

Seelische Verletzungen - körperlicher Ausdruck

Selbstverletzendes Verhalten ist nicht mit „Aufmerksamkeitssuche“ gleichzusetzen. Vielmehr ist es Ausdruck einer tiefgreifenden Beeinträchtigung des Selbst unserer Klienten.

Auf der anderen Seite ist selbstverletzendes Verhalten aber auch eine der schwierigsten Herausforderungen in der Gestaltung professioneller Beziehungen, im besonderen dann, wenn es sich um selbstverletzende Kinder und Jugendliche handelt, für die wir uns als Erwachsene und im besonderen als professionell beziehungsgestaltende Erwachsene besonders verantwortlich fühlen.

Das selbstverletzende Verhalten wird nach FAVAZZA (1996) in 3 Gruppen eingeteilt. Erstens „Schweren Autodestruktionen“, wie sie im Besonderen im Rahmen von psychotischen Erkrankungen vorkommen. Hier stehen im Rahmen von zumeist religiösen oder sexuellen Wahnideen Amputationsverletzungen und schwere auch parasuizidale Handlungen im Vordergrund.

Neben den die schweren Selbstverletzungen bestimmenden Wahnideen tauchen diese auch im Rahmen von Sinnestäuschungen, im besonderen Leibhalluzinationen auf und gehen oftmals mit einer vitalitätsgefährdenden Verletzung einher.

Als weitere Gruppe werden die sogenannten „Stereotypen selbstverletzenden Verhaltensweisen“ beschrieben. Diese treten im besonderen auf bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Kindern und Jugendlichen mit autistischen Erkrankungen auf.

Hier stehen impulsives, oft nicht aus dem Zusammenhang auftretendes

- Schlagen,
- sich selbst beißen,
- den Kopf gegen die Wand schlagen
- oder Kratzen

im Vordergrund.

Teilweise auch Haareausziehen oder im Rahmen von hirnrorganischen Erkrankungen, im besonderen Stoffwechselerkrankungen mit Speicherphänomen im Bereich des Gehirnes - im besonderen des Frontallappens - auch mit Amputationsverletzungen der Gliedmaßen (z.B. Finger) einhergehend.

Der stereotype, sich impulsiv wiederholende und schwer zu unterbrechende Charakter ist typisch für diese Gruppe.

Als dritte Gruppe wird das sogenannten „Dissoziative selbstverletzende Verhalten“ beschrieben, welches in den häufigsten Fällen Kinder und Jugendliche betrifft, die aus dem Formenkreis der Menschen mit

- Traumafolgeerkrankungen,
- dissoziativen Störungen,
- beginnenden Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen
- und anderen Impulskontrollstörungen

entstammen.

Auch affektive Erkrankungen oder auf Neuroseniveau unterschiedliche Konfliktlagen können mittlerweile - aufgrund des für viele Jugendliche durchaus modellhaften Charakters des selbstverletzenden Verhaltens - im Hintergrund vorkommende Erkrankungen und Belastungen der Kinder und Jugendlichen mit selbstverletzenden Verhalten sein.

Teilweise gibt es hier Phänomene, die den stereotypen selbstverletzenden Verhaltensweisen ähnlich sind, die aber eher zwanghaft erscheinen.

So zum Beispiel

- das Haareausreißen, teilweise mit Verschlucken der Haare im besonderen bei jüngeren Kindern,
- das immer wieder stattfindende Hautkratzen und Wunden aufkratzen bei Einsicht, dass dies dysfunktional ist
- oder auch das intensive und exzessive Nägelbeißen.

Episodisch, aber immer wiederholend, treten im Besonderen

- Schnittwunden an den Armen auf,
- aber auch selbst herbei gefügte Verbrennungen, sowohl mit Hitze als auch mit Kälte, zum Beispiel durch entsprechende Sprays mit auf die Haut aufgetragenen vereisenden Treibmitteln,
- selbst zugefügte Knochenbrüche und Stürze,
- selbst herbeigeführtes Eindringen und Stechen in die Haut zum Beispiel mit Nadeln oder Scherben,
- auch Verätzen und Selbstschlagen sowie Beißen

sind häufige Formen.

Teilweise gibt es jedoch auch bizarr anmutende selbstverletzende Verhaltensweisen.

Hier sei nur der Aderlass oder die Manipulation zum Beispiel durch inadäquate Insulingaben beispielhaft genannt.

Um das Ausmaß des selbstverletzenden Verhaltens und auch im weiteren Verlauf einer Behandlung seine Bedeutung ausreichend einschätzen zu können, ist es unabdingbar, eine differenzierte Anamnese zu erheben.

Hier ist es hilfreich, eine eher neutrale, interessierte, aktive, fragende Haltung einzunehmen und vor allen Dingen motivationslos bis auf den Erkenntnisgewinn zu erscheinen.

Eine zu frühe Motivationslage in Richtung „das selbstverletzende Verhalten muss beendet werden“ könnte die anamnestische Erhebung deutlich beeinträchtigen und uns nur in einem geringen Maße Einblick in die tatsächliche Dimension des selbstverletzenden Verhaltens ermöglichen.

Zu den notwendigen Fragen gehören die im Folgenden dargestellten Qualitäten.

Wichtig ist, den Beginn des selbstverletzenden Verhaltens und auch den kontextuellen Zusammenhang zu erfragen,

- ob es ein Modell gegeben hat,
- ob das selbstverletzende Verhalten zum Beispiel auch in einem Gruppenkontext stattgefunden hat,
- welche Belastungssituation damals vorherrschte,
- welcher Affekt, welcher Impuls dazu führte,
- wie das erste selbstverletzende Verhalten selbst bewertet wurde,
- wann und wo und in welchem sozialen Kontext das erste selbstverletzende Verhalten stattgefunden hat.

Weiterhin ist zu fragen, wann üblicherweise das aktuell stattfindende selbstverletzende Verhalten stattfindet (Wochenzeit? Tageszeit?) und an welchem Ort (Bad? Eigenes Zimmer? Öffentliche Räume?).

Wichtig ist auch, in welchem Zusammenhang - das heißt isoliert oder Gruppenkontext, familiär, schulisch oder peer group - und in welcher Häufigkeit sich das selbstverletzende Verhalten während der letzten drei Monate gezeigt hat.

Im besonderen sind Häufigkeitsveränderungen - Zunahme oder Abnahme - oder auch Häufigkeitszunahmen im Zusammenhang mit bestimmten Belastungsfaktoren oder psychosozialen Entwicklungen zu erfragen.

Die Art des selbstverletzenden Verhaltens ist zu erfragen. Im besonderen sollte man sich nicht darauf beschränken, zum Beispiel „Schneiden“ als die üblicherweise im Vordergrund stehende selbstverletzende Verhaltensweise wahrzunehmen und nach anderem nicht mehr zu fragen. Durchaus sollten auch andere Methoden gezielt abgefragt werden. Hier sollte nicht die Angst im Vordergrund stehen, dass man den zu explorierenden Klienten erst auf die Idee bringt, neue selbstverletzende Verhaltensweisen auszuüben. Vielmehr ist die eigene Expertise damit deutlich gemacht, und das Vertrauen auf Seiten des Klienten - bezogen auf das selbstverletzende Verhalten - kann sich hierdurch deutlich verbessern.

Bei der Beurteilung ist es wichtig herauszufinden, wie unterschiedlich und „vielseitig“ das selbstverletzende Verhalten ist.

Eine erhöhte Vielseitigkeit mit eher fast künstlerisch anmutendem, darstellerischem Charakter und mit einem hohen Symbolgehalt weist eher auf eine gute Prognose hin als ein stereotypes, immer wiederholendes monoformes selbstverletzendes Verhalten.

Um den Schweregrad und auch die Prognose abschätzen zu können, ist es sehr wichtig, sich über die Intensität ein Bild zu machen. Im Besonderen geht es darum, welchen Eindruck die Klienten selbst von der Intensität des selbstverletzenden Verhaltens haben.

Die Intensität kann wechselhaft sein. Hier gibt es dann auch erste Hinweise darauf, ob die Verhaltensweisen durch die Klienten selbst als ich-synton oder ich-dyston erlebt werden.

Wichtig ist auch die Dauer des selbstverletzenden Verhaltens. Hier gibt es dann schon Hinweise auf die Kontrollfähigkeit und die Gesamtgestaltung. Raptusartiges, impulsives, schnelles selbstverletzendes Verhalten mit geringer Kontrolle hat eine deutlich schlechtere Prognose als ein gestaltetes, fast ritualisiertes selbstverletzendes Verhalten, welches einer deutlichen Kontrolle durch die Klienten unterworfen ist.

Interessant ist auch, wie im Nachgang mit den Wunden umgegangen wird. Ob diese versorgt oder vielmehr vernachlässigt werden, oder durch inadäquates Verbandmaterial eine Infektion wissentlich in Kauf genommen wird.

Auch die Bereitschaft, die Wunden zu zeigen oder zu verstecken sowie das Kommunikationsangebot der Klienten sind bedeutsam und geben uns Hinweise auf ein heimliches, selbstverletzendes Verhalten.

Hier ist insofern auch nach der Mitteilungsfähigkeit und -bereitschaft zu fragen, was durchaus unterschiedlich sein kann. Es kann Klienten geben, die eigentlich gern über das selbstverletzende Verhalten sprechen wollten, sie sich selbst aber als nicht ausreichend in der Lage sehen, eine Mitteilung zu machen.

Anderen Klienten wiederum können durchaus in der Lage sein, sich gut mitzuteilen und zum Beispiel im Rahmen der Exploration gut Auskunft zu geben, sind aber nicht bereit, im besonderen emotional relevanten Bezugspersonen Mitteilung zu machen.

Die Kontrollfähigkeit wurde schon erwähnt und ist ein wichtiger Faktor, um den Gefährdungsgrad in Richtung Suizidalität und parasuizidale Handlungen einzuschätzen. Im Besonderen im Rahmen von sogenannten dissoziativen Zuständen, indem die Patienten sich häufig wie neben sich stehend fühlen, und selbst erschreckt sind über das Ausmaß des selbstverletzenden Verhaltens und oftmals ihre Körperlichkeit zu Beginn des selbstverletzenden Verhaltens nicht ausreichend wahrnehmen, sondern sich wie betäubt fühlen, haben eine eher schlechte Prognose und einen höheren Gefährdungsgrad in Richtung Suizidalität.

Um diese Situationen ausreichend einschätzen zu können, bedarf es der dringenden Beschreibung der sogenannten Begleitsymptome, die im Besonderen bezogen auf die dissoziative Symptomatik gezielt nachgefragt werden sollten.

Darüber hinaus sollte aber auch die affektive Lage eruiert werden, um Hinweise zu bekommen, in welcher Stimmungslage üblicherweise selbstverletzendes Verhalten stattfindet. Dies fällt dem Klienten zumeist schwer, da im besonderen affektiv oder emotional differenzierte Wahrnehmungen und Mitteilungen ein Problem darstellen.

Hier ist im besonderen die Affektlage Trauer, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung von primär expansiven Gefühlen wie Wut und Ärger zu unterscheiden.

Teilweise geht aber das selbstverletzende Verhalten auch mit Emotionslosigkeit im Sinne von Anhedonie einher, welches dann in der Exploration ebenfalls einen bedeutsamen Hinweis auf die Funktion des selbstverletzenden Verhaltens, z.B. die Beendigung des Gefühllosigkeitsgefühles, geben kann.

Mit dem Klienten zusammen sollte über die Funktionalität bzw. Dysfunktionalität des selbstverletzenden Verhaltens gesprochen werden. Im besonderen sollte ein Eindruck gewonnen werden, wie diese von dem Klienten selbst eingeschätzt wird. Hier kann es sein, dass sie Mitteilung machen, dass es durchaus hilfreich sei, sich selbst zu verletzen um zum Beispiel dissoziative Zustände zu beenden, auf der anderen Seite aber Dysfunktionalität zum Beispiel in sozialen Kontexten entsteht,

- da sie dann nicht am Sportunterricht teilnehmen können,
- oder sich nicht trauen, die relevanten Bezugspersonen mit den Folgen des selbstverletzenden Verhaltens zu konfrontieren,
- oder dies entsprechend Abmahnung und Kritik aus dem sozialen Umfeld zur Folge hat.

Interessant ist dann, wie das soziale Umfeld mit dem selbstverletzenden Verhalten umgeht. Hier sollte sowohl der Klient seine subjektive Wahrnehmung äußern können, aber auch das soziale Umfeld unmittelbar befragt und exploriert werden. Hier geht es zum einen um die affektiven Reaktionen, aber auch zum Beispiel um sanktionierende Strategien der sozialen Umgebung oder um ausschließende Strategien.

Die subjektiven Motive der Klienten sollten ebenfalls im Rahmen einer Exploration erfragt werden. Im Besonderen sollte hier wie zuvor schon erwähnt der Aspekt ich-syntones und ich-dystones Erleben des selbstverletzenden Verhaltens eruiert werden.

Dies ist im besonderen für die Behandlungsplanung wichtig und hier geht es nicht zuletzt darum, dem Klienten die Möglichkeit zu geben - auch wenn er das selbstverletzende Verhalten als ich-synton und für sich selbst gewählt und gewollt erlebt - zunächst durch Akzeptanz dieser Haltung in ein therapeutisches Bündnis zu kommen.

Zu einem vertieften Verständnis der Funktion des selbstverletzenden Verhaltens ist es dringend notwendig, das Dissoziationskonzept zu integrieren.

Im Vordergrund steht gerade bei Kindern und Jugendlichen zumeist ein Konflikt mit relevanten Bezugspersonen. Dies sind in den meisten Fällen die Erziehungspersonen, im besonderen die natürlichen Eltern. Oftmals treten hier naturgegebenmaßen Konflikte auf, im besonderen in der Zeit der Entwicklung vom Kind zum Jugendlichen und zum jungen Erwachsenen, was häufig als Pubertätskrise bagatellisiert und in seiner ausgeprägten dynamischen Relevanz unterschätzt wird.

In der Auseinandersetzung mit den relevanten Bezugspersonen erleben Kinder und Jugendliche häufig im Rahmen ihrer eigenen biologischen Weiterentwicklung Ängste, selbst die Kontrolle zu verlieren und aggressive Impulse auszuleben.

Hier gibt es teilweise berechtigte Ängste, zum Beispiel im Rahmen von Impulskontrollstörungen, häufig aber sind die Ängste eher neurotischer Natur und nicht real bezogen und begründbar.

Neben der Angst, die eigenen aggressiven Impulse nicht ausreichend regulieren zu können, gibt es auch die Sorge, über seine Affekte nicht mehr Herr zu werden. Hier werden im besonderen die negativen Affekte wie Trauer, Enttäuschung, Wut **aber** auch Angst im Kontakt mit den relevanten Bezugspersonen vermieden.

Diese begründete oder unbegründete Affekt- und Impulsregulationsangst führt häufig bei den Betroffenen zu einem Rückzug aus den kommunikativen Prozessen in den aktuellen relevanten Beziehungen.

Man will im Grunde zum einen das gegenüberstehende Objekt schonen und nicht vergraulen bzw. übermäßig gefährden, auf der anderen Seite geschieht dies letztendlich aus einer Verlustangst heraus, da das so kontaktierte Objekt eventuell verlustig geht und nicht mehr für Zuwendung, Aufmerksamkeit, Pflege und Liebe zur Verfügung steht.

Diese Konfliktlage führt häufig zu einer ausgeprägten inneren, auch körperlich spürbaren Anspannung in den betroffenen Kindern und Jugendlichen.

Der Rückzug aus der interpersonellen Kommunikation führte dazu, dass die Konfliktthemen und Widersprüchlichkeiten ganz in dem betroffenen Kind und Jugendlichen Platz finden müssen.

Das Kind und der Jugendliche ist noch nicht ausreichend in der Lage, nur seine eigene Position einzunehmen, sondern im Rahmen von Schuld- und Schamgefühlen, aber auch im Rahmen der zuvor erwähnten Verlustängste ist das Kind immer noch gezwungen, beide Positionen in sich aufzunehmen und als widerstreitende ambivalente und ambivalente Impulse in sich zu spüren.

Dies ist eine weitere Quelle vermehrter seelischer und körperlicher Anspannung.

Um diese Konfliktkonstellation zu beherrschen, sind im besonderen Mädchen in der Lage, durch dissoziative Prozesse zumindest vorübergehend eine Entspannung herbeizuführen. So kommt es seelisch zu zwei nun wieder scheinbar in Interaktion tretenden Subjekten, zum einen das eigentliche Kindersubjekt und dann oftmals dissoziiert, anstelle des Objektes, das „dissoziierte Subjekt“, welches es ermöglicht, dass die konträren Positionen nun in einem dem eigentlich relevanten Objekt gegenüber geschützten Raum ausagiert werden können.

Somit ist das Kind Subjekt und „Pseudo-Objekt=dissoziiertes Subjekt“ zugleich. Es kann also Handelnder und Empfangender werden, und die gesamte selbstverletzende Verhaltensweise drückt dies symbolisierend in einem hohen Maße aus.

Hier ist das Kind und der Jugendliche mit einem handlungsrelevanten Gegenstand (z.B. Rasierklinge) in der aktiven Position und gleichzeitig der Empfänger eines Tuns, indem das Schlachtfeld das Agieren am eigenen Körper ist.

Im Grunde handelt es sich um eine „autistische Kommunikationsstruktur“, an der andere, im Besonderen die relevanten Bezugspersonen nur peripher beteiligt werden. Es muss jedoch betont werden, dass gerade das selbstverletzende Verhalten einen natürlich ausgeprägten kommunikativen und Aufforderungscharakter hat, so dass letztendlich, wenn auch auf der symbolischen Ebene, dem relevanten Objekt der tatsächliche Konflikt vorgeführt wird, ohne dass dieses miteregulierend beteiligt wird.

Die Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit als Beobachter von selbstverletzendem Verhalten hat in dieser Konstellation seine Quelle.

Man hat das Gefühl, gemeint zu sein, wird aber nicht wirklich angefragt oder beteiligt.

Diese Subjekt und „dissoziiertes Subjekt“ Konstellation ermöglicht es nun, auch neben den wieder getrennten und in autistische Kommunikation gebrachten Konfliktanteile unterschiedlichste Beziehungserfahrungen zu reinszenieren. Hier können sowohl Traumaerfahrungen reinszeniert werden, ohne dass tatsächlich andere Bezugspersonen hierzu verwandt oder aufgesucht werden müssen, auf der anderen Seite aber auch Mangelbeziehungen ausgeglichen werden.

So zeigt sich zum Beispiel, dass das Erleben von warmen fließendem Blut über die Haut für viele der sich selbst verletzenden Jugendlichen in keinsten Weise einen bestrafenden oder selbstzerstörerischen Charakter hat, sondern vielmehr einen vitalisierenden, wärmenden und nährenden Charakter beinhaltet.

Hier berichten die Betroffenen im Grunde von einer Selbstversorgungsstruktur, im besonderen dann, wenn die erhoffte und gewünschte Versorgung zumeist durch die leibliche Mutter nicht ausreichend war oder zumindest subjektiv von den betroffenen Kindern und Jugendlichen als nicht ausreichend erlebt und gedeutet wurde.

Im Grunde zeigt sich dann in dem selbstverletzenden Verhalten symbolisierend ein „Ich brauche Nichts!“, und auf der anderen Seite findet eine auf das Objekt bezogene beschämende und schuldzuweisende, von außen nicht mehr beeinflussbare Handlungskette statt, die letztendlich zur Selbstversorgung mit dem eigenen Blut, wenn schon die eigenen „Blutsverwandten“ nicht ausreichend zur Verfügung stehen, ermöglicht.

Im Rahmen schwerster Traumata, im besonderen durch vertraute Menschen, kommt es häufig zu einer sogenannten „Introjektion, dass heißt die Aufnahme der intentionalen psychischen Struktur des Täterobjektes in das betroffene Kind oder Jugendlichen.

Hier ergibt sich durch die Dissoziation - wie zuvor schon beschrieben - die Möglichkeit, das introjezierte Objekt und das betroffene Subjekt scheinbar voneinander zu trennen und eine Fortführung der Traumatisierung, **aber auch** eine gewisse Form von Distanz herstellen zu können. Dies erscheint zunächst einmal spannungsreduzierend und letztendlich entladend in der selbstverletzenden Handlungsweise.

Interessanterweise scheint Jungen die Möglichkeit zur Dissoziation nicht im gleichen Ausmaß zur Verfügung zu stehen, wie es für Mädchen der Fall zu sein scheint.

Im Rahmen von Traumatisierung bedeutet dies häufig, dass die Jungen nicht ausreichend in der Lage sind, Täterintrojekte zu dissoziieren und dann vielmehr eine Identifikation mit dem Täterintrojekt stattfindet und gleichschädliche Handlungen, wie die selbst erlebten anderen Objekten zugeführt werden.

Dies wird nicht zuletzt dadurch unterstützt, dass häufig eine Geschlechtsidentität zwischen Täter und Opfer besteht. Dies ist in dem umgekehrten Falle bei den Mädchen eher nicht der Fall, da es sich hier oftmals um traumatisierende Männer handelt.

Dennoch gibt es auch bei Mädchen zahlreiche traumatisierende Erfahrungen, insbesondere im psycho-emotionalen Bereich durch weibliche mütterliche Objekte, so dass eine Identifikation eigentlich nahe liegen könnte, sofern ein Introjekt zuvor vorgelegen hat. Dennoch scheint auch hier der dissoziative Verarbeitungs- und Regulationsmechanismus weiterhin im Vordergrund zu stehen.

An dieser Stelle muss noch einmal betont werden, dass der primäre Mechanismus der Introjektion ja letztendlich eigentlich dazu dienen sollte, dass nicht beherrschbare, äußere traumatisierende Objekt vielleicht doch innerpsychisch beherrschen zu können, da die äußere Situation eine von Ohnmacht und Hilflosigkeit geprägte Situation ist.

Somit kann das dissoziative, selbstverletzende Verhalten die erlebte Ohnmacht und Hilflosigkeit und das Ausgeliefertsein - welches Anspannung und innere Unruhe erzeugt - in Aktion, Handlungsmöglichkeit und Symbolisierung verwandeln.

Dies führt häufig zu einer Reduktion von Leere, Hilflosigkeit und Ohnmacht und einer Reduktion von Anspannung.

Außerdem kann somit non-verbal emotionaler Schmerz ausgedrückt werden. Dies ist scheinbar nicht bedrohlich für die relevanten Bezugspersonen, „da mit sich selbst ausgemacht“.

Reinszenierung in einem eigentlich sichereren Raum, als in der Wirklichkeit - man denke hier nur an die Reinszenierungsneigung sexuell traumatisierter Mädchen - und auch eine Zunahme an Kontrolle über das bisher Erlebte scheint in dem dissoziativen Selbstverletzungsverhalten möglich zu sein.

Darüber hinaus ermöglicht es einem, zwar dysfunktional, eine Abgrenzung von den relevanten Objekten, insbesondere dann, wenn diese eigentlich traumatisierend und nicht fürsorglich fördernd sind bzw. waren.

Das dissoziative Selbstverletzungsverhalten bietet somit einen Raum für sicheres Agieren von verbotenen Affekten und Impulsen, kann aber auch der Selbstversorgung und der Selbsttröstung bzw. der Selbstsicherung dienen.

Letztendlich beendet es Phänomene der Depersonalisation und Derealisation, und genau hier liegt die Schwierigkeit, da durch das Handeln im selbstverletzenden Verhalten und durch die Schmerzinduktion letztendlich es dann zu einer Beendigung der Dissoziation kommt und in dem Gewahrwerden der herbeigeführten Situation oftmals bei den Klienten erneut Scham und Anspannung sowie Schuldgefühle ausgelöst werden, die wiederum zu einer vermehrten inneren Unruhe und Konfliktspannung führen.

Hierin zeigt sich ein Teufelskreismuster, und letztendlich scheint dies auch einer der Mechanismen zu sein, der neben den körpernahen Phänomenen im Rahmen des Kortisol- und Endorphinsystems zu den typischerweise sich mit der Zeit entwickelnden Suchtverhaltens bezüglich des selbstverletzenden Verhaltens führt.

Im professionellen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten treten die unterschiedlichsten Übertragungsphänomene auf, welche letztendlich zu aus der Erfahrung ableitbaren Implikationen für die Gestaltung der professionellen Beziehung führen.

(siehe auch Resch 1998)

Hierzu sind dringend notwendig eine sichere tragfähige Beziehung, eine Implementierung Sicherheit und Geborgenheit gebender innerer (zum Beispiel durch Psychoimagination) und äußerer Räume.

Wichtig ist auch, die eigene Betroffenheit und die eigenen Motive zu überwinden und einen klaren therapeutischen Standpunkt einzunehmen, denn gerade Betroffenheit und eigene Motive können letztendlich den zuvor beschriebenen Rückzugsmechanismus der Jugendlichen aktivieren.

Bedeutsam ist auch das dringend notwendige Verstehen der paradoxen Symbolhaftigkeit und ein detaillierter Erwerb von biographisch-psychodynamischen Wissen, um letztendlich die Aktionssprache des selbstverletzenden Verhaltens wieder in eine zwischenmenschliche Sprache zu übersetzen und das Kind und den Jugendlichen erneut in eine interpersonale Kommunikation zu begleiten.

Weiterhin ist darauf zu achten, dass die Symbolisierungsfähigkeit ein breites Spektrum erfährt und neu gelerntes sicheres Körpererleben, insbesondere mit Förderung der „Sprechbarkeit“, die affektiven Erlebensweisen reintegrieren helfen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass selbstverletzendes Verhalten in hohem Maße beziehungsgefährdend ist. Und zwar gefährdet es die Beziehung zu sich selbst mit der Gefahr des Selbstverlustes im Rahmen der immer wieder auftretenden dissoziativen Prozesse und zu anderen, zu denen eigentlich eine Beziehung aufrecht erhalten werden soll.

Abschließen möchte ich mit einem Gedicht, welches in einem der zahlreichen Internetforen zu „Selbstverletzenden Verhalten“ zu finden waren.

Verdorben

Fängst du an zu weinen
Kommt ein Sturm herauf
Musst du einmal schreien
Wacht ein Kindlein auf

Springst du in den Abgrund
Schlägt es Feuerwände
Bist du manchmal ängstlich
Werden schwarz die Hände

Die Welt wird dich nicht mögen
Wenn du traurig bist
Dann wirst du zwanghaft fröhlich
Bis du dich vermisst

Willst du alles hassen
Gehen Blumen ein
Fühlst du dich betrogen
Werden Herzen Stein

Zeigst du deine Krallen
Geht die Sonne unter
Möchtest du allein sein
Fällt der Himmel runter

Verfasser: Black Venus

Wenn Du nimmst die Klinge
Sterben Engel bald
Trauert deine Seele
Wirds auf Erden kalt

Ist dir nicht nach Lachen
Werden Helden sterben
Sind deine Augen zornig
Wirds Paradies verderben

Zu beachten ist im besonderen die Empfindung der Überbedeutsamkeit für die Welt und die Identität der relevanten Bezugspersonen in der Umgebung. Hier werden unschuldige Kinder wach, Blumen gehen ein, Herzen werden zu Stein, Engel sterben, auf der Erde wird es kalt, Menschen werden mit schwarzen Händen ohnmächtig und handlungsunfähig, Helden sterben und das ganze Paradies sowie die Welt werden zugrunde gehen. Zuletzt kommt die Verfasserin zu dem Schluss, dass, wenn sie nicht das bietet, was sie meint, den anderen bieten zu müssen, damit diese ein unangegriffenes Dasein leben könnten, dass dann eine zwanghafte Persönlichkeitsveränderung notwendig ist, bei der man sich am Ende selbst vermissen müsste. Und genau dieser Prozess ist im Rahmen des selbstverletzenden Verhaltens von Kindern und Jugendlichen frühzeitig aufzugreifen und zu begleiten, damit es eben nicht zu einer Selbstverlustigkeit, wie es typischerweise für beginnende Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jungendalter der Fall ist kommt, sondern Revitalisierung und Wiederaufnahme adäquater zwischenmenschlicher Kommunikation möglich werden.