AUTOAGGRESSIVES VERHALTEN BEI JUGENDLICHEN – AUFTRETEN, URSACHEN UND THERAPIEANSÄTZE

VON CHRISTIAN GREDIG

JAHRGANG 2007 / 2008 AM MAX-PLANCK-GYMNASIUM GELSENKIRCHEN
FACHSCHAFT PÄDAGOGIK

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 3

2. Selbstverletzendes Verhalten 4

2.1. Formen der Autoaggression 5

2.2. Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen 5

3. Erklärungsansätze zu autoaggressivem Verhalten 6

3.1. Entwicklung von selbstverletzendem Verhalten 6

3.2. Psychoanalytischer Ansatz nach Erikson 7

3.3. Soziologisch-psychologischer Ansatz nach Levenkron 8

4. Wege aus selbstverletzendem Verhalten 9

4.1. Erkennung von Betroffenen 9

4.2. Empfohlene Verhaltensweisen – Motivation zur Therapie 10

4.3. Psychoanalytischer Therapieansatz 11

4.4. Weitere Therapieansätze 12

4.5. Einsatz von Medikamenten 13

5. Fazit 14

6. Literaturverzeichnis 15

1. EINLEITUNG

Der Pädagogikunterricht in der Stufe 12 sieht für das erste Halbjahr die psychoanalytische Betrachtung der Entwicklungsstufen des Kindes und die Erarbeitung gewöhnlicher Krisen und möglicher Störungen vor. Diese Störungen werden nach den Modellen von Freud und Erikson erklärt. Für das zweite Halbjahr stehen nun die intensive Betrachtung der Adoleszenz und der Jugendkrisen auf dem Lehrplan.

Wenn die jugendliche Entwicklung nicht ordnungsgemäß verläuft und Konflikte auftreten, kommt es schnell zu drastischen Verhaltensweisen. Persönlichkeitskonflikte können durch die komplexe Entwicklung in der Jugendzeit auftreten, ebenso Beziehungskrisen und Konflikte mit den Eltern. Gleichermaßen können aber auch Entwicklungsstörungen aus früheren Jahren zum Tragen kommen, beispielsweise Misshandlungen in der Kindheit.[1]

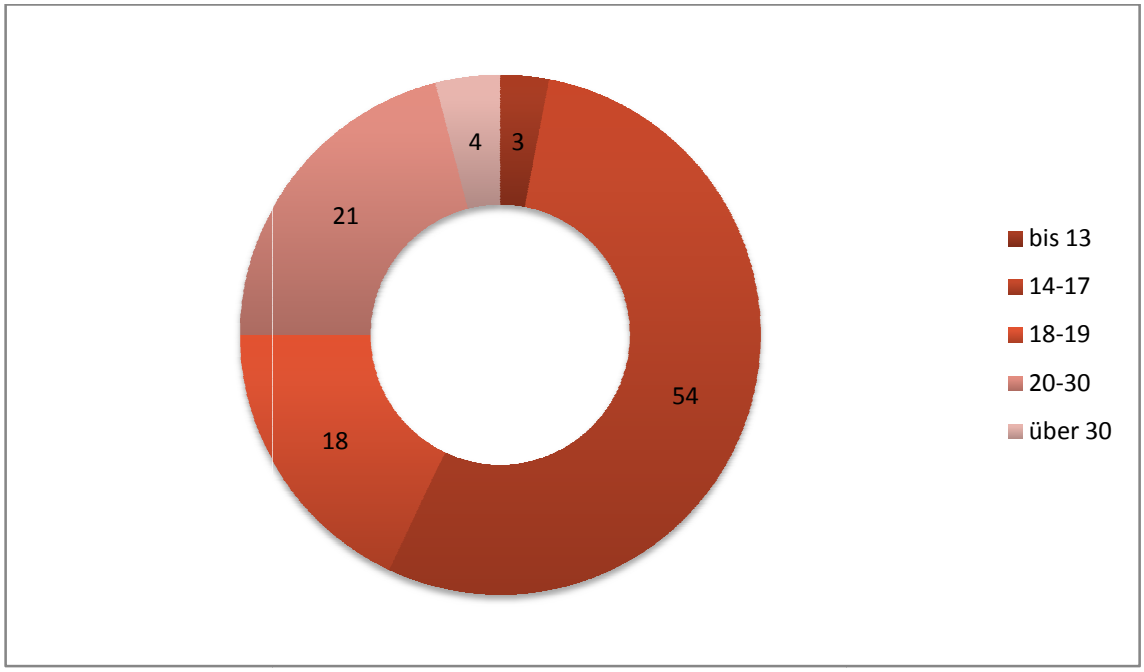
Wenn diese Krisen nicht auf normalem Wege bewältigt werden können, zum Beispiel im Gespräch mit den Eltern, Freunden oder anderen Vertrauenspersonen, kann es zu psychischen Störungen und krankhaften Verhalten kommen. Eine Möglichkeit, die sich schon fast trendartig unter Jugendlichen verbreitet, ist das sogenannte *Ritzen* (Schneiden in die eigene Haut), welches zu selbstverletzendem (autoaggressivem) Verhalten zählt. Doch gerade die durch die Pubertät und die damit einhergehenden Veränderungen ohnehin schon in besonderer Weise anfälligen Jugendlichen sind selten zu einer Therapie bereit, häufig zeigen sie ihren inneren Schmerz der Außenwelt gar nicht. Daher gilt es, mögliche Gefahren und eventuell bereits vorliegendes gestörtes Verhalten früh zu erkennen und nach Möglichkeit zu vermeiden bzw. zu lindern und im besten Fall ein normales Verhalten wieder herzustellen.

Durch einen konkreten Fall in meinem eigenen Bekanntenkreis entschloss ich mich diese Facharbeit zum Thema Selbstverletzung zu verfassen. Sie beschäftigt sich nach einer allgemeinen Darstellung ausführlich mit der Analyse von selbstverletzendem Verhalten, um anschließend herauszuarbeiten, wie einem krankhaften Verlauf dieses Verhaltens vorgebeugt werden kann. Abschließend werden mögliche Therapieansätze dargestellt und Maßnahmen zur Unterstützung einer Therapie aufgezeigt.

[1] (Bubolz, 2000)

2. SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Im einleitenden Abschnitt wurde stets von Jugendlichen gesprochen, nie jedoch von Erwachsenen. Dem liegt zu Grunde, dass vorwiegend Jugendliche von dieser Verhaltensweise betroffen sind; konkret lassen sich die inzwischen auf 600.000 bis 1,2 Millionen[2] geschätzten Betroffenen in Deutschland in folgende Altersgruppen einteilen (Angaben in Prozent). [3,6]



Altersverteilung der von selbstverletzendem Verhalten Betroffenen in Deutschland

„Gut die Hälfte der Selbstverletzer beginnt im Alter von bis zu 14 Jahren mit SVV, das entspricht der Hochpubertät der Mädchen; etwa 90% der Betroffenen beginnen vor dem 18. Lebensjahr sich zu verletzen.“[4] Ein überwiegender Teil der Betroffenen ist weiblich, das Verhältnis weiblich zu männlich wird dabei auf 3:1 bis 9:1 geschätzt.[5,6,7]

Aufgrund der Tatsache, dass sich Personen, die sich selbst verletzen, selten selbst und nicht viel häufiger durch den Einfluss anderer zu einer Therapie entscheiden, und weil es verschieden stark ausgeprägte Formen der Selbstverletzung gibt, ist es kaum

[2] (Rote Linien, 2007)
[3] (Rote Linien - Umfrage, 2007)
[4] (Rote Linien, 2007)
[5] (Kraatz, 2005)
[6] An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich die Statistiken zwar teilweise auf möglicherweise nicht ausreichend repräsentative Webseiten berufen, jedoch im Web und in der Literatur durchgehend in dieser oder ähnlicher Form genannt werden und daher als repräsentativ angenommen werden können.
[7] (Wikipedia: Selbstverletzendes Verhalten, 2008)

festzulegen, wie viele Fälle es tatsächlich gibt. In den verschiedenen Medien tritt immer wieder die Angabe auf, dass sich etwa ein Prozent der deutschen Bevölkerung in einem längerfristigen Maß selbst verletzt. Die Dunkelziffer liegt jedoch möglicherweise höher, da ein großer Teil der betroffenen Personen keine offene, sondern heimliche Selbstverletzung ausführt.[8]

2.1. FORMEN DER AUTOAGGRESSION

Die sicherlich häufigsten Formen der Selbstverletzung sind das Schneiden in die eigene Haut (*Ritzen*) und das Verbrennen derselben. Außerdem werden in der Literatur Fälle genannt, bei denen Patienten ihre Haut mit Hilfe von starken Reinigungsmitteln oder Chemikalien verätzt haben und Wunden am Heilen hindern oder sogar Komplikationen erzwingen, etwa durch das Einführen von Urin in das eigene Blut oder das ständige erneute Öffnen von Wunden. In einigen Fällen wurden Gegenstände in den Körper eingeführt, um innere Verletzungen hervorzurufen, was schnell lebensbedrohliche Zustände herbei führt.[8] Alle äußeren Formen der heimlichen Selbstverletzung werden an Stellen durchgeführt, die sich leicht verstecken lassen; so vermeiden die Betroffenen auf ihre Verletzungen angesprochen zu werden, da es ihnen oft unangenehm ist, als Selbstverletzer erkannt zu werden. Anders bei der offenen Selbstverletzung, die darauf abzielt, gesehen zu werden; dieses Phänomen wird in Abschnitt 3 weiter erläutert.

Das Ausreißen von Haaren ist grundsätzlich eine eigene Störung (Trichotillomanie), auf die hier aber aufgrund des seltenen Auftretens nicht weiter eingegangen wird. Hingegen wird das Beißen, typischerweise in Arme und Beine, durchgehend zu autoaggressivem Verhalten gezählt, da es direkt die Verletzung der Haut betrifft.[9,10,11]

2.2. ZUSAMMENHÄNGE MIT ANDEREN ERKRANKUNGEN

Autoaggressives Verhalten ist selten als alleinige psychische Störung anzutreffen, viel mehr tritt es als Begleiterscheinung einer bereits vorhandenen Störung auf. Ein extremes Beispiel hierfür ist das Borderline-Syndrom, welches auch Selbstverletzung

[8] (Eckhardt, 1994)
[9] (Levenkron, 2001)
[10] (Kraatz, 2005)
[11] (Wikipedia: Selbstverletzendes Verhalten, 2008)

beinhalten kann; außerdem treten Magersucht (Anorexia nervosa), Bulimie, Zwangsneurosen und Depressionen häufig mit SVV gekoppelt auf, hier zudem mit der Gefahr, dass die Autoaggression zur „Hauptstörung“ wird. Psychologen sprechen von vollausgeprägtem selbstverletzenden Verhalten, wenn dieses die anderen Symptome übertrifft. Einhergehend mit der vollen Ausprägung dieses Verhaltens können kognitive Störungen wie Gedächtnisverlust auftreten. Schlussendlich kann ein intensives selbstverletzendes Verhalten zur Sucht werden.[12]

3. ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZU AUTOAGGRESSIVEM VERHALTEN

In diesem Abschnitt geht es um zwei Fragen, die auftreten, wenn man sich mit selbstverletzendem Verhalten beschäftigt: *Was sind die Erklärungen für ein solches Verhalten?* und *Warum ausgerechnet Selbstverletzung und nicht eine andere Störung?*

3.1. ENTWICKLUNG VON SELBSTVERLETZENDEM VERHALTEN

Grundlegend wird unterschieden zwischen der schwer zu behandelnden dissoziativen Autoaggression und der nicht-dissoziativen.[13] Bei der dissoziativen dient der Schmerz als Mittel zum Zweck der Betäubung als Art einer Selbstbehandlung und zur Unterdrückung seelischer Schmerzen, da in manchen Fällen durch das Verletzen Endorphine ausgeschüttet werden. In extremeren Fällen, bei denen die Betroffenen in Trance verfallen können, dient die Verletzung auch der Persönlichkeitsveränderung und geistigen Ablenkung. In beiden Fällen spricht man von *heimlicher Selbstverletzung*. Anders bei der nicht-dissoziativen Form, hier ist der Schmerz das Ziel – er kann der Verbindung mit Personen, die diesen Schmerz bereits früher verursacht haben, dienen; dies ist häufig der Fall, wenn Misshandlung vorlag oder vorliegt, denn dabei vermischen sich positive Emotionen zu den misshandelnden Personen mit den durch die Misshandlung verursachten negativen (siehe auch 3.2). Andererseits kann der Schmerz aber auch als Angriff auf nahestehende Personen dienen, die durch den Anblick der selbst zugefügten Verletzung aufmerksam gemacht oder verletzt werden sollen. In diesem Fall würde man von einer *offenen Selbstverletzung* sprechen.

[12] (Levenkron, 2001)
[13] (Levenkron, 2001, S. 114-115)

Außerdem kann Selbstverletzung einen Ersatz für die Ausübung von Aggressionen gegen andere Personen darstellen. [14]

Der Auslöser zum Beginn eines selbstverletzenden Verhaltens ist in der Regel die Erfahrung, dass selbst zugefügter Schmerz den oben genannten Zielen dient. Bei starken ausgelebten Wutattacken, wie sie im Alltag durchaus auftreten können und bei denen mitunter auch Einrichtungsgegenstände zerstört werden, treten auch Schläge mit der Faust oder dem Kopf gegen die Wand auf, die dann möglicherweise als hilfreich gegen die Aggression entdeckt werden und auch in anderen Formen ausgeübt werden.[15]

3.2. PSYCHOANALYTISCHER ANSATZ NACH ERIKSON

Mit dieser Betrachtung des Erwerbs von selbstverletzendem Verhalten durch Lernen wird auch deutlich, warum Autoaggression sich so häufig aus anderen verbreiteten Störungen entwickelt; es wird mit der Zeit als effektiver Ersatz oder als Ergänzung zu einem anderen Verhalten wie Magersucht oder Bulimie erlernt.

Nach dem Modell zur Psychoanalyse nach Erikson[16] sind mögliche Gründe für solche Verhaltensweisen in der fehlgeschlagenen Bewältigung früherer Krisen zu finden. Dies kann eine nicht erfolgte Bildung des Urvertrauens eines Kindes zu seinen Eltern sein (dieses bildet sich typischerweise in den ersten beiden Lebensjahren aus), als auch ein fehlendes Selbstwertgefühl oder mangelndes Selbstvertrauen. Zu Störungen in diesen Entwicklungskrisen können, wenn sie nicht angemessen behandelt und beseitigt werden, schon einfache Probleme wie Schwierigkeiten in der Schule oder Konflikte mit Lehrern oder Gleichaltrigen führen. Ebenso störend für eine ordnungsgemäße Entwicklung des Kindes bis zur Pubertät können aber auch familiäre Probleme (finanzielle Belastungen, schwere Krankheiten oder Behinderungen, Beziehungsprobleme zwischen den Eltern, Alkoholismus, Drogen) sein, wenn diese in entscheidenden Entwicklungsphasen des Kindes auftreten (vor der Pubertät bis etwa zum zwölften Lebensjahr).

[14] (Levenkron, 2001, S. 114-115)
[15] (Levenkron, 2001, S. 46)
[16] (Bubolz, 2000)

Ab dem Beginn der Pubertät können diese Störungen in der Entwicklung zum Tragen kommen, was zur Folge hat, dass beim Kind oder Jugendlichen seelische Probleme durch fehlende Geborgenheit in der Familie oder eigene Minderwertigkeitsgefühle auftreten und im schlimmsten Fall in eine der oben genannten Verhaltensweisen münden.

Wenn während der Adoleszenz selbst Konflikte auftreten (wie zu Beginn genannt), kann dies zu einer Rollendiffusion und mangelhafter Ausbildung der eigenen Identität führen. Dazu bedarf es nicht einmal besonderer Anlässe, denn die Konflikte, deren mangelhafte Lösung zu den genannten Fehlentwicklungen führen kann, sind die für die Adoleszenz typischen: Körperliche Veränderungen, Abschluss der Schullaufbahn und Konflikte mit den Eltern über den eigenen Lebensstil.[17] Hier tritt auch ein Grund auf, warum so viele Mädchen betroffen sind, die eine sehr viel deutlichere Entwicklung ihres Körpers durchleben. Viele Mädchen richten Aggressionen gegen ihren Körper, um dessen Entwicklung zu unterbinden oder zu bekämpfen, weil sie dessen Veränderungen, die sie nicht kontrollieren können (Entwicklung der Geschlechtsmerkmale, Einsetzen der Regelblutung), nicht akzeptieren können.[18]

3.3. SOZIOLOGISCH-PSYCHOLOGISCHER ANSATZ NACH LEVENKRON

Einen Erklärungsansatz, der sich nicht in einem so umfangreichen Maße auf die kindliche Entwicklung stützt wie der von Erikson, liefert Steven Levenkron.[19] Hier werden zwei Fälle behandelt; zunächst einmal das Auftreten von familiären Problemen, die oben bereits genannt wurden, zu denen auch psychische Krankheiten der Eltern (vor allem Depressionen) und der Tod eines Elternteils zählen. Diese Probleme (gerade finanzielle) können dazu führen, dass bei mehreren Geschwistern eines benachteiligt wird, was nicht nur dazu führt, dass dieses die Benachteiligung erkennt und dementsprechend Ungerechtigkeit fühlt, sondern auch dazu, dass beide Geschwister die Schuld für die Ungerechtigkeit auf sich ziehen. Werden auf Seiten der Eltern Schuldgefühle bemerkbar, kann dies auf der Seite der Kinder zu einer gewissen Macht gegenüber den Eltern führen, die allerdings zum Verlust des Sicherheitsgefühls führt, wie auch im ersten Beispiel. Im Fall von Depressionen bei den Eltern, welche

[17] (Slaikev & Lawhead, 1990, S. 215ff.)
[18] (Eckhardt, 1994)
[19] (Levenkron, 2001, S. 137-151)

häufig zu Vernachlässigung führen, kann es zu Frustration bei den Kindern kommen, wenn diese zwar Wut auf die vernachlässigenden Eltern aufbauen, gleichzeitig aber erkennen, dass diese ungerechtfertigt ist.

In allen genannten Beispielen können psychische Störungen bei den Kindern auftreten, seien es Essstörungen, Selbstverletzung oder andere psychische Erkrankungen. Im Fall vom Verlust des Sicherheitsgefühls und mangelnder Geborgenheit dienen diese Verhaltensweisen zur Wiederherstellung einer minimalen Sicherheit (hier kann es vorkommen, dass Kinder sich selbst bestrafen, um zumindest die Sicherheit der eintretenden Strafe zu haben), außerdem kann ein selbstverletzendes Verhalten dem Abbau von Frust oder dem Schutz der Eltern vor weiterer Belastung dienen.

Der zweite der oben angesprochenen Fälle ist (extremer verbaler, körperlicher oder sexueller) Missbrauch im Kindesalter. Außer den bereits behandelten Störungen der Entwicklung, die durch Missbrauch auftreten können, kann es vorkommen, dass das Kind erkennt, dass es soziale Tabus akzeptiert hat und sich deshalb Vorwürfe macht (dies geschieht typischerweise etwa bei Eintreten der Pubertät).[20]

4. WEGE AUS SELBSTVERLETZENDEM VERHALTEN

4.1. ERKENNUNG VON BETROFFENEN

Aufgrund der Tatsache, dass Menschen, die sich selbst verletzen, ihre Verletzungen und Narben aus „Scham und Angst vor sozialer Ächtung“[21] verstecken, kann ein solches Verhalten eher an den in 2.2 bereits genannten begleitenden Krankheiten und zum Teil an einigen Verhaltensauffälligkeiten festgemacht werden. Dabei ist aber darauf zu achten, nicht an jeder Auffälligkeit direkt ein autoaggressives Verhalten festzumachen.

Zunächst ist zu beachten, dass Menschen, die sich allein gelassen fühlen und daher selbst verletzen, nicht unbedingt allein gelassen wirken oder besonders unauffällig sind. Sie sind durchaus in Gesellschaft anzutreffen und verhalten sich möglicherweise sogar sehr extrovertiert. Nur innerlich fühlen sie sich allein gelassen, da sie zwar

[20] (Levenkron, 2001, S. 172-173)
[21] (Levenkron, 2001, S. 24)

möglicherweise durchaus soziale Kontakte haben, aber keinen richtigen Freund, dem sie sich mitteilen können und mit dem sie über ihre Emotionen reden können.[22]

Auch die von der Gesellschaft oft vermutete Annahme, psychisch kranke Schüler würden in ihren Noten auffällig werden, erweist sich als falsch. Eine typischerweise eher auftretende Auffälligkeit ist ein starker Unterschied zwischen bevorzugten Fächern, in denen Höchstleistungen erbracht werden, und für den Betroffenen uninteressanten Fächer, die komplett vernachlässigt werden.

Ein sehr eindeutiges Merkmal tritt bei Personen mit Schuldgefühlen auf, wie sie weiter oben beschrieben wurden; diese Personen entschuldigen sich sehr häufig, teilweise so oft, dass für das Umfeld unangenehm werden kann. In diesem Fall darf nicht ärgerlich reagiert werden, denn das würde die Person mit der Erkrankung in ihren Schuldgefühlen bestätigen.[23]

Insgesamt lässt sich sagen, dass bei Personen, die sich selbst verletzen, selten deutliche Merkmale auftreten, an denen sich das Verhalten erkennen lässt; es kann also nur grundsätzlich eine mögliche psychische Störung über mangelndes Selbstbewusstsein, schlechtes (familiäres) Umfeld oder die oben genannten Auffälligkeiten vermutet werden.

4.2. EMPFOHLENE VERHALTENSWEISEN – MOTIVATION ZUR THERAPIE

Um nun einem solchen Menschen angemessen zu begegnen und sein möglicherweise vorhandenes krankhaftes Verhalten nicht noch zu verstärken, sollten einige möglicherweise selbstverständlich erscheinende Regeln ganz bewusst eingehalten werden. Da eine Therapie deutlich erschwert wird, wenn das Verhalten schon längere Zeit andauert, empfiehlt es sich grundsätzlich, möglicherweise vorhandene oder aufkommende Störungen im Keim zu ersticken. Sobald eine ausführlichere Behandlung nötig wird, ist es dringend erforderlich, einen Therapeuten aufzusuchen; andernfalls kann im Falle eines Scheiterns der wohlwollenden Bezugsperson diese zum Symbol von Versagen werden und fortan keine Hilfe mehr darstellen.

[22] (Levenkron, 2001, S. 48)
[23] (Levenkron, 2001, S. 48-49)

Für alle, die mit der gefährdeten Person Kontakt haben, gilt es, ein *gesundes Elternverhalten* zu zeigen – oftmals ist das Fehlen ruhiger, vertrauensvoller Eltern ein entscheidender Grund für eine psychische Störung. Dazu gehören vor allem Zuverlässigkeit und Autorität sowie Zuwendung, um der betroffenen Person Sicherheit zu bieten. Auch vorbeugend ist es wichtig einem Kind zu vermitteln, wie es Emotionen ausdrücken kann, sonst kann es noch im Erwachsenenalter vorkommen, dass bedrückende Gefühle nicht in Worte gefasst werden können, weil die Sprache dafür fehlt.[24] Das Ausdrücken von Problemen ist eine essentielle Fähigkeit für jeden Menschen; alle Bezugspersonen sollten daher darauf achten, Probleme zur Sprache zu bringen und ruhig, geduldig und sachlich darüber zu sprechen. Außer dem Gefühl der Sicherheit sollten Verständnis und Persönlichkeitsbewusstsein vermittelt werden, das heißt, die betroffene Person muss merken, dass ihre Bezugspersonen um das Vorhandensein einer Persönlichkeit wissen. "Die Krankheit, deren Opfer sie [die Betroffene] wird, ist nicht ihre Identität."[25] Die (vermutete) Krankheit darf also nicht der Mittelpunkt der Umstehenden sein, viel mehr muss die Persönlichkeit beachtet werden. Im Fall einer tatsächlichen Störung sind damit verbunden auch der sachliche Umgang mit der Krankheit und das Vermeiden von Dramatisierung und Vorwürfen wegen der Krankheit erforderlich; alle Betroffenen sollten stets daran denken, dass sie es mit einer psychisch kranken Person zu tun haben. Wenn auf dieser Basis Vertrauen einer gefährdeten Person zu einer Bezugsperson geschaffen wurde, wird diese Bezugsperson auch eher in der Lage sein, mögliche Gefahren zu entdecken und gegebenenfalls eine Therapie vorzuschlagen und die Zustimmung des Betroffenen zu erreichen.

4.3. PSYCHOANALYTISCHER THERAPIEANSATZ

Auch für Therapeuten gelten diese Verhaltensregeln, und auch der am häufigsten praktizierte und effektivste, der psychoanalytische Therapieansatz geht in diese Richtung.[26] Diese Form der Therapie setzt darauf, eine Beziehung auf Vertrauensbasis zum Patienten aufzubauen, um über Probleme sprechen zu können. In der Tat kann viel gewonnen werden, wenn die betroffene Person jemanden findet, dem sie ihre

[24] (Levenkron, 2001)
[25] (Levenkron, 2001, S. 67)
[26] (Eckhardt, 1994, S. 170)

Probleme mitteilen kann. Dies heißt nicht, dass alle Probleme aus dem Weg geschafft sind, wenn sie erst einmal ausgesprochen wurden, aber es ist ein großer Schritt zu Anfang. Anschließend kann offen und sachlich über das Verhalten gesprochen werden, ohne es zu dramatisieren.

Eine psychoanalytische Therapie basiert auf Verständnis, Zuversicht und Vertrauen, entspanntem, zwanglosem Reden ohne Angst vor der Krankheit und sachlichem Umgang mit dieser durch Fachwissen. Sie erfordert oft mehrere Jahre, daher ist es für die Umstehenden wichtig, dem Patienten Geduld und Verständnis entgegen zu bringen. Wenn Ärger über den Kosten- oder Zeitfaktor aufkommen würde, könnte dieser Schuldgefühle auslösen und möglicherweise zu einem Abbruch der Therapie führen.[27] Außerdem müssen alle Personen im Umfeld des Behandelten bedenken, dass sie es mit einer Krankheit zu tun haben und daher möglicherweise keinen Dank für ihr verständnisvolles Verhalten bekommen. Sind diese Bedingungen jedoch gegeben, verspricht eine psychoanalytische Therapie einen hohen Erfolg.

4.4. WEITERE THERAPIEANSÄTZE

Außer der verbreiteten psychoanalytischen Therapie gibt es zwei weitere, konkretere und daher gelegentlich sinnvollere Therapieansätze. Um einen besseren Zugang zu der Persönlichkeit des Patienten zu erreichen, empfiehlt es sich manchmal, eine Gestaltungstherapie durchzuführen. Bei dieser wird den Betroffenen die Möglichkeit gegeben, sich ohne Worte auszudrücken und so den Therapeuten mitzuteilen, wie sie sich fühlen und wo Probleme liegen. Jegliche Art kreativer Betätigung ist hier möglich; Betroffene können sich in Bildern, modellierten Figuren und anderen Werken ausdrücken. Die so entstandenen Werke werden von fachkundigen Therapeuten gedeutet und lassen so möglicherweise Rückschlüsse auf Gefühle und Gedanken der behandelten Personen zu.[28]

Bei autoaggressivem Verhalten aufgrund einer Abneigung gegen den eigenen Körper, wie es häufig bei weiblichen Betroffenen auftritt, die die Entwicklung ihrer Geschlechtsmerkmale nicht akzeptieren können, ist es möglich, eine Körpertherapie durchzuführen. Hier wird bewusst die Wahrnehmung des Körpers geschult, um

[27] (Levenkron, 2001, S. 214-215)
[28] (Eckhardt, 1994, S. 194-204)

Abneigungen oder Gefühle von Hässlichkeit abzubauen. Bei einem positiven Verlauf kann es hier sogar zu Trauer um den eigenen Körper kommen, „und zwar dann, wenn die Selbstbeschädigung im Verlauf der Therapie nachlässt und aufgegeben werden kann und der Verlust des heilen, nichtbeschädigten Körpers bewusst wird.“ In diesem Fall ist eine Heilung anzunehmen, da die betroffene Person erkannt hat, dass ihr Verhalten weder richtig noch nützlich war.[29]

4.5. EINSATZ VON MEDIKAMENTEN

Im Gegensatz zu verschiedenen Therapien ist der Einsatz von Psychopharmaka bei selbstverletzendem Verhalten in der Regel nicht empfehlenswert. Dies liegt zum einen daran, dass sie schlicht keine Wirkung erzielen, als auch daran, dass sie sogar zu einer Verschlechterung des Verhaltens beitragen können, wenn Patienten Medikamente sammeln und in überhöhten Dosen einnehmen.

Sollten andere psychische Erkrankungen vorliegen, kann es im Einzelfall empfehlenswert sein, Psychopharmaka einzusetzen, um die das autoaggressive Verhalten begleitenden Erkrankungen abzubauen. Dies ist häufig bei Depressionen der Fall, kann aber auch bei dauerhaften aggressiven Anspannungen sinnvoll sein. Zuletzt empfehlen sich medikamentöse Behandlungen von Störungen, die das selbstverletzende Verhalten begünstigen, wie zum Beispiel Schlafstörungen.[30]

[29] (Eckhardt, 1994, S. 206)
[30] (Eckhardt, 1994, S. 209-210)

5. FAZIT

Während dieser Untersuchung autoaggressiven Verhaltens haben sich einige Aspekte der ursprünglichen Zielsetzung dieser Facharbeit geändert. Es zeigte sich, dass im Fall einer tatsächlichen Störung und nicht nur einer kurzfristigen Erscheinung professionelle Hilfe kaum umgehen lässt. Im Fall von früh erkannten Anfängen selbstverletzenden Verhaltens kann dieses theoretisch bekämpft werden, problematisch wird dieses jedoch dadurch, dass die Gründe oft familienintern zu suchen sind. In vielen nach außen heil wirkenden Familien sind tiefgreifende psychische Störungen vorhanden, die oftmals vom Fehlverhalten der Eltern ausgehen. Nicht vorhandenes Vertrauen kann hier schnell zu Fehlentwicklungen bei den Kindern kommen.

Dieser negativen Aussage lässt sich entgegen setzen, dass in Familien, in denen tatsächliches echtes Vertrauen vorhanden ist und über Probleme und Differenzen geredet und sachlich diskutiert wird, selten gestörtes Verhalten auftreten wird, da es im Keim erstickt würde. Es zeigt sich erneut, dass soziale Bindungen für einen gesunden Menschen erforderlich sind.

Teilweise ungeklärt bleibt die Tatsache, dass ein extrem hoher Anteil der sich selbst verletzenden Personen weiblich ist. Zwar wurden im Rahmen dieser Facharbeit mögliche Gründe in der körperlichen Entwicklung während der Pubertät gefunden, ungeklärt ist jedoch, warum diese bei Jungen so viel seltener zu psychischen Störungen führt. In diesem Bereich sind weitere Nachforschungen anzustellen.

Der konkrete Anlass für diese Facharbeit ist während des Schreibens nichtig geworden. Die betroffene Person zeigt kein selbstverletzendes Verhalten mehr – negative Umstände haben sich zum Guten gebessert, das soziale Umfeld hat schnell reagiert und eine negative Weiterentwicklung konnte vermieden werden. Dies bestätigt die Ergebnisse dieser Facharbeit – Selbstverletzung kann sich zur ernst zu nehmenden schweren Störung entwickeln, mit entsprechendem Wissen und korrektem Umgang mit den eigenen Mitmenschen kann es aber schnell vermieden werden.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Bubolz, G. (2000). Das Modell psychosozialer Entwicklung nach Erik H. Erikson. In G. Bubolz, *Lernen und Entwicklung* (pp. 88-105). Berlin: Cornelsen.

Eckhardt, A. (1994). *Im Krieg mit dem Körper.* Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Helm, C. (2007). Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und der Umgang durch professionelle Bezugspersonen. *Heilpädagogik online* (1), 35-66.

Kraatz, A. u. (2005). *Zum Begriff SVV*. Retrieved Februar 9, 2008, from Der Drang sich selbst zu spüren: http://www.4kraatz.de/svv1.html#kap1

Levenkron, S. (2001). *Der Schmerz sitzt tiefer.* (K. Petersen, Trans.) München, Deutschland: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Rote Linien - Umfrage. (2007, März). *Umfragen zu SVV*. Retrieved Februar 9, 2008, from Rote Linien: http://www.rotelinien.de/stat-gesamt.pdf

Rote Linien. (2007, März 23). *Information: Rote Linien*. Retrieved Februar 9, 2008, from Rote Linien. Kontakt- und Informationsforum für SVV-Angehörige: http://www.rotelinien.de/information.html

Slaikev, K., & Lawhead, S. (1990). *Der Phönix-Faktor.* München: mgv-Verlag.

Wikipedia: Selbstverletzendes Verhalten. (2008, Januar 3). *Selbstverletzendes Verhalten*. Retrieved from Wikipedia - die freie Enzyklopädie: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Selbstverletzendes_Verhalten&oldid=40751626

Ich erkläre, dass ich die Facharbeit ohne fremde Hilfe angefertigt und nur die im Literaturverzeichnis angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.