: Z.Kinder- Jugendpsychiat. 21, S. 253-259
- Sachsse, Ulrich (1987): Selbstschädigung als Selbstfürsorge; in: Forum Psychoanalyt.3, S. 51-70

- Sachsse, U. (1989): „Blut tut gut“- Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstschädigungen der Haut; in: Hirsch, M.(Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt Berlin, Heidelberg, New York
- Sachsse, U. (1995a): Selbstverletzendes Verhalten, Göttingen
- Sachsse, U. (1995b): Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge; in: Forum Psychoanal.11, S. 50- 61
- Sachsse, U. (1997): Selbstverletzendes Verhalten-Psychodynamik-Psychotherapie: Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, Göttingen
- Sachsse, U. (1999b): Wo Tränen zu Blut werden: Interview von Wilfried Schneider mit Professor Ulrich Sachsse; in: Intra 39- Zeitschrift für Psychotherapie, Bern, S. 28- 35
- Sachsse, U. (2000): SVV - Psychodynamik-Psychotherapie: Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, Göttingen
- Sachsse, U.; Esslinger, K.; Schilling, L. (1997): Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung; in: Fundamenta Psychiatrica: Psychiatrie in Theorie und Praxis 11, Stuttgart, S. 12-20
- Smith, Mike (2000): Hilfen für Menschen mit selbstverletzenden Verhalten-Arbeitsbuch, Bonn
- Smith, Gerrilyn/Cox, Dee/Saradjian, Jacqui (2000): Selbstverletzung - „Damit ich den inneren Schmerz nicht spüre“: Ein Ratgeber für betroffene Frauen und ihre Angehörigen, Zürich
- Spitz, Rene, A. (1959): Die Entstehung der ersten Objektbeziehung, Stuttgart; 2. Auflage
- Streeck-Fischer, Annette (1991): Grenzgänger. Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktiven Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; in: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.40, S. 105- 112
- Tameling, Annegret & Sachsse, Ulrich (1996): Symptomkomplex, Traumaprävalenz und Körperbild von psychisch Kranken mit selbstverletzendem Verhalten; in: Psychother. Psychosom. Med. Psychol.46, S. 61- 67
- Teuber, Kristin (2000): Ich blute also bin ich - Selbstverletzung der Haut von Mädchen und jungen Frauen, Herbolzheim
- Tiede, Isabell (1992): Grundgedanken feministischer Sozialarbeit; in: Amt für Jugend, Aus- und Fortbildung, Heft 39, Hamburg
- Völkel, M. (1986): Langfristige psychische und physische Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs - Notwendigkeit und Möglichkeiten der Verarbeitung; in: Backe & Leick & Merrick & Michelsen: Sexueller Missbrauch von Kindern in Familien, Köln
- Watzlawik, P. (1969): Menschliche Kommunikation, Bern

Wewetzer, G.& Friese, H.J.& Warnke, A. (1997): Zur Problematik offenen Selbstverletzenden Verhaltens unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie; in: Z.Kind. Jugendpsychiat.25, S. 95- 105

Wirtz, Ursula (2001): Seelenmord. Inzest und Therapie, Stuttgart

Internet

<http://www.rotetraenen.de>

<http://www.andritsch.at/psychiatrie/SVV/index.htm>

<http://www.svv-community.net>

<http://www.selbstaggression.de>

<http://www.medimail.de>

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.

Ich bin einverstanden, dass meine Diplomarbeit zur Einsichtnahme in der Bibliothek bereitgestellt wird.

Berlin, den 19. Oktober 2004

Christin Dubrow