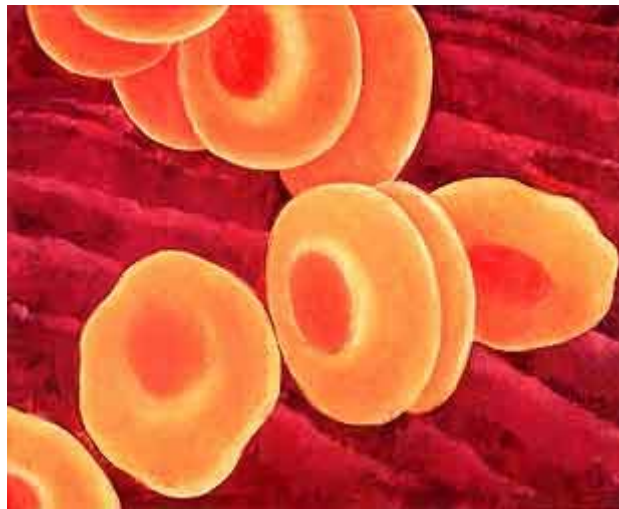


AUTOMUTILATION



**Die Klärung des Krankheitsbildes
und der Umgang mit selbstverletzendem
Verhalten
in sozialpädagogischen Institutionen**

Verfasst von: Heidi Dreier – Henz, Kurzäckerlistrasse 133, 4252 Bärswil

Kurs: WS 01 FHS-BB/SPBA

Beratende Dozentin: Margit Kotter

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	3
1.1. PROBLEMSTELLUNG UND AUFTRAG	3
1.2. METHODISCHES VORGEHEN	3
2. KLÄRUNG DES KRANKHEITSBILDES	3
2.1. KATEGORISIERUNG DER AUTOMUTILATION	4
2.2. VERBREITUNG UND HÄUFIGKEIT	5
2.3. AUTOMUTILATION UND SUIZID	7
3. ERSCHEINUNGSFORMEN UND INTERPRETATIONEN	7
3.1. SOZIALE UND KULTURELLE ZUSAMMENHÄNGE DER AUTOMUTILATION	8
3.2. KLINISCHE ERSCHEINUNGSFORMEN	9
3.2.1. AUTOMUTILATION ALS SYMPTOM PSYCHISCHER STÖRUNGEN	9
3.2.2. DIE HAUPTURSACHEN DER LEICHTEN UND MITTELSCHWEREN AUTOMUTILATION	9
3.2.3. DIE FUNKTIONEN DER AUTOMUTILATION	11
3.3. SELBSTINTERPRETATIONEN DER BETROFFENEN	11
4. UMGANG MIT AUTOMUTILATION UND HANDLUNGSANSÄTZE	13
5. STELLUNGNAHME	16
5.1. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	16
5.2. RELEVANZ FÜR THEORIE UND PRAXIS DER SOZIALPÄDAGOGIK	16
6. FAZIT	17
7. LITERATURVERZEICHNIS	18

1. EINLEITUNG

1.1. Problemstellung und Auftrag

In meinem Ausbildungsplatz, einer sozialpädagogisch geleiteten Wohngruppe, arbeite ich mit weiblichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren.

Die Jugendlichen kommen auf Grund einer instabilen Lebensphase zu uns ins Foyer.

Einige erlebten bereits in ihrer Kindheit prägende und schmerzhaftere Trennungserfahrungen und/oder physische und psychische Gewalt. Diese einschneidenden Erfahrungen zeigen sich in unterschiedlichen Verhaltensweisen.

Eine Situation, in der sich eine der jungen Frauen absichtlich mit einem Messer selbst in die Arme schnitt, löste in mir eine starke Betroffenheit und Irritation aus. Es schien mir unverständlich, weshalb sie ihren eigenen Körper so verunstaltete und sich zudem Schmerzen zufügte.

Ich fragte mich, wie es dazu kommen kann, dass Menschen sich selbst Verletzungen zufügen.

Als ich mich mit dem Thema Selbstverletzung auseinander zu setzen begann, merkte ich, dass sich die Wissenschaft seit bald 30 Jahren mit diesem Krankheitsphänomen beschäftigt. Fachleute sprechen davon, dass den Selbstverletzungen bald eine ähnliche Bedeutung zukommt wie den Essstörungen in den vergangenen Jahren.

Die Bandbreite der verschiedenen Verletzungsarten ist gross. Schneiden, Ritzen, Brennen und sogar Knochenbrechen gehören dazu.

In meiner Arbeit möchte ich Fragen klären wie:

Was ist eigentlich Automutilation? Wie kommt es dazu? Welche Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Damit will ich ein klareres Bild von der Automutilation erhalten.

Ich werde mein Augenmerk besonders auf Jugendliche richten.

Die Arbeit soll zu einem besseren Verstehen, mehr Hintergrundwissen und einem professionellen Umgang mit dem jugendlichen Klientel verhelfen. Sie richtet sich an Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen, Betreuerinnen/ Betreuer und Angehörige von Betroffenen.

1.2. Methodisches Vorgehen

Zur Bearbeitung des Themas lese ich Literatur, fasse diese zusammen und ziehe eigene Schlüsse daraus. Ich erörtere den Begriff Automutilation, kläre das Krankheitsbild und die Erscheinungsformen. Anhand eines Beispiels beschreibe ich die Selbstverletzung einer Betroffenen und gehe Handlungsansätzen nach.

Meine persönliche Stellungnahme und die gewonnenen Erkenntnisse folgen nach der Bearbeitung des Themas.

2. KLÄRUNG DES KRANKHEITSBILDES

Zur Klärung des Krankheitsbildes der Automutilation wird zuerst eine allgemeine Begriffsdefinition (2.) und im Folgenden die Möglichkeit der Kategorisierung der Automutilation vorgestellt (2.1.). Danach folgen Ausführungen über die Verbreitung und Häufigkeit von Automutilation (2.2.) und schliesslich wird die Automutilation vom Suizid abgegrenzt (2.3.).

Automutilation erscheint als Symptom zahlreicher psychischer Störungen. Der Begriff „Automutilation“ leitet sich ab vom griechischen „auto“: „selbst, eigen“ und vom lateinischen „mutilare“: „ein Stück abschneiden, verkleinern, verstümmeln“. (Duden, 1996 u. Duden, 1990)
Automutilation bedeutet somit die sich selbst zugefügte direkte Schädigung des eigenen Körpers. Seit etwa dreissig Jahren wird ihr in der wissenschaftlichen Literatur eine zunehmende Bedeutung geschenkt. (Hänsli, 1996, S.13)

Fügt jemand der eigenen Person Schaden zu, nennt man diese Verhaltensweise in der deutschsprachigen Literatur: „Autoaggression“, „Autodestruktion“, „selbstverletzendes Verhalten“ und „selbstschädigende Verhaltensweise“. Unter dem Begriff „Autoaggression“ wird selbstverletzendes Verhalten als destruktiver, aggressiver Akt gegen die eigene Person interpretiert. Gewisse Formen der Selbstverletzung folgen aber auch dem Bedürfnis nach Stimulation und dem Wunsch nach Körperwahrnehmung.

Zur Automutilation als direkter Selbstschädigung nichtsuizidaler Art gehören sowohl die Automanipulation von Krankheiten als auch die Selbstverletzung als Symptom einer anderen psychischen Störung. Das Vortäuschen und Erfinden von Symptomen um die Patientenrolle einzunehmen sind Merkmale der Automanipulation von Krankheiten.

Die Automutilation stellt nur einen Teilbereich des autoaggressiven Verhaltens dar. Die übergeordneten Begriffe wie „selbstverletzendes Verhalten“, „Selbstschädigung“ und „Autoaggression“ werden in der Literatur aber öfter auch im engeren Sinn von Automutilation verwendet. (vgl. Hänsli, 1996, S.17–19)

2.1. Kategorisierung der Automutilation

Automutilation kann alle Körperregionen betreffen. Der Kopf, die Glieder, die Haut und die Genitalien können auf die unterschiedlichste Art entstellt werden. Es gibt viele verschiedene Varianten von selbstschädigendem Verhalten. Diese unterscheiden sich in der Regelmässigkeit, im Verletzungsgrad, in Bezug auf die Situation und in der bewussten Absicht des selbstschädigenden Verhaltens. Bei einer sich selbstschädigenden Person steht oft eine ganz bestimmte Form selbstverletzenden Verhaltens im Vordergrund. Zudem wird meistens immer wieder der gleiche Körperteil verletzt. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, das Phänomen der Automutilation zu kategorisieren. (vgl. Hänsli, 1996, S.22)

Favazza et al. schlagen zur Kategorisierung eine Dreiertypologie vor. Diese richtet sich nach der Beschreibung der Art der Selbstverletzung. Die Typologie unterscheidet die schwere -, stereotype – und oberflächliche bis mittelschwere Automutilation. (vgl. Hänsli, 1996, S.27)

- **Schwere Automutilation**

Sie kommt eher selten vor und ereignet sich spontan und überraschend. Religiöse und sexuelle Motive bilden oft den Auslöser. Dazu zählt man die Selbstverstümmelung der Genitalien und die selbstvollzogene Amputation von Körperteilen.

- **Stereotype Automutilation**

Ihr Charakter ist eher rhythmisch und starr. Das Schlagen mit dem Kopf gegen Wände und Boden, Schnittverletzungen und Verbrennungen und sich kratzen gehören zu den auffälligsten Erscheinungen.

- **Oberflächliche und mittelschwere Automutilation**

Sie ist in ihrem Schweregrad wenig lebensbedrohlich. Oft erfolgt sie als Reaktion und Mittel der Spannungslinderung oder –übertragung vom psychischen auf den physischen Bereich.

Verhaltensweisen wie Schlagen mit der Hand oder der Faust an den Kopf, sich beißen, sich kneifen, sich kratzen, Ritzen und Schneiden der Haut und Ausreissen von Haaren gehören dazu.

Die Schwere des selbstverletzenden Verhaltens hängt mit der Schwere der Störung einer Person zusammen. Häufig tritt die offene Selbstschädigung der Haut auf. Dies geschieht durch das Schneiden mit Gegenständen wie Rasierklingen, Scherben oder Messern, oder durch Verbrennungen mit Zigaretten oder Feuerzeugen. Grossflächige Kratzspuren und Manipulationen an Wunden treten ebenso häufig auf. Verletzungen durch das Schlucken von unverdaulichen Substanzen wie Putzmitteln oder Schmuck, heftiges Kopfschlagen, Beißen, Verätzen oder Verbrühen sind seltener. Unterarme und Beine sind überwiegend betroffen, Rumpf und Kopf eher seltener.

Es gibt Personen, die sich sowohl heimlich als auch offen verletzen. Offener und heimlicher Selbstschädigung liegen laut neuerer Erkenntnis keine grossen unterschiedlichen psychodynamischen Prozesse zugrunde. (vgl. Sachsse, 2002, S.36)

Das Ritzen und Schneiden wird als typisch weibliches Verhalten angesehen. Laut Teuber wagen Frauen nicht ihre Aggressionen gegen die äusseren Objekte zu richten, die diese ursprünglich auslösen. Statt dessen richten sie ihre Aggressionen und Schuldgefühle nach innen und kämpfen sie mit sich und ihrem Körper aus. Vor allem Ober- und Unterarme werden verletzt. Diese Körperregionen werden nicht zufällig bevorzugt. So können die Arme präsentiert oder bedeckt werden, je nachdem, ob jemand die Wunden und Narben sehen soll oder nicht. (vgl. Teuber, 2000, S.27 u.50)

Dieses Verhalten konnte ich auch bei unseren jungen Frauen beobachten. Wenn sie sich schämten, verdeckten sie ihre Wunden, wollten sie Zuwendung und über ihren inneren Schmerz sprechen, zeigten sie ihre Verletzungen offen.

In der Dreiertypologie nach Favazza et al., in der die Art der Selbstverletzung beschrieben wird, findet keine Unterscheidung von heimlicher und offener Selbstverletzung und von behinderten, nicht behinderten und psychisch beeinträchtigten Personengruppen statt. Im Kapitel 3 wird auf die verschiedenen Krankheitsbilder, besonders auf den psychopathologischen Bereich, näher eingegangen.

2.2 Verbreitung und Häufigkeit

Gleich zu Beginn ist zu erwähnen, dass die genaue Erfassung einige Schwierigkeiten beinhaltet. Zur Untersuchung spielen die Falldefinition und die Fallidentifikation eine Rolle. Beides ist beim Phänomen der Automutilation äusserst schwierig. So werden Verletzungen verheimlicht oder als Folgen eines Unfalls bezeichnet und bei Überdosen von Drogen oder misslungenen Suiziden bleibt die Frage, ob es sich dabei um selbstverletzendes Verhalten handelt oder eben nicht.

Es folgen nun zwei verschiedene zusammengefasste Studien über die Häufigkeit und Verbreitung von Automutilation nach Hänslis, 1996 und Rohmann, 2002.

Hänslis versucht verschiedene Forschungsergebnisse nach der im vorangegangenen Kapitel (2.1.) dargestellten Dreiertypologie von Favazza et al. zu ordnen. Seine Einteilung richtet sich nach der **schweren -, stereotypen- und oberflächlichen und mittelschweren Automutilation**. Er beruft

sich dabei auf Studien von Ballinger (1971), Favazza et al. (1987), Tröster (1992) und Schröder et al. (1980).

- Nach ihren Erkenntnissen tritt das Phänomen der **schweren Automutilation** relativ selten in Erscheinung. Ballinger (1971) führte in England Untersuchungen betreffend Automutilation an 584 Patienten einer psychiatrischen Klinik durch. Während eines Monats stellte er bei 3,4 Prozent aller Fälle automutilatives Verhalten fest. Davon hatte mehr als die Hälfte die Diagnose Schizophrenie.
- Verschiedene Untersuchungen über **stereotype Automutilation** bei Behinderten und Nichtbehinderten zeigen, dass viele der nichtbehinderten Kleinkinder und Kinder selbstverletzendes Verhalten in Form von Kopfschlagen, Nägelkauen oder Haare ausreissen zeigen. Diese Erscheinungen verschwinden meistens von alleine wieder. Bei geistig Behinderten in Institutionen beobachtet man das Kopfschlagen als häufigste selbstverletzende Verhaltensweise, meist kombiniert mit anderen Bewegungstereotypen, wie Körperschaukeln oder Fingerbeissen.
- Am unsichersten sind die Verbreitung und Häufigkeit der **leichten und mittelschweren Automutilation**. Man spricht von einer Zunahme in den westlichen Industriestaaten von 14 bis 600 Pers. pro 100'000 Personen. Häufig tritt automutilatives Verhalten auf bei Menschen mit multipler Persönlichkeitsstörung, bei Strafgefangenen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung, bei Patienten mit Bulimie oder Anorexie und bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.
(vgl. Hänsli, 1996, S.27–32)

Rohmann et al. sind der Überzeugung, dass in jedem einzelnen Fall eine sorgfältige Problemanalyse wichtig ist. Für sie steht das Verständnis des selbstverletzenden Verhaltens im Vordergrund. Sie beziehen sich vor allem auf die Studie von Johnson und Day (1992).

Demnach ist es schwierig, handfeste Schlüsse bezüglich Alter und Auftreten bei geistig behinderten oder psychisch beeinträchtigten Personengruppen zu ziehen. Selbstverletzendes Verhalten tritt bei nicht behinderten Menschen nach der Kindheit kaum auf. Bei psychisch beeinträchtigten Personengruppen sind Frauen mehr betroffen. Männer sind es häufiger bei geistig behinderten Personen. Die höchste Auftretensrate selbstverletzenden Verhaltens erscheint bei geistig behinderten Menschen, die in Institutionen leben. (vgl. Rohmann, 2002, S.138)

Zusammenfassend entsteht der Eindruck, dass Automutilation ein relativ weit verbreitetes und immer häufiger auftretendes Phänomen ist. Experten beobachten eine kontinuierliche Zunahme der leichten und mittelschweren Automutilation seit den sechziger Jahren.

Bei Menschen, die sich in einer zugespitzten Lebenskrise befinden, in ihrer Kindheit traumatisierende Erfahrungen gemacht haben und aus diesen Gründen in Heimen, Psychiatrien oder Gefängnissen leben, sind Selbstverletzungen am häufigsten zu beobachten.

Manche unserer jungen Frauen schneiden sich phasenweise sehr häufig. Die Hemmschwelle, sich wieder zu verletzen, sinkt scheinbar mit der Zunahme der Häufigkeit der Selbstverletzungen.

2.3. Automutilation und Suizid

Auf der einen Seite wird von einer engen Beziehung von Automutilation und suizidalen Handlungen geschrieben, auf der anderen Seite von einer klaren Abgrenzung und Unterschiedlichkeit. Neuere Studien suchen eher nach Unterscheidskriterien.

Einen Versuch, Automutilation von suizidalem Verhalten zu unterscheiden, stellten Walsh et al. dar. Der mit der Selbstschädigung verursachte physische Schaden und die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs stehen dem weniger bedrohlichen Verletzungsgrad gegenüber. Die Methodenwahl und die Absicht, mit denen Selbstverletzungen zugefügt und verfolgt werden, sind ebenso unterschiedlich wie vielfältig.

Es scheint durchaus möglich zu sein, dass einem selbstverletzenden Verhalten ein Suizidversuch vorangegangen ist oder folgt. Besonders gefährdet sind Menschen mit Erfahrungen eines Verlustes, eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit oder schwerwiegenden Konflikten. (vgl. Hänsli, 1996, S.45)

Menninger, 1938 spricht von einem partiellen Suizid. Damit ist gemeint, dass es sich bei der Automutilation um eine beschränkte Form von Selbsterstörung als Ersatz des ganzen Körpers handeln kann und damit um eine Kompromisshandlung, um die Selbsttötung zu vermeiden. (vgl. Hänsli, 1996, S.39)

Dass Automutilation genau das Gegenteil von suizidalem Verhalten darstellt, versucht Simpson 1976 zu erklären. Er macht darauf aufmerksam, dass Automutilation oft dazu dient, eine bedrohliche Situation zu überwinden. Erlebnisse massiver Spannung, Leere, Depersonalisation und der Verlust der Kontrolle über sich können Auslöser für die Selbstverletzung sein. In diesen Fällen kann Automutilation als Mittel gebraucht werden, um die Realität wieder zu erlangen. (vgl. Hänsli, 1996, S.40)

Abschliessend kann gesagt werden, dass Automutilation und suizidale Handlungen sich anhand von gewissen Kriterien unterscheiden und abgrenzen lassen. Es ist jedoch niemals auszuschliessen, dass Menschen mit automutilativem Verhalten nicht auch suizidale Handlungen begehen können.

Das heimliche sich Schneiden und Verdecken der Wunden oder der blutüberströmte Anblick hinterlassen durchaus den Eindruck eines beabsichtigten Suizids. Wie im Kapitel 3 gezeigt wird, wollen sich die jungen Frauen jedoch nicht umbringen, sondern über ihre Wunden entdeckt werden.

3. ERSCHEINUNGSFORMEN UND INTERPRETATIONEN

Das folgenden Kapitel geht den Fragen nach, welche Erscheinungsformen von Automutilation es gibt, in welchem Zusammenhang sie mit Störungen stehen und welche Funktionen sie übernehmen können.

Zuerst geht es um die Frage, in welchen kulturellen und sozialen Zusammenhängen die Automutilation steht (3.1.). Welche Erscheinungsformen es gibt, soll im Kapitel (3.2.) erläutert werden. Der physische und psychische Zusammenhang der Automutilation wird im Kapitel (3.2.1.) erläutert. Im Kapitel (3.2.2.) wird auf die oberflächliche und mittelschwere Automutilation eingegangen. Wie stark der Körper als Ausdrucksmittel anstelle der Sprache ge- oder missbraucht wird, will ich im Kapitel (3.2.3.) die Funktionen der Automutilation darstellen. Ich beziehe mich dabei fast ausschliesslich auf junge Frauen, die sich durch Schneiden oder Ritzen selbst verletzen. Kapitel (3.3.) beinhaltet die Selbstinterpretationen der Betroffenen.

3.1. Soziale und kulturelle Zusammenhänge der Automutilation

Wie im Kapitel 2 beschrieben, bedeutet Automutilation die sich selbst zugefügte direkte Schädigung des eigenen Körpers. Sie verfolgt keine bewusste suizidale Absicht und ist nicht kulturell sanktioniert.

Kulturell sanktionierte selbstverletzende Handlungen sind in die Tradition eines Volkes eingebettet. Sie haben eine spezielle Bedeutung in der Geschichte und den Glaubensvorstellungen einer Gemeinschaft. Indem jemand Mitglied einer Gemeinschaft ist, übernimmt er deren Verhaltensregeln, Vorstellungen und Werte und richtet sein Handeln danach aus.

Somit kann eine kulturell sanktionierte Selbstverletzung durchaus eine sinnvolle, integrative und zweckmässige Handlung sein. Diese Art der Selbstverletzung dient zur Beseitigung einer Störung und zur Aufrechterhaltung einer Ordnung. Sie kann in diesem Sinn als Heilmittel verstanden werden. Die ganze Gemeinschaft beteiligt sich daran und ist davon mitbetroffen, denn kulturell sanktionierte Selbstverletzungen werden meistens in der Öffentlichkeit vollzogen, wie das Beispiel der Aborigines zeigen soll. (vgl. Hänslı, 1996, S.47–57)

Gerade Pubertätsriten als Übergang ins Erwachsenenalter werden in vielen Kulturen im Rahmen von selbstverletzendem Verhalten vollzogen. Ein Beispiel aus Australien, wo auch heute noch Initiationsriten zelebriert werden, soll einen Eindruck vermitteln.

Bei den Aborigines werden die Novizen von der übrigen Gesellschaft isoliert und irgendwo in den Busch in Hütten gebracht. Dort werden sie mit weisser Farbe bemalt als Zeichen dafür, dass sie wie herumirrende Totengeister sind. Die Nahrung nehmen sie direkt mit dem Mund vom Boden auf. Die Hütten werden als Körper von Untieren verstanden, welche die Kinder verschluckt haben. Sie bleiben im Bauch bis sie wiedergeboren werden. In diesem Zusammenhang gibt es auch symbolische Bestattungen oder kultische Begehungen. Durch die Initiation verlassen die Novizen die Kindheit und gewinnen durch die Natur den Zugang zu einem neuen Leben als Erwachsene. (vgl. Klosinski, 1991, S.40-41)

Die Initiation als Eintritt in die Erwachsenenwelt, erleben Jugendliche in unserem Kulturkreis nicht als kollektives Geschehen, sondern häufig als individuelle Krise. Pubertätsriten als Initiationsriten im traditionellen Sinn sind in unserer westlichen Zivilisation weitgehend verschwunden. Freundschaften erfüllen oft im Wesentlichen deren Funktionen.

Jugendliche mit Kommunikationsstörungen, die nicht gruppenfähig sind, scheinen besonders stark auf eine „Autoinitiation“ angewiesen zu sein. Diese nehmen sie gelegentlich in Form von Selbstverletzungen vor. (vgl. Klosinski, 1991, S.17-26)

Viele selbstverletzende Praktiken konzentrieren sich im Sinne von Gesundheit und Heilung auf die Bedeutung des Blutes. Bei allen Völkern hatte das Blut eine ehrfurchtgebietende, magische und symbolische Kraft. Die Blutsymbolik ist in Mythologien und Religionen verankert. Blutopfer werden als ursprünglich menschliche Rituale überliefert. Sie dienten dazu, die Götter gnädig zu stimmen. In der christlichen Lehre wird das Blut Christi mit Sühne und Vergebung von Sünden verbunden.

Das Blut ist die elementarste Lebensflüssigkeit des menschlichen Körpers. Blut verkörpert Lebendigkeit. Die Methode des Aderlasses diente beispielsweise dazu, Krankhaftes aus dem Körper ausfliessen zu lassen und somit den Körper zu reinigen. Die Selbstverletzung durch Ritzen und Schneiden kann als Versuch einer seelischen Reinigung verstanden werden. (vgl. Teuber, 2000, S.107-110)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Phänomen der Automutilation auch in einem sozialen und gesamtulturellen Zusammenhang steht. Das selbstverletzende Verhalten ist tief in den Erfahrungen von Kulturen, Religionen und Heilungen der Menschheit eingebettet.

Interessant finde ich die Tatsache, dass Schneiden und Ritzen als selbstverletzendes Verhalten seinen Anfang meistens im Pubertätsalter nimmt.

Die Symbolik des Blutes sehe ich in einem grösseren Zusammenhang mit den Selbstverletzungen der jungen Frauen. Durch das Fliessen des Blutes spüren sie sich wieder besser. Sie sehen das Blut und damit ihre Lebendigkeit. Die Wunden im Innern ausbluten lassen, heisst auch die Gefühle, Verletzungen und Spannungen nach aussen sichtbar machen.

3.2. Klinische Erscheinungsformen

3.2.1. Automutilation als Symptom psychischer Störungen

Automutilation erscheint als Symptom vieler verschiedener psychischer Störungen. Bestimmte Formen der Selbstverletzung stehen in einer engen Beziehung mit bestimmten Krankheitsbildern.

Es folgt nun eine Zuordnung anhand der Dreiertypologie nach Favazza et al. Danach widme ich mich der oberflächlichen und mittelschweren Automutilation und suche nach Ursachen und Hintergründen.

- **Schwere Automutilation** kann im Zusammenhang mit folgenden Störungen als Begleiterscheinung auftreten. Bei: Psychosen, Enzephalitis (Gehirnentzündung), geistiger Behinderung, schizoider Persönlichkeitsstörung.
- **Stereotype Automutilation** tritt vorwiegend bei geistig Behinderten in Institutionen auf. Als Symptom erscheint sie bei: Autismus, Zwangsstörungen, Schizophrenie, Epilepsie, akuten psychotischen Zuständen, psychoorganischen Zuständen.
- **Oberflächliche und mittelschwere Automutilation** ist im psychiatrischen Alltag am bekanntesten. Diese Art der Selbstverletzung wird bei einer Vielzahl von Störungen beobachtet. Bei: Depersonalisation, multiple Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörung, Angststörung, Essstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung. (vgl. Hänslı, 1996, S.63)

3.2.2. Die Hauptursachen der leichten und mittelschweren Automutilation

Mit dieser Art der Selbstverletzung, insbesondere mit dem Schneiden und Ritzen, bin ich in der Institution in der ich arbeite, konfrontiert.

Sachsse schreibt, dass das selbstverletzende Verhalten nie isoliert steht. Es ist stets verbunden mit weiteren selbstschädigenden Verhaltensweisen. Die von Hänslı aufgeführten Störungen erwähnt auch Sachsse. Sachsse fügt zudem an, dass alle Patientinnen schwere Störungen des Körperbildes und eine ausgeprägte Angst vor dem Alleinsein haben. Er spricht von Patientinnen, da diese Art der Selbstverletzung vor allem von Frauen begangen wird. (vgl. Sachsse, 2002, S.37)

Die Hauptursache von selbstverletzendem Verhalten ist in sozialen Beziehungen, dh. in der Familien- und Kindheitsgeschichte zu finden. Die Kindheit der meisten Betroffenen ist durch Verlust- und Trennungssituationen sowie verschiedene Gewalterfahrungen geprägt.

Folgende Bereiche sind zu erwähnen: **Deprivation** in der Säuglings- und Kleinkindzeit, **körperliche Misshandlungen**, **sexueller Missbrauch**.

Es folgt nun eine kurze Erklärung zu den erwähnten Hauptursachen des selbstverletzenden Verhaltens.

- Unter **Deprivation** wird der Entzug oder das Vorenthalten von lebensnotwendigen Objekten und Reizen verstanden, welche sowohl physischer als auch psychischer Art sein können. Dies bedeutet unter anderem, dass das Kind in seinen Grundbedürfnissen wie Hunger, Durst oder Schmerz nur bedingt wahrgenommen und von der Mutter versorgt wird. Oft erfolgt sogar eine Bestrafung, welche das Neugierverhalten und die Persönlichkeitsentwicklung stark einschränkt.
- Durch die Reizarmut und die emotionale Unterversorgung werden die Kinder in ihrer Entwicklung nicht ausreichend gefördert. Das vernachlässigte Kind spaltet den Körper als „böses“ Objekt ab, welches nur unlustvolle Empfindungen verursacht.
- Eine der Grundbedingungen bei der Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins ist die ausreichende Versorgung des Säuglings. (vgl. Schmeisser, 2000, S.48-50)
- Auch bei der **körperlichen Misshandlung** und **beim sexuellen Missbrauch** werden Gefühle, Grenzen und Rechte des Kindes missachtet. Die Folgen davon sind ein negatives Selbstbild und eine negative Lebenseinstellung. Weil das Kind seine Eltern bedingungslos liebt, richtet es die in ihm entstehenden Gefühle von Wut und Aggression nicht gegen den Aggressor, sondern gegen sich selbst. Auch beim sexuellen Missbrauch sind die Schuldgefühle sehr gross und der eigene Körper wird als „böses, schmutziges“ Objekt abgespalten. (vgl. Schmeisser, 2000, S.52-54)

Alle diese beschriebenen Bereiche stellen Traumata dar. (Trauma heisst Wunde, Verletzung) Ereignisse wirken dann traumatisierend, wenn dabei das Ich vorübergehend ausser Kraft gesetzt wird. Im Zustand der Traumatisierung wird ein Mensch von Affektstürmen überflutet, die konfus und heftig widersprüchlich sind. Es entstehen Gefühle von Todesangst, Ekel, Schmerz, Scham, Verzweiflung, Demütigung, Ohnmacht und Wut gleichzeitig oder in raschem Wechsel. Während oder nach einer solchen Traumatisierung entwickelt ein Mensch Bewältigungsmechanismen, sog. Coping-Mechanismen. Der wichtigste Coping-Mechanismus ist die Fähigkeit zur Dissoziation. Dissoziation wird beschrieben als Prozess, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zur übrigen Persönlichkeit abspalten und unabhängig funktionieren.

Fast alle sexuell oder aggressiv missbrauchten Menschen haben die Fähigkeit entwickelt, den eigenen Körper verlassen zu können, neben sich zu stehen oder sich tief in sich zurückzuziehen, dorthin wo Schmerz und Scham nicht hinkommen. (vgl. Sachsse, 2002, S.46-47)

Das selbstverletzende Verhalten hat verschiedene Bedeutungen und Funktionen. Es kann zur Selbstfürsorge dienen, als Ventil für inneren Druck, als Antidepressivum, als Suizidersatz, als Selbstkontrolle oder als Hilfsappell. (vgl. Sachsse, 2002, S.50-54)

Meiner Meinung nach können Ritzen und Schneiden sowohl als Form der Selbstbestrafung als auch der Angstabwehr gedeutet werden. Einen Hilferuf beinhaltet es sicherlich immer. Den Nachahmungs- und Wiederholungseffekt sollte man nicht ausser acht lassen.

3.2.3. Die Funktionen der Automutilation

Der Körper wird als Ausdrucksmittel anstelle der Sprache gebraucht. Somit stellt sich die Frage, ob das selbstverletzende Verhalten eine Art Kommunikationsstörung darstellt.

„[...] Gerade die Haut steht ohne Zweifel häufig im Dienste der verzweifelten Bewältigung der Kommunikationsstörung. Die Haut ist dasjenige Organ, das ganz konkret die Grenze zwischen der inneren und der äusseren Welt festlegt, und zugleich – als Sinnesorgan - den Kontakt zur Aussenwelt herstellt.[...]“

(Hänsli, 1996, S.138-139)

Teuber schreibt, dass der Körper beim Ritzen und Schneiden eine Ersatzfunktion für die Sprache übernimmt. Unbewusst drücken die jungen Frauen über ihn ihre Gefühle aus. Da sie traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, gelingt es den jungen Frauen nicht, ihre Gefühle zu reflektieren. Sie haben keine Strategien entwickelt, auf die sie in einer Krise zurückgreifen können. Deshalb gelingt es ihnen nicht, sich jemandem anzuvertrauen. Durch ihre Symptomhandlung überwinden sie indirekt ihre Sprachlosigkeit. Besonders beim sexuellen Missbrauch, der immer im Verschwiegenen stattfindet, werden Kinder gezwungen zu schweigen. Über das Schneiden und Ritzen, verbunden mit dem Zeigen von Wunden, finden sie einen Weg sich mitzuteilen. (vgl. Teuber, 2000, S.84-85)

Die Beziehung zum eigenen Körper ist bei sich selbstverletzenden Frauen von Ablehnung, Abwertung und Feindseligkeit geprägt. Der eigene Körper ist weitgehend aus dem Selbst abgespalten, ist also Nicht-Selbst. Das Schlechte wird auf ihn projiziert. Selbstfürsorge und körperlicher Genuss finden nicht statt. (vgl. Sachsse, 2002, S.123)

Ich finde es wichtig, die „Mitteilung“ der sich schneidenden jungen Frauen wahrzunehmen. Über ihre Verletzungen treten sie in eine Beziehung, die ihnen über die Sprache nicht möglich ist.

3.3. Selbstinterpretationen der Betroffenen

Die nun folgenden Selbstinterpretationen der betroffenen „Schneiderinnen“ und „Ritzerinnen“ entnehme ich den Ausführungen von Sachsse und Teuber und ergänze sie mit meinen Erfahrungen, die ich mit den jungen Frauen in unserer Institution gemacht habe.

„[...] Zuerst war ich voll wütend. Wütend auf alle und jeden. Alle meinten es schlecht mit mir. Dann kehrte sich das um, ich war allein an allem schuld, alle andern hatten Recht. Diese Schuld wollte ich aus mir heraus schneiden.“ – „Ich spüre meine Haut dann gar nicht richtig. Die Schnitte tun überhaupt nicht weh. Dann sehe ich das Blut, fühle es fliessen und spüre, dass es warm wird. Das ist eine wohlige Wärme. Dann weiss und fühle ich, dass ich überhaupt lebendig bin. Blut tut gut. Und dann kommt erst der Schmerz, aber auch gar nicht schlimm. Es ist gut, sich wieder zu spüren.“ (Sachsse, 2002, S.51)

Sachsse schreibt zur Äusserung seiner Patientin, dass das selbstverletzende Verhalten ein Ventil für inneren Druck ist. Das Erleben beim Schneiden gleicht dem Herauslassen der Luft bei einem Ballon. In Situationen der Einsamkeit droht eine Überflutung mit Zuständen objektloser Depression, die auf die Deprivation in der Kindheit zurückzuführen ist. Empfindungen von Leere und völliger Hoffnungslosigkeit entstehen. Das selbstverletzende Verhalten wirkt dabei als Antidepressivum. (vgl. Sachsse, 2002, S.51)

Teuber beschreibt die aktuellen Auslösesituationen und die Gefühle vor, während und nach dem Ritzen und Schneiden folgendermassen: Wenn zum grundlegenden seelischen Konflikt, der mit Deprivationserfahrungen aus der Herkunftsfamilie zusammenhängt, eine äussere Konfrontation hinzukommt, kann dies zu einer auswegslosen Situation für eine betroffene Frau führen. Auslösesituationen sind fundamentale Themen wie Beziehung, Liebe, Verlust, Versagen oder Wahrung von Autonomie. Das Ritzen und Schneiden wird dann zu einer extremen Art, in Krisensituationen zu agieren oder sich abzureagieren.

Die meisten jungen Frauen haben ambivalente Beziehungseinstellungen. Sie sehnen sich nach Liebe, Wärme und uneingeschränkter Aufmerksamkeit einer Person und sind gleichzeitig nicht in der Lage, diese Nähe überhaupt auszuhalten. Aus ihrer Kindheit kennen sie die Liebe nur im Zusammenhang damit, dass jemand anderes Bedingungen diktiert und dafür ein hoher Preis bezahlt werden muss. Sie sehen in Beziehungen Abhängigkeitsfallen, die bedrohlich auf sie wirken. Erstrebenswert finden sie die Autonomie, die ihnen emotionale Unabhängigkeit verspricht. Sie trauen sich nichts zu und haben Angst davor selbständig zu werden, weil sie fürchten, getrennt und alleine zu sein. Wenn eine für sie existentiell erscheinende Versagung stattfindet, fühlen sie sich unfähig mit der Situation zurechtzukommen. Die Selbstverletzung wird dann zur realen Handlungsmöglichkeit. (vgl. Teuber, 2000, S.55-58)

- **Vor dem Ritzen** befinden sich die jungen Frauen in einer extremen inneren Spannung und Unruhe. Sie verdrängen ihre schmerzlichen Gefühle, fühlen sich leer, taub und haltlos. Sie fürchten sich zu verlieren und verrückt zu werden, weil sie sich kaum noch wahrnehmen können. Die Flut der seelischen Ausweglosigkeit droht sie zu überspülen, sodass sie agieren müssen.
- **Während dem Ritzen** befinden sich die jungen Frauen in einem nebulösen, tranceähnlichen Zustand. Die Welt um sie herum scheint zu versinken. Der Körper ist von ihrem Empfinden abgespalten. Manche haben ein unangenehmes Gefühl, bevor sie den ersten Schnitt ansetzen und müssen sich dazu überwinden. Während dem Schneiden spüren sie keinen Schmerz oder sie sagen zumindest, dass es nicht weh tut. Wenn der erste Blutstropfen hervorquillt, fühlen sie sich häufig erleichtert.
- **Nach dem Ritzen** tritt Entspannung und Ruhe ein. Wenn die Wunden zu schmerzen beginnen, spüren die jungen Frauen eine kurzzeitige Erleichterung und Befriedigung. Der Schmerz vermittelt ihnen den Eindruck noch am Leben zu sein. Die Aufmerksamkeit, die ihnen durch andere Personen zuteil wird, tut ihnen gut und gibt ihnen das Gefühl, wichtig zu sein. Wenn sie etwas Abstand zur Selbstverletzung gewonnen haben, bereuen einige, dass sie es getan haben. Andere schämen sich, wenn sie darauf angesprochen werden oder fühlen sich schuldig.
(vgl. Teuber, 2000, S.59-61)

Aus eigener Erfahrung kann ich ergänzend anfügen, dass es den jungen Frauen nicht möglich scheint, mit jemandem über ihre Verzweiflung und Not zu sprechen, um die Selbstverletzung abzuwenden. „Wenn ich es könnte, würde ich kommen und über meinen Zustand sprechen, aber ich sehe keine andere Möglichkeit, als mich zu schneiden,“ sagte mir eine Bewohnerin, während ich ihr die Wunden am Arm verband. Sie wohnte zu diesem Zeitpunkt erst zwei Monate in unserer Institution. Das Verhältnis zu den anderen jungen Frauen war gespannt und ihre beste Freundin für ein Jahr nach Griechenland verreist. Mit ihrer Mutter gab es nur Streitereien und ihr Freund befand sich nach einem kurzen Besuch wieder im Ausland. Der Auslöser für das Schneiden war eine abwertende Aussage von einer Mitbewohnerin. „Es ist einfach alles über mir zusammengebrochen.“

Ich konnte es nicht mehr ertragen. Nun fühle ich mich besser. Jetzt ist es vorbei.“ Sie sprach sehr offen und ich hatte den Eindruck, dass sie froh war, sich jemandem mitzuteilen. Auch dass sie sich alleine dafür verantwortlich fühle und alleine damit zurecht kommen wolle, teilte sie mir mit. Ich spürte, dass sie eine grosse Einsamkeit und Traurigkeit umgab. Ebenso spürbar war ihre Erleichterung, wahrgenommen und umsorgt zu werden.

4. UMGANG MIT AUTOMUTILATION UND HANDLUNGSANSÄTZE

In diesem Kapitel sollen Handlungsansätze im Umgang mit der Automutilation in sozialpädagogischen Institutionen erarbeitet werden. Das Augenmerk wird dabei auf die leichte und mittelschwere Automutilation gelegt. Sachsse und Teuber liefern dazu einige Anhaltspunkte. Ergänzend füge ich Handlungsansätze, wie sie im Foyer Rütimeyer angewendet werden, an.

Für Sachsse, der von der psychoanalytischen Theorie ausgeht, ist eines der Therapieziele der selbstfürsorgliche Umgang mit dem eigenen Körper. Nach seiner Sichtweise behält die erwachsene Selbstfürsorge für den eigenen Körper viele Elemente des Bemutterns und Bevaterns eines Kindes. Dazu gehören für ihn: Ein angenehmes Bad oder eine prickelnde Dusche nehmen, sich sorgfältig eincremen, gemütlich ein Buch lesen oder Musik hören, sich selbst ein feines Essen zubereiten, regelmässige Bewegung und Sport treiben.

Sich selbstverletzende Patienten haben meistens kaum Möglichkeiten der Selbstfürsorge. Der ganze körperliche Genuss- und Lustbereich ist aus psychodynamischer Begründung nicht entwickelt. Es bleiben als Möglichkeiten nur das selbstverletzende Verhalten, Rauchen, Alkohol, Drogen und sich mit Musik zudröhnen.

Ein freundliches Drängen und Aufzeigen von körperlicher Selbstfürsorge und das anschliessende Gespräch über die gemachten Erfahrungen hält Sachsse für sehr wichtig. Auf erste selbstfürsorgliche Handlungen, die mit Genuss erlebt wurden, folgen oft negative Reaktionen. (vgl. Sachsse, 2002, S.123-127)

Sachsse spricht im Zusammenhang mit einer solchen negativen therapeutischen Reaktion von psychodynamischen Determinanten (die Entwicklung bestimmende Faktoren).

Darunter ist Folgendes zu verstehen:

- Das **Über-Ich** verbietet der Patientin, es sich besser gehen zu lassen. Eine depressive Opferhaltung ist fast immer im Ich-Ideal verankert und idealisiert. Ein egoistischer Genuss bedeutet Verlust an moralischem Wert.
- **Der Bruch der Familienloyalität** bereitet vielen Frauen ein schlechtes Gewissen. Mutter oder Vater schlecht zu machen oder ein Schweigeverbot zu brechen, bereitet vielen Mühe.
- **Die Angst vor dem Identitätsverlust** ist gross. Nimmt die junge Frau wahr, dass sie sich anders erlebt und spürt, entstehen Fremdheitsgefühle dem eigenen Selbst gegenüber.
- **Die Symptomrückfälle** bedeuten Rückgriff auf innerlich Vertrautes, im Sinne von: Ich bin noch ich selbst. (vgl. Sachsse, 2002, S.140-141)

Für Sachsse ist ein grosses Ziel die Förderung der inneren Fähigkeiten und Ressourcen. Er regt seine Patientinnen an, ihre eigenen Ressourcen ernstzunehmen, sie aufzusuchen und zu verstärken. Dies geschieht unter anderem durch das Einrichten des sicheren inneren Ortes und der inneren Helfer. Fast alle Kinder mit oder ohne Trauma-Erfahrungen, haben einen realen oder imaginären sicheren Ort. Das können in der Realität eine Baumkrone oder Höhle sein und in der Fantasie Fabelwelten, Höhlen oder Planeten.

Dieser sichere Ort oder die inneren Helfer stützen die jungen Frauen bei der Auseinandersetzung mit ihrem Verhalten und der Bewältigung ihrer Geschichte. Zudem brauchen sie eine Sicherheit und Verlässlichkeit in der Beziehung zur Betreuerin/ zum Betreuer oder zur Therapeutin/ zum Therapeuten. Das Ziel des Einrichtens der inneren Helfer besteht ausserdem darin, die Abhängigkeit von der Therapeutin/ vom Therapeuten so gering als möglich zu halten. (vgl. Sachsse, 2002, S. 60-62)

Teuber, die von der Sozialpsychologie ausgeht, ist der Meinung, dass junge Frauen mit ihrer Form der Autoaggression toleriert, akzeptiert und ernst genommen werden müssen. Erst dann können sie beginnen ihr selbstverletzendes Verhalten wahrzunehmen und sich mit dessen Bedeutung auseinander zu setzen. In diesem Prozess können sie versuchen, weniger oft zu ritzen und diese Überlebensstrategie durch eine konstruktive Form der Selbstfürsorge zu ersetzen.

Die Aufgabe der Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen ist die Mithilfe bei der Findung von Konzepten und Worten, welche die jungen Frauen mit ihrem Selbstbild vereinbaren können und die die Bedeutung des selbstverletzenden Verhaltens entschlüsseln.

Für Betreuerinnen/ Betreuer bedeutet ein akzeptierender Arbeitseinsatz, die eigenen Standpunkte immer wieder zu reflektieren und den jungen Frauen das selbstverletzende Verhalten so lange wie nötig zuzugestehen. Hilfreich sollte dabei die Erkenntnis sein, dass weder die Medizin noch die Psychologie oder Therapie in der Anfangsphase einen adäquaten Ersatz für die Selbstverletzung bieten können. Ein verständnisvoller Umgang und Offenheit im Kontakt können für beide Seiten entlastend wirken. (vgl. Teuber, 2000, S.115-116)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Sachsse dazu tendiert, seinen Patientinnen einen anderen Umgang mit ihrem Körper zu ermöglichen. Teuber nimmt eher die verstehende Haltung ein und fördert die Möglichkeiten, sich mit dem selbstverletzenden Verhalten auseinander zu setzen.

Meiner Meinung nach können beide Ansätze gleichzeitig angewendet werden. Dies bestätigte sich für mich im Gespräch mit Frau Elke Kreft (Heimleiterin im Foyer Rütimeyer). Es ging dabei vor allem um konkrete Handlungsansätze im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten.

Wie im Folgenden beschrieben wird, liegen die Schwerpunkte bei der direkten Hilfe und bei präventiven Massnahmen. Einen weiteren Aspekt bilden die Anforderungen, die sich daraus an eine Sozialpädagogin/ einen Sozialpädagogen stellen.

Direkte Hilfe

- Die jungen Frauen nicht alleine lassen
- Die Thematik des Schneidens ernst nehmen
- Das Schneiden nicht beurteilen oder bewerten
- Eine dritte Person beiziehen (im Foyer Rütimeyer ist es der Psychiater)
- Die Wunden versorgen, desinfizieren und verbinden
- Bei tiefen Verletzungen ins Krankenhaus einweisen
- Die „Waffen“ entfernen, als Schutz vor sich selbst

Dauert das Schneiden über einen längeren Zeitraum, erhält es einen Suchtcharakter. In jeder Notsituation folgt dann der Griff zum Messer. Mit dem Schneiden wird indirekt eine Zuwendung gefordert. Diese Zuwendung bieten in einer erweiterten Form der Psychiater und auch das Krankenhaus.

Präventive Massnahmen

- Das Gespräch mit der betroffenen Frau in einem ruhigen, geeigneten Moment suchen aber auf keinen Fall, wenn sie sich im Stress befindet.
- Der Zugang (Kontakttüre) zur jungen Frau kann auf der emotionalen -, kognitiven – oder der Handlungsebene erfolgen. Er ist bei jeder Frau ganz individuell und muss von der Sozialpädagogin/ dem Sozialpädagogen gefunden werden.
- Die junge Frau soll ermuntert werden über ihr Erleben zu erzählen. Z.B. „Wann hat es angefangen? Gab es ein besonderes Erlebnis oder eine Betroffenheit?“
- Eine Aufforderung zur Entwicklung von eigenen Ideen, als Alternativen zur Selbstverletzung, ist wichtig.
- **Achtung!** Nicht auf Aussagen wie: „Ich weiss nicht,“ hereinfallen. Der jungen Frau können zwar Anstösse für Lösungen angeboten werden, aber das Denken und Entwickeln von Handlungsalternativen darf ihr nicht abgenommen werden.
- Unterstützung anbieten und bedenken, dass nur eigene Ideen eine wirkliche Verbindlichkeit für die Betroffene bedeuten.
- Vertrauen in die junge Frau zum Ausdruck bringen, im Sinne von: „Ich weiss, dass du für dich sorgen und eigene Heilungsstrategien entwickeln kannst.“
- Ihr Handeln sollte wöchentlich überprüft werden. Folgende Punkte sind dabei zu beachten:
 - Nachfragen, Beachtung schenken
 - Arme (Narben) anschauen
 - Freude ausdrücken, wenn die Wunden verheilen und evt. keine Neuen entstanden sind
 - Nachfragen wie gross die Not ohne Messer ist

Anforderungen an die Sozialpädagogin/ den Sozialpädagogen

Die Sozialpädagogin/ der Sozialpädagoge sollte in der Ernsthaftigkeit der Sache eine gewisse Gelassenheit walten lassen. Sie/er sollte Achtung zeigen und das Handeln als momentane Lösungsstrategie respektieren. Ein intensiver Austausch muss stattfinden. Das heisst: Im Gespräch feste Abmachungen treffen. – Will die junge Frau momentan nicht über ihr selbstverletzendes Verhalten sprechen, darf man sich nicht auf unbestimmte Zeit vertrösten lassen. Jedoch muss ein „Nein“ der Betroffenen als Grenze respektiert werden.

Das Nachfragen und Aushandeln kann durchaus negative Reaktionen hervorrufen. In solchen Situationen kann die Sozialpädagogin/ der Sozialpädagoge auf den Erziehungsauftrag hinweisen, im Sinn von: „Schutz vor sich selbst bieten“.

Elke Kreft ist der Meinung, dass Frauen mit selbstverletzendem Verhalten durchaus in sozialpädagogischen Institutionen tragbar sind und dort auch weiterbringende Unterstützung erfahren können. Wenn sie motivierbar sind für eine Psychotherapie als Begleitung, ist dies von Vorteil.

Zusammenfassend will ich anmerken, dass ein gesundes Mass an Zuwendung, sei es durch das Versorgen der Wunden oder das Fragen nach der Befindlichkeit vor, während und nach dem Schneiden, sicherlich hilfreich ist. Als wichtige Ziele sehe ich die Bewusstwerdung der Problematik und das Finden von Alternativhandlungen. Das Vertrauen in die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten muss den jungen Frauen immer wieder nahe gebracht werden. Wie bereits im Kapitel 3 erwähnt wurde, stellt das selbstverletzende Verhalten einen Ausdruck der Kommunikationsstörung dar. Deshalb ist es wichtig, dass die Sozialpädagogin/ der Sozialpädagoge der Klientin ermöglicht

über das hinter der Selbstverletzung Liegende zu sprechen. Die Grenzen der Erträglichkeit, um einen adäquaten Umgang mit sich selbstverletzenden Menschen zu definieren, liegen bei jeder Betreuerin/ jedem Betreuer selbst.

5. STELLUNGNAHME

In meiner Stellungnahme will ich die Ergebnisse zum Thema Automutilation zusammenfassen (5.1.). Die Relevanz für die Theorie und Praxis der Sozialpädagogik soll in (5.2.) aufgezeigt werden.

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Automutilation ein relativ weit verbreitetes Phänomen ist. Seit den sechziger Jahren beobachten Experten eine kontinuierliche Zunahme bei der leichten und mittelschweren Automutilation, von der besonders Frauen betroffen sind.

Am häufigsten zu beobachten sind Selbstverletzungen wie sich schneiden und ritzen bei Menschen, die sich in einer zugespitzten Lebenskrise befinden und/oder in ihrer Kindheit traumatisierende Erfahrungen gemacht haben.

Vielen Fragen zum Thema Automutilation konnte ich dank der zahlreichen Literatur nachgehen. Besonders Sachsse und Teuber lieferten mir Hintergründe, Erscheinungsformen und Erklärungsansätze.

Sachsse weist darin auf die verschiedenen Bedeutungen und Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens hin. So kann es zur Selbstfürsorge dienen, als Ventil für inneren Druck, als Antidepressivum, Suizidersatz, Selbstkontrolle oder als Hilfsappell. Er tendiert als Therapeut dazu, seinen Patientinnen einen anderen Umgang mit ihrem Körper zu ermöglichen.

Teuber ist der Meinung, dass junge Frauen mit ihrer Form der Autoaggression toleriert, akzeptiert und ernst genommen werden müssen. Sie brauchen Unterstützung, um ihr selbstverletzendes Verhalten wahrzunehmen und sich mit dessen Bedeutung auseinander zu setzen. In diesem Prozess können sie versuchen, diese Überlebensstrategie durch eine konstruktive Form der Selbstfürsorge zu ersetzen.

Wenig Literatur fand ich zum Thema Handlungsansätze, die mir zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in sozialpädagogischen Institutionen hilfreich gewesen wäre.

5.2. Relevanz für Theorie und Praxis der Sozialpädagogik

Im Hinblick auf die Zunahme des selbstverletzenden Verhaltens speziell bei jungen Frauen stellt dieses Thema eine grosse Anforderung an Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen dar. Denn auch in sozialpädagogischen Institutionen ist dieses Phänomen neben den Essstörungen immer häufiger anzutreffen. Entscheidend wirkt sich ein angemessener Umgang und eine gezielte Intervention auf die weitere Entwicklung der Klientinnen aus. Das Team sollte sich regelmässig darüber austauschen und dabei eine möglichst übereinstimmende Haltung einnehmen. Verdrängen oder verbieten als mögliche Ansätze haben eher eine negative Wirkung auf den weiteren Verlauf des selbstverletzenden Verhaltens. Für ein angemessenes Verhalten in der Praxis ist auch das Wissen aus Theorie und Forschung über die Hintergründe der Automutilation wichtig. Eine Sensibilisierung in Bezug auf grundlegende, vielleicht häufige Verletzungen der jungen Frauen hat bei mir während der Bearbeitung dieser Arbeit stattgefunden. Ich denke dabei an das Aufkratzen

von alten Wunden oder Pickeln, Fingernägel beißen, häufige Unfälle und Verstauchungen und auch an Piercings.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen sozialpädagogischen und psychiatrischen Institutionen ist sicher von Vorteil.

Eine Forderung meinerseits an Theorie, Forschung und Praxis ist es, ein breiteres Angebot an Handlungsansätzen für die Praxisfelder der Sozialpädagogik bereitzustellen.

6. FAZIT

Bei der Bearbeitung dieses Themas bin ich auf ein breites Angebot an Literatur gestossen. Im Internet gibt es unter <http://www.selbstverletzung.com> einige zusammenfassende Berichte. Auch in der Basler Zeitung fand ich am 19.10.2002 einen Artikel über selbstverletzendes Verhalten. Einzig in Bezug auf die Handlungsansätze fand ich wenig bis gar keine Literatur. Glücklicherweise kenne ich mit Frau Elke Kreft, Heimleiterin vom Foyer Rüttimeyer, eine kompetente, erfahrene Person, die mir einige praktische Handlungsansätze vermitteln konnte.

Wie erhofft, habe ich einen tieferen, differenzierteren Einblick in dieses komplexe Thema Automutilation erhalten. Meine grundlegenden Fragen, die ich mir in der Disposition gestellt hatte, konnte ich zum grössten Teil beantworten. Ich musste feststellen, dass sich im Rahmen einer Semesterarbeit nicht alle Aspekte des selbstverletzenden Verhaltens beleuchten lassen. Besonders die Frage nach den Handlungsansätzen hätte ich gerne noch ausführlicher dargelegt. Schliesslich beinhaltet dieses Kapitel einen wichtigen Bestandteil unserer Arbeit als Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen.

Die Wahl meiner Methode, das Lesen und Zusammenfassen von Literatur, hat sich gut bewährt. Auf ein persönliches Interview mit einer Betroffenen habe ich verzichtet. Einerseits weil ich momentan keine Frau gut genug kenne, um ihr so persönliche und vertrauliche Fragen stellen zu können, andererseits weil ich nicht über eine psychologische oder therapeutische Ausbildung verfüge, um allfällige Reaktionen auffangen zu können. Das Gespräch mit Frau Elke Kreft fand ich sehr aufschlussreich. Inhaltlich konnte es einige Lücken in Bezug auf Handlungsansätze füllen, die ich nicht in der Literatur fand.

Die Disposition, die ich in Form der mir wichtigsten Fragen formuliert hatte, gab mir viel Struktur und Halt bei der anschliessenden Bearbeitung.

Rückblickend auf den Arbeitsprozess stelle ich fest, dass mein anfänglicher Respekt vor dieser Arbeit mit dem geweckten Interesse und der Vertiefung ins Thema abnahm. Je mehr Wissen ich mir aus der Literatur aneignen konnte, desto leichter fiel mir die Bearbeitung.

An dieser Stelle danke ich Frau Margit Kotter für ihre unterstützende Begleitung und Frau Elke Kreft für ihr ausführliches Interview im Zusammenhang mit dieser Semesterarbeit.

1. SEMESTERARBEIT

7. LITERATURVERZEICHNIS

DUDEN. (1996): *Die deutsche Rechtschreibung*. 21.Aufl., Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich. Dudenverlag.

DUDEN. (1990): *Das Fremdwörterbuch*. 5.Aufl., Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich. Dudenverlag.

HÄNSLI, Norbert. (1996): *Automutilation – Der sich selbst schädigende Mensch im psychopathologischen Verständnis*. Bern. Hans Huber.

KLOSINSKI, Gunther. (1991): *Pubertätsriten*. 1.Aufl., Bern. Hans Huber.

ROHMANN, Ulrich, Elbing, Ulrich. (1992): *Selbstverletzendes Verhalten*. 3.Aufl., Dortmund. Modernes Lernen.

SACHSSE, U. (2002): *Selbstverletzendes Verhalten*. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

SCHMEISSER, Sybille. (2000): *Selbstverletzung*. Münster. Waxmann.

TEUBER, Kristin. (2000): *Ich blute, also bin ich*. 3.Aufl., Herbolzheim. Centaurus-Verlag.

<http://www.selbstverletzung.com>

Basler Zeitung. (19. Oktober 2002): *Mit dem Messer gegen sich*. Nr. 42. BaslerMagazin.