

Selbstverletzendes Verhalten bei Frauen Erklärungsansätze und Konsequenzen für die soziale Arbeit

Diplomarbeit im Studiengang Sozialwesen
an der Fachhochschule Kiel

vorgelegt von
Doris Neppert
Kiel, Juni 1998

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
0 Einleitung.....	3
1 Selbstverletzendes Verhalten - eine Einführung.....	5
2 Selbstverletzendem Verhalten zugrundeliegende psychiatrische Diagnosen.....	21
3 Das Erleben der Frauen.....	38
4 Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten.....	46
5 Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens für die Betroffenen 	71
6 Grundsätzliche Bedingungen für das Auftreten von Selbstverletzendem Verhalten aus feministischer Sicht. 	80
7 Konsequenzen für die sozialpädagogische Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen.....	122
8 Schluß.....	147
Literaturliste.....	148

0 Einleitung

Mein Interesse an dem Thema Selbstverletzendes Verhalten stammt zum einen aus diversen persönlichen Erfahrungen mit diesem Phänomen, sowie meiner Praktikumstätigkeit bei Lotta e.V. - psychosoziale Betreuung von jungen Frauen in Wohngruppen. Während meiner Studienbegleitenden Praxis 2 bestand meine Aufgabe vor allem in der Betreuung der Frauen im Freizeitbereich (z.B. Kinobesuche, gemeinsames Kochen), und meine Anleiterin verschaffte mir einen Einblick in die Beratungstätigkeit, indem ich nach vorheriger Absprache an einigen Gesprächen teilnehmen konnte oder sie mir im nachhinein von den Beratungsstunden berichtete und mir ihre Gesprächsstrategien und Methoden erklärte. In den Gesprächen ging es auch oft um Selbstverletzungen und den Umgang damit. Einige der Frauen verletzten sich selber, viele hatten schon Erfahrung damit. Ich hatte ein paarmal die Gelegenheit mit Frauen über ihre selbstverletzenden Handlungen sprechen zu können. Desweiteren wurden mir viele Probleme des Umgangs bewußt durch meine Teilnahme an den Teambesprechungen. Meine Gefühle während der Arbeit mit den Frauen waren geprägt von Faszination, Unglaube, Wunsch nach Abgrenzung und Wut. Probleme gab es auch immer wieder mit Ärztinnen und Ärzten, die unsere Klientinnen im Rahmen einer Notaufnahme in der Ambulanz wegen Schnittverletzungen behandelten. Viele verstanden die Symptomatik nicht und begegneten den Frauen mit Worten oder einer Haltung, die ausdrückte, daß sie die Frauen für verrückt hielten oder ihnen die Schuld daran zuschrieben. Der Versuch, besser mit meinen Gefühlen den Frauen gegenüber klarzukommen, führte mich auf eine Suche nach Erklärungen für Selbstverletzendes Verhalten. Daraus ist diese Arbeit entstanden. Auf meiner Suche nach Literatur fiel mir auf, daß es kaum feministische Erklärungsansätze gab und der Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Selbstverletzendem Verhalten zwar oft angedeutet, aber nicht analysiert wurde; es wurden daraus auch keine Konsequenzen gezogen oder Forderungen an die Forschung gestellt, sich diesem Zusammenhang mehr zu widmen. Mir ist es wichtig, diesen Zusammenhang genauer zu beleuchten, um aufzuzeigen, daß Selbstverletzendes Verhalten auch eine typische (logische) Folge Sexuellen Mißbrauchs ist und somit zu zeigen, daß das wirksamste Mittel zur Prävention eine Veränderung im Herrschaftsverhältnis zwischen Männern und Frauen wäre, in dem Sinne, daß Gewalt gegen Frauen nicht mehr möglich ist.

Im ersten Kapitel nehme ich eine Begriffsklärung vor, da die zitierten AutorInnen zum Teil unterschiedliche Termina für dasselbe Phänomen verwenden. Ich beschreibe Selbstverletzendes Verhalten und grenze es von anderen Formen von autoaggressivem Verhalten ab. Danach komme ich zum Erscheinungsbild, nenne u.a. die Methoden, die Lokalisation, die Frequenz und die Prävalenz von Selbstverletzendem Verhalten. Im zweiten Kapitel ordne ich Selbstverletzendes Verhalten verschiedenen psychiatrischen Diagnosen zu, da es häufig im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten auftritt und Kenntnisse über die zugrundeliegenden Krankheitsbilder meines Erachtens wichtig sind für das Verstehen und Einordnen dieses Symptoms.

Mit dem dritten Kapitel versuche ich, das Erleben der sich selbst verletzenden Frauen verständlicher zu machen, ich beschreibe typische Abläufe einer Selbstverletzungshandlung und lasse betroffene Frauen selber zu Wort kommen.

Im vierten Kapitel stelle ich verschiedene Erklärungsansätze dar, die ich zum Schluß vergleichend diskutiere.

Das fünfte Kapitel zeigt die verschiedenen zwischenmenschlichen und intrapsychischen Funktionen, die Selbstverletzendes Verhalten für die betroffenen Frauen haben kann.

Die fehlende Berücksichtigung der Situation von Mädchen und Frauen in dieser Gesellschaft brachte mich dazu, mich im sechsten Kapitel mit der Bedeutung des weiblichen Körpers, der weiblichen Sozialisation und insbesondere mit Sexuellem Mißbrauch als Grundlage, bzw. Ursache Selbstverletzenden Verhaltens zu beschäftigen. Am Ende dieses Kapitels stelle ich den Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Selbstverletzendem Verhalten explizit dar.

Konsequenzen für die Sozialarbeit mit Frauen beschreibe ich im sechsten Kapitel, ich nenne betroffene Arbeitsbereiche und stelle Therapiemöglichkeiten dar. Zum Schluß benenne ich Prinzipien, die im Umgang mit Frauen, die sich selbst verletzen, zu beachten sind.

1 Selbstverletzendes Verhalten - eine Einführung

Selbstverletzungen sind weder ein neu aufgetretenes Phänomen - schon Freud hat sich damit beschäftigt (Freud, 1923 und 1924, zitiert nach Hänslı, 165 / 166) - , noch sind sie grundsätzlich pathologisch, sie können zum Teil bei Menschen und bei Tieren zum üblichen Verhaltensrepertoire gezählt werden. (vgl. Sachsse, 1995a, 54 / 55; Eckhardt, 1994, 13 und Hänslı, 11)

In diesem Kapitel will ich deshalb eine Begriffsklärung vornehmen und eine Definition von Selbstverlegendem Verhalten geben. Außerdem gebe ich einen Überblick über mögliche Erscheinungsformen Selbstverlegenden Verhaltens und grenze es von ähnlichen Phänomenen mit anderem Charakter ab.

1.1 Zur Definition von Selbstverlegendem Verhalten

Ich definiere Selbstverlegendes Verhalten folgendermaßen :

Selbstverlegendes Verhalten liegt vor, wenn eine Person sich selber aktiv, direkt, bewußt oder unbewußt, wiederholt Verletzungen zufügt, die nicht zum, im jeweiligen Kulturkreis üblichen, zählen und keine intendierte suizidale Wirkung haben.

Diese Definition ist sehr eng, beschreibt aber ziemlich genau jenes Phänomen, das in vielen sozialpädagogischen Einrichtungen für Frauen vorkommt und auch in der Kinder- und Jugend - sowie der Erwachsenenpsychiatrie eine große Rolle spielt und dort auch umgangssprachlich „Schnippeln“ genannt wird. Meine Definition lehnt sich an die Auffassung von Scharfetter und einigen anderen AutorInnen an. (Scharfetter; Sachsse; Eckhard; Herpertz & Saß, Hänslı)

Andere AutorInnen haben weitere Definitionen :

„Unter Automutilation versteht man das Zufügen einer Verletzung am eigenen Körper, die mit Gewebeschädigung einhergeht, wobei keine bewußte suizidale Intention vorliegt“ (Simeon et al., 221)

„Selbstverletzungsverhalten bezeichnet die wiederholte selbstzugefügte, direkte, körperliche Verletzung ohne suizidale Absicht „ (Herpertz, 115)

Was unter die Begriffe Selbstverletzung, Autoaggression oder Selbstbeschädigung gefaßt wird, ist sehr unterschiedlich :

Fröschl bezeichnet Eßstörungen als eine Form der Konfliktbewältigung mit autoaggressiven Tendenzen (Fröschl, 110); Eckhardt führt u.a. Schönheitsoperationen, Bodybuilding und Extremsportarten unter dem Begriff Selbstbeschädigung an. (Eckhardt, 1994, 13 / 14)

Hilsenbek stellt das Symptom in einen größeren Zusammenhang, für sie sind körperliche Selbstverletzungen im Sinne des Selbstverletzenden Verhaltens nur eine Form von Autoaggressionen, wozu sie außerdem noch geistige Formen (Selbstbeschimpfung, Selbstabwertung, Selbstverachtung, innere Selbstbestrafung, chronisches Überarbeiten, übertriebene Selbstdisziplin, etc.), emotionale Selbstverletzung (Unterdrückung von Gefühlen, sich nichts gönnen, eigene Wünsche immer zurückstellen, nur noch das Leidvolle erfahren), und Autoaggression unter Einbeziehung anderer Personen (etwas für andere gegen den eigenen Willen tun oder in anderer Weise die eigenen Grenzen überschreiten lassen, gewalttätige und zerstörerische Beziehungen eingehen) zählt. Zu den körperlichen Formen von Autoaggressionen zählt sie neben Selbstverletzendem Verhalten auch Essstörungen, stoffliche Süchte, Schlafentzug, Überanstrengung, ruhelose Überaktivität, Ausüben von Risikosportarten oder riskantes Autofahren, Schönheitsoperationen, rituelle Selbstverletzungen und sadomasochistische Sexualpraktiken. Auch alltägliche Bewältigungsmuster zählt sie zu Autoaggressionen, so z.B. Selbstabwertung, um ein Lob zu relativieren, abfällige Bemerkungen über die eigenen Speckfalten und habituelles Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse und Grenzen. (Hilsenbek, 1998, 105)

Diese weiter gefaßten Definitionen werden meines Erachtens der Bedeutung und der Spezifität des von mir beschriebenen Phänomens nicht gerecht, während die von mir verwendete Definition einige andere Formen von Selbstverletzung ausschließt, die ich in meiner Arbeit auch nicht behandeln will.

1.2 Der Terminus Selbstverletzendes Verhalten

Hinsichtlich der Begrifflichkeit besteht in Fachkreisen keine Einigkeit, welcher Begriff zu welchem genau definierten Symptom gehört, dies stiftet immer wieder Verwirrung und relativiert zum Teil die Aussagekraft von Untersuchungen.

In der dermatologischen Literatur wird von Kutanen Artefakten (Gieler & Effendy & Stangier, 1987), Para-Artefakten oder Dermatitis facticia (Janus, 1972; Gieler, 1992) gesprochen.

In der psychiatrischen und psychologischen Literatur werden folgende Begriffe verwendet :

Autoaggressionen (Möller & Praag)

Selbstverstümmelnde Verhaltensweisen (DSM - III - R)

Selbstdestruktives Verhalten (Streck - Fischer)

(offene) Selbstbeschädigung (Herpertz & Saß, Holitzner, Paar, Hirsch, Eckhard & Hoffmann)

Automutilation (v. Törne, Resch et al.)

(offenes) Selbstverletzendes Verhalten (Brezowsky, Wewetzer & Friese & Warnke, Herpertz, Resch & Karwautz & Schuch & Lang, Sachsse, Taming)

Ich habe mich für den Begriff Selbstverletzendes Verhalten aus ähnlichen Gründen wie Sachsse entschieden :

„Damit ist eine deskriptive, emotional nicht befrachtete Benennung möglich“ (Sachsse, 1995a, 32)

Desweiteren verzichte ich nach Möglichkeit auf Fremdwörter für die Benennung von Krankheiten, da gerade medizinische Fachsprache für PatientInnen schwer verständlich ist und eine große Distanz zu den Behandelnden schafft und PatientInnen handlungsunfähig machen kann.

Im englischen Sprachraum gibt es eine Vielzahl von Begriffen für diesen Symptomkomplex : self - injurious behavior (Winchel & Stanley), self - destructive behavior (Green), self - mutilation (Favazza) etc., sowie spezifische Bezeichnungen, wie deliberate self harm (Romans et al.), self - damaging (Lacey) self inflicted wounds, wrist cutting, wrist - slashing (Grunebaum & Klerman), self - wounding (Tantum & Whitakker), self-mutilation (Suyemoto & Macdonald) und self-cutting (Himber, Judith). Einen guten Überblick zur Begriffbestimmung gibt Brezowsky. (Brezowsky,1 - 3)

1.3 Klassifizierung von Selbstverletzendem Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern wird in den Standardwerken psychiatrischer Diagnostik als ein Symptom oder Kriterium für bestimmte Krankheiten genannt.

Im DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wird Selbstverletzendes Verhalten als ein diagnostisches Kriterium für die Borderline - Persönlichkeitsstörung angesehen, dort heißt es :

„wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder - drohungen oder Selbstverletzungsverhalten“ (DSM - IV, 739)

Die im DSM - IV genannte „vorgetäuschte Störung mit körperlichen Symptomen“ bezieht sich meiner Auffassung nach eher auf heimliche Selbstbeschädigung.

Im ICD - 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) wird im Rahmen der Persönlichkeits - und Verhaltensstörungen die „Artifizielle Störung“ genannt, wo unter anderem explizit von „sich selbst zugefügten Schnittverletzungen und Schürfwunden“ die Rede ist, jedoch wird hier von Vortäuschung gesprochen, bei der offenen Selbstverletzung geht es aber gerade darum nicht! (ICD - 10)

Desweiteren wird Automutilation als Kriterium bei verschiedenen psychiatrischen Diagnosen genannt. (vgl. 4. Kapitel)

Seit den 60iger Jahren gab es diverse Versuche Selbstverletzendes Verhalten als Syndrom zu etablieren:

Hänsli meint, daß der Versuch von Graff et al., ein Konzept eines spezifischen „Wrist cutting syndromes“ zu entwerfen, einen Versuch darstellte, Selbstverletzendes Verhalten von suizidalem Verhalten abzugrenzen, was auch für Behandlung und Therapie wegweisend war. Wegen der auffälligen Häufung bestimmter Phänomene bei ähnlichen

Personen schlugen Graff et al. 1967 vor, jenes Verhalten „syndrome of the wrist cutter“ zu nennen, sie benannten auch von ihnen beobachtete, typische Persönlichkeitsmerkmale :

„an attractive, intelligent, unmarried young woman, who is either promiscuous or overly afraid of sex, easily addicted, and unable to relate successfully to others ... She slashes her wrists indiscriminately and repeatedly at the slightest provocation, but she does not commit suicide. She feels relief with the commission of her act.“ (Graff et al., zitiert nach Hänslı, 41)

1975 präsentiert Simpson zwei ausführliche Falldarstellungen und schlägt die Etablierung des sogenannten „Caneis – Syndrome“ vor, da ihm und zuvor anderen Autoren das gehäufte gemeinsame Vorkommen von hysterischer Persönlichkeitsstörung (eine damals noch übliche Bezeichnung, Anm. der Verf.), genitaler Selbstverletzung und Eßstörungen bei Frauen auffiel.

Er erwähnt mögliche sexuelle Gewalt in der Kindheit und die Ähnlichkeit der beschriebenen Folgen mit dem Erscheinungsbild der Hysterischen Persönlichkeit.

Pattison & Kahan schlagen 1983 vor, das „deliberate - self - harm - syndrome“ (DSH) in das DSM - IV aufzunehmen, weil sich die klinische Charakteristik dieser Form von Selbstschädigung wesentlich von anderen Arten selbstverletzenden Verhaltens unterscheidet. (Pattison & Kahan, zitiert nach Hänslı, 43)

Auch Favazza et al. empfehlen die Aufnahme in das DSM - IV, allerdings als Störung der Impulskontrolle mit der Begründung, daß Selbstverletzendes Verhalten sehr oft im Zusammenhang mit anderen Formen selbstschädigenden Verhaltens, wie Eßstörungen oder Alkoholabusus aufträte. (Favazza et al., 352)

Favazza et al. seien beeindruckt von der Ähnlichkeit dieser Krankheiten. (Favazza et al., 1993, zitiert nach Hänslı, 44)

Auch Winchel & Stanley diskutieren eine Diagnose aus dem Trias Selbstverletzung, Eßstörungen und Alkohol - Abusus, weil genau diese drei Symptome gehäuft gemeinsam vorkämen, kommen aber zu dem Schluß, daß die bestehenden Kategorien Borderline -Persönlichkeitsstörung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Störung der Impulskontrolle vorerst ausreichen, um dieses Syndrom zu charakterisieren. (Winchel & Stanley, 314)

1992 definiert Favazza ein „Syndrom repetitiver Automutilation“ mit folgenden Kriterien :

- ständige Beschäftigung mit dem Gedanken sich selbst körperlich zu schädigen
- wiederholtes Mißlingen, dem Impuls, sich selbst zu verletzen, zu widerstehen, was zu einer physischen Verletzung mit Gewebsschädigung führt
- ein sich intensivierendes Spannungsgefühl unmittelbar vor dem Akt der Selbstverletzung
- eine Form von Erleichterung und Zufriedenheit während der selbstverletzenden Handlung

- dieser selbstverletzende Akt ist nicht mit einer bewußten, suizidalen Intention verknüpft, nicht Ausdruck eines Wahnsyndroms, eines halluzinatorischen Impulses oder einer transsexuellen, fixen Idee, bzw. einer schweren geistigen Retardierung (Favazza, zitiert nach Hänslı, 44)

In den meisten aktuelleren Publikationen wird das Syndrom - Konzept zur Zeit nicht weiter verfolgt. (Hänslı, 1996; Sachsse, 1995a; Eckhardt, 1994)

Insgesamt kann man sagen, daß das Konzept eines Syndroms (Caneis - Syndrom, deliberate - self - harm - syndrom, repetitives Automutilationssyndrom, wrist - cutting - syndrom, delicate - self - cutting - syndrom) sich bis heute nicht durchgesetzt hat und nicht eindeutig empirisch belegt werden konnte.

1. 4 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens von anderen Formen von Autoaggressionen

Aufgrund der Spezifität der Symptomatik muß Selbstverletzendes Verhalten von einigen Krankheitsbildern, bzw. Erscheinungen klar abgegrenzt werden. Ich werde dies im folgenden ausführen.

1. 4. 1 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens vom Suizid

Die meisten AutorInnen betonen den Unterschied zwischen Suizid und Selbstverletzendem Verhalten. (vgl. Simeon et al., 221, Resch et al., 253, Herpertz, 115, Hänslı, 21)

Viele PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten haben schon Selbstmordversuche hinter sich und sind weiterhin selbstmordgefährdet. (Vgl. Haenel, Rauchfleisch & Schuppli, zitiert nach Hänslı, 39)

Sachsse berichtet davon, daß alle seine PatientInnen Suizidversuche hinter sich hätten. Dabei sei es wichtig in der Therapie

„deutlich zu differenzieren, ob die aktuelle Handlung jeweils ein Suizidversuch ist mit dem Ziel, sich das Leben zu nehmen, eine parasuizidale Handlung oder ein Versuch, sich vorübergehend zu narkotisieren“ (Sachsse, 1995a, 32)

Walsh et al. formulieren vier Dimensionen, um Selbstverletzendes Verhalten von suizidalem Verhalten zu unterscheiden. Danach sei Selbstverletzendes Verhalten

- im Verletzungsgrad deutlich weniger lebensbedrohlich
 - eher von repetitivem, chronischem Charakter
 - in der Wahl der Methoden eher vielfältig und
 - vorwiegend der Linderung einer unerträglichen Spannung dienlich (Absicht)
- (Walsh et al., zitiert nach Hänslı, 44)

Walsh et al. fanden drei Risikofaktoren für Selbstmord bei PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten, die in der Anamnese Suizidversuche aufwiesen, im Vergleich zu Selbstverletzungs - PatientInnen, die nie versucht hatten Selbstmord zu begehen :

1. Erfahrung von Sexuellem Mißbrauch in der Kindheit
 2. kürzlicher Verlust einer bedeutenden Bezugsperson
 3. Erfahrung zahlreicher Konflikte mit Gleichaltrigen
- (ebd.)

PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten wüßten meist eindeutig zu unterscheiden zwischen den Gefühlen einer drohenden Selbstverletzung und Selbstmordversuchen, so Herpertz & Saß. (Herpertz & Saß, 297)

Judith Himber hat 1994 halbstrukturierte Tiefeninterviews mit acht sich selber schneidenden Patientinnen (Alter 18 - 54 Jahre) von einer, auf dissoziative Störungen spezialisierten, geschlossenen Station geführt. Ihr Ziel war es, das Phänomen des „Schnippeln“ besser zu verstehen, indem sie die Frauen zu ihren Erfahrungen befragte. Erst durch die Antworten der Frauen kristallisierten sich bestimmte Fragestellungen heraus. Ihre Ergebnisse deutet sie als einen Hinweis auf eine Korrelation zwischen „Schnippeln“ und schwerem Mißbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Sie fand, daß die selbstverletzenden Handlungen nicht primär suizidal motiviert waren, sondern helfen, überwältigende Gefühle wie Wut, Selbsthaß, Einsamkeit und Verzweiflung zu regulieren.

Eine von Himber interviewte Frau, die sich selbst schnitt, sagte über ihre Suizidalität :

„My intention is not to kill myself. That is not the intent at all. It's like you know, if I'm going to kill myself, I'll kill myself.“

Einige AutorInnen betonen die selbstmordverhindernde Funktion von Selbstverletzendem Verhalten. (Herman, 153; Firestone & Seiden, zitiert nach Suyemoto & Macdonald, 163; Himber, 622, vgl. auch 5. Kapitel)

Menninger beschreibt Selbstverletzungen als Kompromiss zwischen Lebens - und Todestrieb. (Menninger, 316)

Louise Roxanne Pembroke nennt ihren autobiographischen Erfahrungsbericht über psychiatrische Behandlung entsprechend : „Mich zu schneiden war der einzige Weg zu überleben“ (Pembroke)

1. 4. 2 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens von kulturell gebilligten selbstverletzenden Verhaltensweisen

Selbstverletzendes Verhalten wird nicht immer als abweichendes Verhalten angesehen, es kann kulturell durchaus gebilligt oder erwünscht sein. Favazza präsentiert in seinem Buch „Bodies under Siege - Selfmutilation in Culture and Psychiatry“ einen interkultu-

rellen Vergleich, wobei er auch willentlich erlittene Verletzungen durch andere mit einbezieht. (Favazza, 1987, zitiert nach Hänslı, 47 ff.)

Eckhardt schildert in ihrem Buch : „Im Krieg mit dem Körper“ die weltweit vorkommenden Verstümmelungen von Frauen. In unserem Kulturkreis könnte man etwa Tätowierungen, Piercing, Augenbrauen auszupfen oder das Entfernen weiblicher Beinbehaarung mittels Wachs, sowie Schönheitsoperationen dazuzählen. (Eckhardt, 1994, 13 / 14 und 22; vgl. auch Herpertz & Saß, 296; Herpertz, 115; Himber, 620; Hänslı, 56 ff.) In China gab es, bis zum offiziellen Verbot 1930, den Brauch, Frauen von klein auf die Füße zusammenzuschnüren, was zu verkrüppelten Füßen führte und die Frauen so an das Haus band, aber (oder gerade deshalb) ein Schönheitskriterium war.

In manchen afrikanischen Kulturen werden heute noch die äußeren Geschlechtsorgane, vor allem die Klitoris verstümmelt. (Favazza, zitiert nach Eckhardt, 1994, 20 ff.)

Die Motivation oder Funktion solcher Verstümmelungen und Verletzungen ist jedoch eine grundlegend andere als beim Selbstverletzendem Verhalten. Häufig erfolgen sie zur Erfüllung eines Schönheitsideals - sind also normenkonform. Der Druck auf Frauen, sich daran anzupassen, kann als eine Form der Kontrolle und Herrschaft über Frauen, als Hauptbetroffene, angesehen werden. (vgl. Kapitel 6)

Desweiteren gibt es in allen Religionen Selbstschädigungspraktiken, wie Selbstgeißelung, Buße, Fasten und Askese. (Eckhardt, 1994, 14 ff.)

Sachsse nennt kulturell akzeptierte, selbstverletzende Verhaltensweisen, die in tiefer Not und Verzweiflung auftreten : Menschen schlagen sich die Knöchel der Faust an der Wand blutig, wenn sie ohnmächtige Wut haben oder sich in einer hoffnungslosen Lage befinden, Trauernde zerkratzen sich die Haut und schlagen sich heftig auf die Brust, wenn sie von seelischem Schmerz überwältigt werden. (Sachsse, 1995a, 54)

Selbstverletzungen können auch in Form von Heilungsriten vorkommen, zum Beispiel durch Schamanen, die sich in Trancezuständen selber Wunden zufügen. Oft wird gerade dem Blut eine besondere (reinigende) Funktion dabei zugeschrieben. (Favazza, zitiert nach Hänslı, 49; vgl. Eckhardt, 1994, 17)

Außerdem spielen selbstverletzende Praktiken in Subkulturen eine besondere Rolle, z.B. bei Häftlingen, zum Teil bei Jugendlichen und dort auch in der Form von Initiationsriten, z.B. bei der „Blutsbrüderschaft“. (Vgl. Sachsse, 1995a, 56)

Der Unterschied zur „pathologischen“, offenen Selbstverletzung bestehe darin, daß kulturell gebilligte Handlungen in der Tradition eines Volkes eingebettet seien und eine spezifische Bedeutung in der Geschichte und den Glaubensvorstellungen einer sozialen Gruppe hätten, so Hänslı. Deviante Automutilation ereigne sich demgegenüber im privaten Raum, in der Einsamkeit, in gesellschaftlicher Entfremdung als Ausdruck von Not, Leiden und Infirmität. Eine Gemeinsamkeit wäre die ähnliche Absicht, da beide dazu dienen, eine Störung zu beseitigen und eine Ordnung aufrechtzuerhalten, beide könnten in diesem Sinne als Heilmittel verstanden werden. (Hänslı, 56 / 57)

Sehr weit verbreitet, kulturell nicht unbedingt gebilligt, aber meistens nicht als pathologisch anzusehen ist auch das habituelle Nagelbettreiben, die Trichotillomanie (das

Ausreißen von Haaren) und das Aufkratzen von vernarbenden Wunden. (vgl. Sachsse, 1995a, 56)

1. 4. 3 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens von indirekten Selbstschädigungen

Indirekte Selbstverletzungen sind Handlungen, die nicht unmittelbar am Körper Schädigungen hervorrufen, sondern über einen Umweg oder zeitliche Verzögerung, deshalb sind sie manchmal auch schwerer in einen Zusammenhang zu bringen. Unter diesen Begriff können eine Vielzahl alltäglicher Verhaltensweisen gefaßt werden, wie z.B. Rauchen, Selbstvernachlässigung, alle Formen von Süchten (inklusive Arbeitssucht und Eßstörungen), extremes Diäthalten, reichliches Essen, Bodybuilding und Extremsportarten. (vgl. Eckhardt, 1994, 13; Sachsse, 1995a, 56)

1. 4. 4 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens von versteckten Formen von Selbstbeschädigung

Das DSM - IV (1994) gibt folgende drei Kriterien für die Klassifizierung von „vorgetäuschten Störungen“ :

A : Absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher oder psychischer Zeichen oder Symptome

B : Die Motivation für das Verhalten liegt darin, die Patienten - Rolle einzunehmen

C : externe Anreize für dieses Verhalten (ökonomischer Nutzen, Vermeiden rechtlicher Verantwortung oder Verbesserung körperlichen Wohlbefindens, wie bei der Aggravation) fehlen (DSM - IV, 474)

Eine heimliche oder auch vorgetäuschte Störung bedeutet zunächst, daß der Arzt / die Ärztin falsch informiert wird. (vgl. Paar, 138 / 139) Das ist auch der grundlegende Unterschied zu offenem Selbstverletzendes Verhalten, wo die Handlung höchstens aus Scham „es“ wieder getan zu haben, verheimlicht wird, oft aber sogar fast triumphierend präsentiert wird. (Sachsse, 1995a, 127)

Eine besondere Dynamik besteht auch hinsichtlich der Arzt / Ärztin - PatientInnen - Beziehung. Eckhardt führt dazu aus :

„Eine spezifische Interaktion zwischen Arzt und Patient gehört zum Hauptcharakteristikum der artifiziellen Störungen. Artefaktpatienten lösen bei ihren behandelnden Ärzten meist heftige Emotionen und unkontrollierte Phantasien aus und veranlassen sie zu einer enormen Aktivität in diagnostischer Hinsicht. Insbesondere kommt es zur Induzierung von unbewußten Allmachtsvorstellungen, welche zu einer Minderung der sonst kritischen Einstellung des Arztes zu sich und seinem Handeln führen.“ (Eckhardt, 1996, 131)

1. 4. 4. 1 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens von der heimlichen Selbstbeschädigung oder artifiziellen Störung

Die heimliche Selbstbeschädigung oder artifizielle Störung beinhaltet im wesentlichen das absichtliche, aber nicht freiwillige Vortäuschen, Aggravieren und Erzeugen von Symptomen. Eckhardt führt dafür Beispiele an :

Eine Frau band sich eine Nadel an eine Schnur, die sie anschließend schluckte, und manipulierte solange durch ziehen an der Schnur, bis sie die Magenwand verletzt hatte und Blut erbrach.

Eine junge Medizinstudentin mußte wiederholt wegen einer schweren Blutarmut, die durch eine Zerstörung der roten Blutkörperchen bedingt war, aufgenommen werden. Nach aufwendiger medizinischer Diagnostik konnte man keine Ursache für die Erkrankung finden. Schließlich wurden Phenolderivate (Bestandteile eines Desinfektionsmittels) in ihrem Urin nachgewiesen. Sie hatte dieses Desinfektionsmittel getrunken, um die Symptome hervorzurufen, und wissentlich eine schwere Beschädigung ihres Körpers mit möglichen tödlichen Folgen in Kauf genommen.

(Eckhardt, 1994, 47 und 49)

Vorgetäuschte Symptome können sich in einer Vielzahl von Krankheitsbildern äußern, Eckhardt nennt mögliche betroffene Bereiche :

Magen - Darm - Trakt, Nieren und ableitende Harnwege, blutbildende Organe und Blutzellen, Herz, Lunge, Haut, Stoffwechsel, Fieber, Schilddrüse, Gelenke und Muskeln, weibliche Geschlechtsorgane, sowie psychiatrische Krankheitssymptome.

(Eckhardt, 1994, 46 ff.)

1. 4. 4. 2 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens vom „Münchhausen – Syndrom“

Eine Untergruppe der heimlichen Selbstbeschädigung stellen die PatientInnen mit dem sogenannten „Münchhausen – Syndrom“ dar. (vgl. Hänsl, 35)

Es handelt sich hier um Menschen - vor allem Männer - die mit erfundenen, zum Teil abenteuerlichen Krankheitsgeschichten in Krankenhäuser kommen, um sich behandeln zu lassen. Sie weisen oft erstaunliche medizinische Kenntnisse auf, ändern schnell Symptome und brechen bei Zweifeln an ihrer Krankheit die Behandlung ab und wenden sich den nächsten ÄrztInnen oder Krankenhäusern zu. Bezeichnenderweise ist der englische Begriff für diese Krankheit „Doctor Shopping“. (vgl. Eckhardt, 1994, 63; Hänsl, 36)

Plassmann berichtet von einer „völlig chaotischen“ Kindheit der Betroffenen, häufig kämen Beziehungsabbrüche zu Primärobjekten, Kindesmißhandlung und Inzest vor. (Plassmann, 81 ff.)

Hänsli fasst folgendes Symptomtrias zusammen:

1. das Erfinden, Verschlimmern und Erzeugen von Krankheitssymptomen (aus einer inneren Notwendigkeit), um die Krankenrolle und Hospitalisation zu erlangen
2. das geschickte, tendenziell hochstaplerische Erzählen von erklärenden Geschichten mit falschem Namen und Biographien (Pseudologia fantastica), sowie
3. das Aufsuchen immer neuer Behandlungseinrichtungen, besonders während der Nachtzeit. (Hänsli, 35)

1. 4. 4. 3 Abgrenzung Selbstverletzenden Verhaltens vom „Münchhausen - by - proxy“ - Syndrom

Das sogenannte „Münchhausen - by - proxy - syndrom“ oder das „erweiterte Münchhausen – Syndrom“ beschreibt eine Krankheit, bei der vornehmlich Eltern bei ihren Kindern - sozusagen in Stellvertretung - Krankheitssymptome vortäuschen oder Krankheiten hervorrufen. Die Ausführenden hierbei sind oft Mütter, die selber Ablehnung und körperliche Mißhandlung im Kindesalter erlebt haben; dabei werde die Tat, d.h. die Schädigung des Kindes vollständig geleugnet. Die Väter seien oft passive, gefügte, tolerierende Mitspieler des Geschehens. Plassmann nennt folgende häufige Manipulationen : vorgetäuschte Epilepsie (durch Halsabdrücken, Verabreichung von Medikamenten, Verlegung der Atemwege), Blutungen, Hautartefakte, heimliche Vergiftungen, artifizielle Infektionen am Körper des Kindes und Durchfall. (vgl. Plassmann, 79 / 80)

1. 4. 5 Abgrenzung von stereotypen Selbstverletzungen

Vor allem bei einigen angeboren oder erworbenen Erkrankungen des Gehirns tritt die sogenannte stereotype Automutilation auf. Eckhardt nennt mögliche zugrundeliegende Krankheiten : bestimmte Formen von Epilepsie, das Lesch - Nyhan - Syndrom, das Cornelia de Lange - Syndrom, das Rett - Syndrom, Familiäre Dysautonomie, das Gilles - de - la - Tourette -Syndrome, verschiedene Chromosomenanomalien, chronische Enzephalitis, Neurosyphilis und Hirnschädigungen durch Drogen und andere schädigende Substanzen. (Eckhardt, 1994, 214)

Beim Lesch - Nyhan - Syndrom, z.B. sind die Selbstverstümmelungen sehr spezifisch : die Patienten (diese Krankheit wurde bisher nur bei Männern beobachtet) beißen sich repetitiv und anfallsartig in Zunge, Lippen und Fingerkuppen. (Demchak & Halle, zitiert nach Tameling und Sachsse, 62)

Winchel und Stanley berichten :

„Self injurious behavior among mentally retarded patients without Lesch - Nyhan or de - Lange syndromes usually appears only after admission to a chronic care facility“
(Winchel & Stanley, 307)

Diese Beobachtung ist meines Erachtens alarmierend, da ein Zusammenhang mit Deprivationsbedingungen naheliegt, dieser aber durch medizinische Erklärungen für Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit Behinderungen (angeboren, organisch bedingt) verschleiert werden könnte. (zu Deprivation vgl. Kapitel 5. 4. und Spitz, 1969)

1. 4. 6 Abgrenzung von Selbstverletzendem Verhalten von Selbstverstümmelungen im Rahmen von schweren Psychosen und Schizophrenien

Auch zu den offenen Selbstbeschädigungen zählt die "Schwere Automutilation" (Hänsli, 63), die von Herpertz und Saß gemäß der englischen Nomenklatur „gravierende Selbstverstümmelung“ („major“) genannt wird. Sie findet sich vor allem bei folgenden klinischen Diagnosen :

Produktiv schizophran Erkrankten mit chronischem Verlauf oder in katatonen Stadien (Selbstverstümmelung tritt in Zusammenhang mit Sinnestäuschungen oder Wahnideen religiösen oder sexuellen Inhalts auf), geistig Behinderten, Drogenpsychosen bei Kokain - , Amphetamin - , LSD - , PCP - Mißbrauch, sowie Transsexualismus bei Männern. (Herpertz & Saß, 298)

Folgende Praktiken werden genannt :

Augenenukleation, Kastration, Verstümmelung von Brustwarzen und Amputation von Extremitäten. (ebd., 299)

Schwere Selbstverletzungen treten eher sporadisch auf und sind oft dramatisch, symbolhafte Selbstbestrafungen mit wahnhaftem Charakter. (vgl. Herpertz & Saß, 299; Winchel & Stanley, 307)

Ein berühmtes literarisches Beispiel für eine schwere Selbstverstümmelung ist die Sage von Ödipus. Ödipus wurde durch einen Orakelspruch geweissagt, daß er seinen Vater töten und seine Mutter heiraten würde, daraufhin wurde er ausgesetzt. Später rettet und erschlägt er unwissentlich seinen Vater und heiratet seine Mutter, mit der er vier Kinder hat. Als er die Wahrheit erfährt, nimmt er die Haarnadel der Mutter und sticht sich damit die Augen aus. (Sophokles)

1. 4. 7 Abgrenzung von Selbstverletzungen, die epidemisch in Heimen oder Psychiatrischen Stationen auftreten

In Kinder - und Jugendheimen oder auf psychiatrischen Stationen treten Selbstverletzungen, meist in Form vom „Schnippeln“ oder Verbrennen, oft bei mehreren Individuen gleichzeitig oder nacheinander auf - die Betroffenen scheinen sich gegenseitig regelrecht anzustecken. Zum Teil kann dieses Verhalten als Selbstverletzendes Verhalten angesehen werden, zum anderen kann es sich dabei aber auch um Mutproben oder Sub-

kulturriten handeln. Diese Formen sind nicht immer leicht voneinander zu unterscheiden. (vgl. Rosen & Walsh, 656; Streek – Fischer, 108; Ghaziuddin et al., 110; Taiminen et al.)

Streek – Fischer berichtet von einer ihrer Patientinnen, die die anderen Jugendlichen insofern mobilisierte, daß eine Konkurrenz darum entstand, wer kränker wäre. (Streek - Fischer, 108)

Taiminen et al. beobachteten, daß Selbstbeschädigungen (im Original : "Deliberate - Self - Harm") in geschlossenen psychiatrischen Jugendstationen durch Ansteckung auch bei vorher nicht betroffenen Jugendlichen ausgelöst werden konnte. Sie sagen, daß der Großteil der auf diese Art angesteckten Selbstverletzungen als Kleingruppen – Ritus verstanden werden könne, um ein Zusammengehörigkeitsgefühl herzustellen. (Taiminen et al.)

Rosen & Walsh machten eine Studie an einer Langzeit - Behandlungs - und Erziehungseinrichtung für schwer gestörte Jugendliche in den USA, wo 10 Monate lang alle Selbstverletzungsvorfälle von 12 PatientInnen, die sich mindestens schon einmal während der Behandlungszeit verletzt hatten und das ganze Untersuchungssemester in der Einrichtung verbringen würden, aus den täglichen Berichten der MitarbeiterInnen zusammengetragen wurden. Die PatientInnen (ein Junge und 11 Mädchen) verbrachten jeweils den Großteil des Tages gemeinsam in der Schule und zum Teil auch in der Behandlung, sie waren zwischen 15 und 21 Jahren alt. Anhand der Daten erstellten Rosen und Walsh ein Soziogramm.

Ziel war es, die Art der Ansteckung von Selbstverletzendem Verhalten (hier : self - mutilation, wird von den Autoren nicht definiert) unter Adoleszenten in einer stationären Einrichtung zu untersuchen, dabei sollte vor allem geklärt werden, wie eine Episode von Selbstverletzungen bei mehreren PatientInnen anfängt oder von wem sie ausgeht. Als Ansteckungsepisode wurde es angesehen, wenn zwei oder mehr Selbstverletzungen von zwei oder mehr Personen an demselben Tag oder in den darauffolgenden Tagen ausgeführt wurden.

Rosen und Walsh fanden heraus, daß einige Personen im Zentrum der meisten Ansteckungsaktivitäten waren und Ansteckungsepisoden jeweils signifikant zusammenhängen mit einem bestimmten Paar der PatientInnen. Sie folgern, daß mithilfe eines solchen Soziogramms geklärt werden könne, welche Individuen nach einer Selbstverletzung lieber von den anderen getrennt werden sollten.

(Rosen & Walsh, 656)

1. 5 Das Erscheinungsbild von Selbstverletzendem Verhalten

Nach Ausschluß obiger Krankheitsbilder komme ich zu der Beschreibung von Selbstverletzendem Verhalten im engeren Sinne.

1. 5. 1 Selbstverletzungspraktiken

Herpertz & Saß nennen folgende Methoden ihrer PatientInnen sich selbst zu verletzen : oberflächliche Schnittwunden, kleine Brandwunden, weitflächige Kratzspuren, Akne excoriée, tiefe Bißwunden, heftiges Schlagen des Kopfes und der Extremitäten, Manipulation von Wunden, umschriebene Verätzungen durch Laugen und Säuren, Trichotillomanie, Finger - und Zehennagelextraktion. (Herpertz & Saß, 299)

Eckhardt berichtet darüberhinaus vom Quetschen der Haut und willentlichen Knochenbrüchen. (Eckhardt, 1994, 43)

Am häufigsten scheinen Schnittverletzungen, gefolgt von Verbrennungen zu sein (vgl. Eckhardt, 1994, 42, Herpertz & Saß, 297; Tameling und Sachsse, 65; Favazza & Conterio, 286)

Favazza & Conterio starteten 1985 eine schriftliche Umfrage, zu der nach einer Fernsehsendung zu diesem Thema von einer Selbsthilfegruppe aufgerufen wurde. Vorausgegangen war zur Exploration eine Pilotstudie mit 25 PatientInnen, die sich selbst verletzten und den AutorInnen bekannt waren. Selbstverletzung definierten sie als bewußte Zerstörung oder Veränderung des eigenen Körpergewebes, z.B. durch Schneiden, Brennen, Knochen brechen, Nadeln in die Haut stechen und Wundheilung verhindern. Eine Überdosis an Drogen schlossen sie aus. Fragen wurden gestellt zu demographischen Daten, der Kindheit, persönlichen Eigenschaften, Sexualität, Selbstverletzungspraktiken, Komorbidität und Erfahrungen mit medizinischer Behandlung. 240 brauchbare Antworten von Frauen, die sich selber verletzten, wurden verwertet.

Favazza und Conterio stellten in der Auswertung fest, daß bei Selbstverleterinnen mit Eßstörungen eine große Impulsivität zu finden ist, und daß eine signifikante Anzahl auch Episoden von Alkoholismus aufweisen, daraus folgerten sie, daß die Anerkennung eines spezifischen Syndroms, des „deliberate - self - harm – syndrome`s“, geprüft werden sollte.

Folgende Aussagen wurden zu Selbstverletzungspraktiken gemacht :

72 % gaben an, daß sie sich in die Haut schnitten, 35 % fügten sich Verbrennungen zu, 30 % schlugen sich, 22 % verhinderten die Wundheilung, 22 % zerkratzten sich schwer die Haut, 10 % rissen sich Haare aus und 8 % brachen sich Knochen (Favazza & Conterio, 286)

1. 5. 2 Die Lokalisation der Selbstverletzungen :

Bevorzugte Körperteile sind Unterarme, Oberschenkel, Brust - und Bauchbereich, sowie das Gesicht. (Paar, 141)

Auch die Genitalien können betroffen sein. Favazza und Conterio fanden bei 240 sich selbst verletzenden Frauen 8%, die sich auch an den Genitalien verletzten. (Favazza & Conterio, 286)

Goldney & Simpson schlugen 1975 den Namen „caneis - syndrom“ vor, für ein von ihnen beobachtetes Krankheitsbild mit den Symptomen weibliche genitale Automutilation, Eßstörung und histrionische Persönlichkeit. (Goldney & Simpson, vgl. 1. 2.)

Bei auffällig vielen Schnittverletzungen am Arm, bzw. Narben wird im Klinikjargon auch von „Borderline - Armen“ gesprochen. (vgl. Dulz & Schneider, 19)

1. 5. 3 Der Zeitpunkt der ersten Selbstverletzung

Am häufigsten ist Selbstverletzendes Verhalten in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter zu finden.

Herpertz und Saß haben in ihrer eigenen empirischen Untersuchungsreihe mit 36 PatientInnen (davon drei Männer) zwei Gipfel in der Altersverteilung gefunden : In der Pubertät verletzten sich 10 PatientInnen, im jungen Erwachsenenalter 14 PatientInnen. (Herpertz & Saß, 297)

Favazza und Conterio nennen in der unter 1. 5. 1. dargestellten Untersuchung mit 240 Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten (keine klinische Gruppe) ein Durchschnittsalter von 28 Jahren und einen typischen Beginn im Alter von 14 Jahren. (Favazza & Conterio, 284)

Ähnliche Ergebnisse finden sich auch bei anderen AutorInnen (vgl. Himber, 626; Sachsse, 1995a, 41)

Das erste Auftreten wurde oft in der Pubertät beschrieben, zum Teil zum Zeitpunkt der ersten Menstruation oder kurz danach. Eckhardt sagt, daß sie bei fast allen Frauen, die sie kurz - oder längerfristig als Psychiaterin und Psychotherapeutin an einer Universitätsklinik behandelt hatte, die Beobachtung machte, daß die erste Selbstbeschädigung kurz nach dem Einsetzen der Menstruation auftrat. (Eckhardt, 1994, 137)

1. 5. 4 Die Frequenz der Selbstverletzungen

Im Gegensatz zu den Selbstverletzungen im Rahmen von Schizophrenien und schweren Psychosen tritt Selbstverletzendes Verhalten meistens mehrmalig (repetitiv) auf. (Herpertz & Saß, 299)

Favazza & Simeon unterscheiden bezüglich der Art und Häufigkeit der Selbstverletzungen in - eine kompulsive Form (wiederholt und ritualisiert, häufig am Tag, eher automatisch)

- eine episodische Form (seltener, vor allem nach bestimmten belastenden Stresssituationen)

- und eine repetitive Form (auch episodisch, aber sehr häufig und erfolgt als eine habitierte Reaktion auf internale oder externale Stresssituationen). (Favazza & Simeon, zitiert nach Wewetzer et al., 9)

Resch et al. berichten, daß bei einem Teil ihrer PatientInnen die Frequenz und der Schweregrad der selbstbeschädigenden Akte mit der Zeit zunahm. (Resch et al., 257)

In ihrer Studie zu den Zusammenhängen von Dissoziation, Selbstverletzendem Verhalten und Sexuellem Mißbrauch bei der Borderline - Persönlichkeitsstörung haben Brodsky et al. 1995 60 Patientinnen der New Yorker Hospital - Payne Whitney Psychiatric Clinic interviewt, die 1992 aufgenommen wurden und die Diagnose Borderline Persönlichkeitsstörung hatten. 30 Patientinnen machten Angaben zu Selbstverletzendem Verhalten, 57% davon gaben an zwischen 1 und 10 mal in ihren Leben Selbstverletzungsepisoden gehabt zu haben, 43 % hatten zwischen 11 und 500 Episoden erlebt. (Brodsky et al., 1790)

Von den 240 befragten Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten in der Studie von Favazza und Conterio wurden folgende Zahlen zur Häufigkeit gemacht: Die Hälfte gab an, sich über 50mal verletzt zu haben, 23% zwischen 25 und 50mal, nur 2% hatten sich nur einmal selber verletzt. (Favazza & Conterio, 286; Untersuchung siehe 1. 5. 1.)

1. 6 Die Prävalenz Selbstverletzenden Verhaltens

Verlässliche epidemiologische Untersuchungen liegen nicht vor. Die zitierten Zahlen von verschiedenen AutorInnen führen auf die Schätzungen von Favazza und Conterio für die USA zurück. (Herpertz & Saß; Paar) Favazza & Conterio schätzten die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung auf 14 - 750 Personen, die sich selbst verletzen pro 100000 Einwohner, in der Altersgruppe zwischen 15 und 35 Jahren jedoch auf 1800 pro 100000 Einwohner. (Favazza & Conterio, zitiert nach Favazza & Conterio, 1989, 283)

Bei einer weiteren Definition von Selbstverletzung (psychotische und schizophrene Erscheinungsformen sind mit inbegriffen) betrüge die Inzidenz laut Walsh und Rosen zwischen 14 und 600 Fällen pro 100000 Einwohner pro Jahr in den angloamerikanischen Ländern. (Walsh & Rosen, zitiert nach Resch et al., 253)

Bei einer Befragung von Favazza et al. von 500 amerikanischen CollegestudentInnen gaben 14 % an, mindestens eine Selbstverletzungsepisode gehabt zu haben. (vgl. Favazza et al., zitiert nach Favazza, 1992, 61)

Aus kleineren Untersuchungen stammen Zahlen für Sondergruppen :

Tröster (1992) erfasste das Auftreten von Bewegungstereotypien und selbstverletzender Verhaltensweisen bei 142 nichtbehinderten Heimkindern in Deutschland im Alter von 10 Monaten bis 11 Jahren. Dabei behandelt er Selbstverletzendes Verhalten als Unterkategorie von Bewegungstereotypien, sagt aber, daß es möglich sei, daß Selbstverletzendes Verhalten hinsichtlich ätiologischer und funktionaler Hinsicht eine separate Klasse von Verhaltensauffälligkeiten darstellen könnte. Die Erzieherinnen wurden

mit einem Fragebogen nach Frequenz, Dauer, den situativen Bedingungen, unter denen die Bewegungstereotypien, bzw. das Selbstverletzende Verhalten typischerweise beobachtet wurde, sowie deren Reaktion darauf, befragt.

Tröster nennt eine Prävalenz von 28,9 % Kindern, die mindestens einmal wöchentlich selbstverletzende Verhaltensweisen zeigten. (Tröster, 335)

(Anmerkung der Verfasserin : Tröster erwähnt zwar einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen Dauer der Trennung der Kinder von ihren Eltern und der Anzahl der Bewegungstereotypien, erläutert dies jedoch nicht weiter, auch nicht den Zusammenhang mit dem Hospitalisierungseffekt - vgl. Kapitel 5. 4. - was meines Erachtens für Theorien über die Genese von selbstverletzenden Verhaltensweisen, gerade bei Heimkindern unerlässlich ist.)

Aus klinischen Kollektiven stammen folgende Daten :

In einer Untersuchung von Brodsky et al. zum Zusammenhang zwischen Dissoziation, Selbstverletzendem Verhalten und Sexuellem Mißbrauch bei der Borderline - Persönlichkeitsstörung gaben von 60 weiblichen Patientinnen mit Borderline - Persönlichkeitsstörung 52 % an, eine Geschichte von Selbstverletzungen zu haben. (Brodsky et al., 1790)

Favazza & Conterio fanden bei PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung 13%, die sich selbst verletzen. (Favazza & Conterio, zitiert nach Herpertz & Saß, 298)

Fallon & Winchel fanden bei 44 stationären Bulimie - PatientInnen 39%, die sich selbst verletzt hatten. (unveröffentlichte Studie, zitiert nach Winchel & Stanley, 308)

Jacobs & Isaacs fanden bei 40 Anorexie - PatientInnen 35%, die sich selbst verletzt hatten. (Jacobs & Isaacs, zitiert nach Winchel und & Stanley, 308)

Herpertz und Saß berichten von 5 - 10 % Selbstverletzungssymptomatik bei stationär behandelten PatientInnen in der psychiatrischen Klinik der medizinischen Fakultät der RWTH Aachen. (Herpertz & Saß, 298; Untersuchung unter 2.)

2 Selbstverletzendem Verhalten zugrundeliegende psychiatrische Diagnosen

Verschiedenste klinische Diagnosen werden im Zusammenhang mit Selbstverletzendem Verhalten gestellt. Die wichtigsten, allgemein anerkannten Diagnosekriterien sind im DSM (Diagnostisches Statistisches Manual) und dem ICD (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) zu finden.

Am häufigsten kommt die Diagnose Borderline - Persönlichkeitsstörung gemeinsam mit Selbstverletzendem Verhalten vor, gefolgt von Eßstörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, sowie der Antisozialen Persönlichkeitsstörung, der Neurotischen Persönlichkeitsstörung und der Multiplen Persönlichkeitsstörung. (vgl. Herpertz, 119)

Oftmals ist es auch gar nicht möglich, die Diagnose so klar zu stellen, bzw. PatientInnen haben mehrere Diagnosen gleichzeitig oder nacheinander, hierzu zwei Zitate von Sachsse :

„Die Leitsymptomatik SVV (Selbstverletzendes Verhalten, Anm. d. V.) steht nie isoliert. Sie ist stets verbunden mit weiteren selbstschädigenden Verhaltensweisen und Symptombildungen.“ (Sachsse, 1989a, 32)

und

„Nach psychoanalytischen Kriterien handelt es sich bei Patientinnen mit schwerem SVV überwiegend um solche mit einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung, die in Belastungssituationen auf Borderline - Organisationsniveau regredieren und präpsychootisch dekompensieren können.“ (Sachsse, 1989a, 46)

Mit der Häufigkeit im Zusammenhang mit Selbstverletzendem Verhalten gestellter Diagnosen befassen sich zwei Untersuchungen, die ich nun darstelle, da sie auch in den folgenden Kapiteln immer wieder zitiert werden. Die Untersuchung von Wewetzer bezieht sich dabei auf den Kinder - und Jugendpsychiatrischen Bereich, die von Herpertz auf die Erwachsenenpsychiatrie.

Wewetzer et al. haben 1997 erste Untersuchungsbefunde einer Pilotstudie in Würzburg mithilfe einer retrospektiven Datenanalyse der stationären Krankengeschichten von 64 PatientInnen (69 % Mädchen) der Kinder - und Jugendpsychiatrie aus den Jahren 1982 bis 1992, veröffentlicht. Die zugrundeliegende Definition ist relativ weit gefaßt :

„Unter offenem selbstverletzendem Verhalten werden verschiedene Auffälligkeiten zusammengefaßt, deren Gemeinsamkeit die Beschädigung des eigenen Körpers ist.“

Davon grenzen sie indirekte Selbstbeschädigung, Suizid und heimliche Selbstverletzungen ab. Ziel war, etwas über die Symptomatik und die psychopathologischen Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Selbstverletzendem Verhalten zu erfahren, sowie über die Komorbidität von Selbstverletzendem Verhalten und Suizid.

Neben allgemeinen Daten zu Alter, Geschlecht, Beschreibung des Symptomkomplexes und Erfassung der gestellten kinder - und jugendpsychiatrischen Diagnosen, fanden sie

einen Zusammenhang zwischen Selbstverletzendem Verhalten und Suizidintendenzen und Selbstverletzendem Verhalten und Fremdaggressionen, sie fanden einen erhöhten Anteil an PatientInnen mit Intelligenzminderung, sowie gehäuft unspezifische, abnorme psychosoziale Umstände.

Spezifität hinsichtlich der Diagnose fanden sie nur bei Selbstverletzungen im Rahmen von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und hirnorganischen Schädigungen. Sie geben an, daß die Diagnosen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich andere als bei Erwachsenen seien und nennen folgende, von ihnen gefundene, gestellt nach ICD - 10 :

- Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen : 14%
- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen : 13%
- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend : 13 %
- Eßstörungen : 9 %

Ich werde jetzt eine weitere Untersuchung von Herpertz darstellen, die sich mit Diagnosen beschäftigt, mit der sie die Hypothese untermauern wollte, daß Selbstverletzendes Verhalten ein Selbstschutzmechanismus sei, mit dem überwältigende und unkontrollierbare Affekte gemindert oder abgewehrt werden könnten.

Herpertz untersuchte 60 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten, davon 53 Frauen (Altersdurchschnitt 26, 3 +/- 8, 6 Jahre) und 7 Männer (Altersdurchschnitt 26, 7 +/- 6, 1 Jahre), die zwischen Mai 1992 und Mai 1994 in einer Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychologie in Deutschland zur stationären Aufnahme kamen. Herpertz definiert Selbstverletzendes Verhalten folgendermaßen :

„Selbstverletzungsverhalten bezeichnet die wiederholte selbstzugefügte, direkte körperliche Verletzung ohne suizidale Absicht.“ (Herpertz, 115)

Die Daten wurden von der Autorin erhoben, die in der Anwendung der im folgenden aufgelisteten Instrumente erfahren war.

- Die Persönlichkeitsstörungsdiagnosen wurden nach DSM - III - R mit der Aachener Merkmalsliste zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen erhoben, deren Datenerhebung auf einer subtilen biographischen Anamnese, fremdanamnestischen Angaben, sowie einer Verhaltensbeobachtung während eines stationären Aufenthaltes beruht.
- Die klinischen Diagnosen wurden entsprechend der DSM - III - R - Kriterien erhoben.
- Merkmale des Symptoms Selbstverletzungsverhalten wurden mit einem halbstrukturiertem Interview erfaßt, das sich auf das innere Erleben der PatientInnen im zeitlichen Umfeld der Selbstverletzungshandlung bezog.
- Ergänzend wurde die deutsche Version des Self harm Behavior Survey (SBS) eingesetzt, einem Fragebogen, der typische Merkmale von Selbstverletzungsverhalten, aber auch biographische Merkmale abfragt.
- ein aus psychodynamischer Perspektive entwickeltes Fremdbeurteilungsinstrument zum psychischen und Sozialkommunikativen Befund, beruhend auf einem klinischen, fragebogengeleiteten Interview.
- am Ende des Aufenthaltes erfolgte ein Interview zu biographischen Traumata, ergänzend wurde durch den SBS auch schwere biographische Belastungen abgefragt.

Die erhobenen Häufigkeiten an biographischen Traumata wurde mit Daten von 60 PatientInnen einer Psychotherapiestation mit Schwerpunkt schwere Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, verglichen.

Herpertz interpretiert die Ergebnisse dahingehend, daß sich die zentrale Bedeutung von Selbstverletzendem Verhalten als dysfunktionaler Coping - Mechanismus herauskristallisieren würde, außerdem würden ihre Ergebnisse bisherige Literatur dabei bestätigen, daß biographischen Traumata eine wichtige Bedeutung in der Genese der Borderline - Persönlichkeitsstörung und des Selbstverletzendem Verhaltens zukäme.

Herpertz hat folgende Ergebnisse hinsichtlich der Diagnosen erzielt (Prävalenzen schließen Mehrfachdiagnosen ein):

Zunächst die klinischen Diagnosen :

Über 50 % hatten die Diagnose einer Eßstörung, darunter 20 % mit Bulimia Nervosa, gefolgt von Anorexie. Über 30 % betrieben Mißbrauch durch psychotrope Substanzen, am häufigsten mit Alkohol. Desweiteren kamen über 20 % affektive Störungen vor, sowie je 10 % Angst - und schizophrene Störungen.

Nun die Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen :

Die Hälfte der PatientInnen hatten eine Borderline - Persönlichkeitsstörung, ein Viertel hatten gar keine Persönlichkeitsstörung, danach folgten (nach Häufigkeit des Vorkommens) die histrionische, die dependente, die antisoziale und die schizoide Persönlichkeitsstörung.

Weitere Ergebnisse, die für meine Arbeit relevant sind werde ich in den betreffenden Kapiteln darstellen.

Ich beziehe mich hauptsächlich auf die Daten für den Erwachsenenbereich, da die „typische“ Selbstverletzungspatientin im jungen Erwachsenenalter ist. (vgl. Favazza & Conterio, 284 ; Graff et al., zitiert nach Hänkli, 41)

Im folgenden werde ich die wichtigsten Diagnosen kurz darstellen, sowie deren Zusammenhänge mit Selbstverletzendem Verhalten.

2.1 Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen der Borderline - Persönlichkeitsstörung

Von AutorInnen wie Gardner & Cowdry und Walsh & Rosen werde die offene Selbstverletzung als Manifestation einer Borderline - Persönlichkeitsstörung angesehen, so Herpertz und Saß. (Herpertz & Saß, 300)

Offensichtlich ist auf jeden Fall die hohe Anzahl an Borderline - Persönlichkeitsstörungen - Diagnosen bei PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten.

Herpertz fand in ihrer Untersuchung mit Selbstverletzungen - PatientInnen 50% mit Borderline - Persönlichkeitsstörung. (Herpertz, 119)

Bei Herpertz & Saß hatten 21 von 36 PatientInnen diese Diagnose. (Herpertz & Saß, 298)

Sachsse, Eßlinger und Schilling fanden in einer explorativen Studie mit der unter anderem der Zusammenhang vom Kindheitstrauma und späterer schwerer Persönlichkeitsstörung erklärt werden sollte, bei der leitfadengeleiteten Durchsicht von 43 Krankenakten von PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten, die zwischen 1977 und 1992 im niedersächsischen Landeskrankenhaus behandelt wurden, 28 mit der Diagnose Borderline - Persönlichkeitsstörung. (Sachsse & Eßlinger & Schilling, 16)

Die Borderline - Persönlichkeitsstörung wird, ebenso wie Selbstverletzendes Verhalten, überwiegend (zu 75 %) bei Frauen diagnostiziert. (DSM - IV, 737)

Aktuelle Publikationen weisen immer wieder auf den Zusammenhang zwischen Borderline - Persönlichkeitsstörung und Sexuellem Mißbrauch in der Anamnese hin. (Shearer et al.; Herman et al.; Dulz & Schneider; Bryer et al. und Stauss, zitiert nach Sachsse et al.)

Auch in Hinblick auf den Zusammenhang mit Sexuellem Mißbrauch gibt es Entsprechungen beim Selbstverletzendem Verhalten. (vgl. Kapitel 6. 3. 4.) Eine gute Übersicht über Studien zum Zusammenhang zwischen Borderline - Persönlichkeitsstörung und Sexuellem Mißbrauch geben Sachsse et al., die von ihnen genannten Prävalenzen reichen von 19% - 73% BorderlinerInnen, die sexuell mißbraucht worden sind. (Sachsse et al., 15)

Herman et al. berichten aus ihren Forschungen, daß die Wahrscheinlichkeit, daß ein Opfer Sexuellen Mißbrauchs Symptome einer Borderline - Persönlichkeitsstörung entwickle, stiege mit einem frühen Beginn und besonderer Schwere des Mißbrauchs. (Herman et al., 491)

Hänsli meint, daß sich im automutilativem Verhalten viele Facetten der Borderline - Persönlichkeitsstörung kristallisieren würden. Selbstverletzendes Verhalten werde als ein Zeichen für eine schwere Form der Borderline - Persönlichkeitsstörung betrachtet. (Hänsli, 80)

Selbstverletzendes Verhalten ist auch eines von neun diagnostischen Kriterien des DSM - IV, von denen mindestens fünf für die Diagnose Borderline - Persönlichkeitsstörung zutreffen müssen.

Ich stelle diese Kriterien kurz dar und belege den Zusammenhang zu Selbstverletzendem Verhalten anhand einiger Fallbeispiele :

1. Verzweifeltes Bemühen tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

Sachsse sagt, daß sich bei seinen Selbstverletzungs - Patientinnen regelmäßig eine ausgeprägte Angst vor dem Alleinsein fände. (Sachsse, 1995a, 33)

Er gibt hierzu auch ein Fallbeispiel :

Gestern nachmittag habe ich in unserer Wohngemeinschaft die Küche saubergemacht. Ganz plötzlich überfiel mich das Gefühl : Du bist hier ganz alleine! Alles veränderte sich. Die Küche wurde irgendwie unwirklich. Mich beschlich ein Gefühl, das ich überhaupt nicht beschreiben kann, so ähnlich wie in diesem entsetzlichen Kriegsfilm > Apocalypse Now <, so etwas wie - Grauen. Ja. Das trifft es vielleicht noch am ehesten. Ich konnte das nicht aushalten. Ich habe mir einfach ein Schälmesser gegriffen und geschnitten.

(Sachsse, 1995a, 42)

2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

Menschen mit Borderline - Persönlichkeitsstörung haben oft Probleme die Nähe, bzw. Distanz zu anderen Menschen für sich befriedigend zu gestalten. Der borderline - typische Mechanismus der Spaltung in nur „gut“ und nur „böse“ bringt die PatientInnen dazu, Bezugspersonen zu idealisieren und bei der geringsten realen oder phantasierten Zurückweisung zu verteufeln. (vgl. Sachsse, 1995b, 56; Herpertz, 117; Hänslis, 83 / 84) Solche Beziehungsmuster finden sich auch in Betreuungs - und therapeutischen Beziehungen wieder.

Hinsichtlich der Sexualität wird in der Literatur oft von promiskuoem Verhalten (vgl. Neun & Dümpelmann, 36 ff.) oder polymorph - perverser Sexualität gesprochen (vgl. Sachsse, 1995b, 52), Dulz und Schneider lehnen diese Begriffe ab und nennen den Sachverhalt „anhedonistisch - multivariante Sexualität“, da dies weniger negative Konnotationen hätte. (Dulz & Schneider, 20)

3. Identitätsstörung : ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung

Herpertz meint, daß das Grundproblem von Selbstverletzendem Verhalten sehr eng mit der Identitätsfindung verwoben sei. Bei der Untersuchung von 60 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten fand sie 67% deren Selbstwert gemindert war und 72% mit negativem Selbstverständnis. (Herpertz, 122; Untersuchung siehe Kapitel 2)

Nach Walsh et al. könne schon die Tatsache, sich selber zu verletzen, einer Person eine Identität geben, außerdem könne die sorgende, stützende Reaktion der Umwelt gegebenenfalls das Selbstwertgefühl kurzzeitig heben. (Walsh et al., zitiert nach Hänslis, 86)

4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren und Freßanfälle).

Herpertz fand Probleme der Impulskontrolle bei PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten (Herpertz, 120; Untersuchung siehe 2.)

Die von Coid et al. untersuchten 10 PatientInnen mit Borderline - Persönlichkeitsstörung, die sich auch selber verletzten, wiesen folgendes impulsives Verhalten auf (die

Reihenfolge entspricht der Häufigkeit der Nennungen): Anorexie, Bulimie, Alkohol - Mißbrauch, unvermittelte Übergriffe, Drogenmißbrauch, Promiskuität, Stehlen. (Coid et al., 545, die Untersuchung ist unter 4. 2. 1. genauer dargestellt)

Neun und Dümpelmann beschreiben folgenden Fall einer Frau mit impulsivem Verhalten :

Eine junge Krankenschwester kommt nach einem kurzfristigen stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung nach Tiefenbrunn zur klinischen Behandlung. Vorausgegangen war nach ihrer Schilderung ein Leben, seit Langem mit Angst und Panik ausgefüllt, in dem sie noch immer periodisch Bekannte hat aufsuchen können, um sich > abzulenken <. Dann aber habe sie sich andere > Fluchtwege < gesucht : Alkohol, jede Art von Beruhigungsmitteln, die sie als Krankenschwester entwenden konnte, sowie Drogen. Manchmal habe sie sich mit dem Messer in den linken Arm geschnitten oder mit dem Kopf solange an die Wand geschlagen, bis er ganz verbeult gewesen sei. In die Wunden habe sie dann noch Zitronensaft und Alkohol geträufelt, damit sie richtig brannten. Dann sei ihr inneres Gefühl der Leere etwas geringer geworden. Wenn das Blut floß, wurde sie ruhig, denn > da weiß man, was man hat < ... > und spürt sich wieder richtig <. Wegen zweimaliger Suizidversuche wurde sie in eine psychiatrische Einrichtung gebracht. Erst mit dem Zurücktreten der impulshaften Handlungen enthüllte sie eine Leidensgeschichte, in der der Körper in verschiedener Weise involviert war - dazu gehörte Erbrechen in Zuständen von Angst und Wut, Eßstörungen in der Pubertät, Promiskuität während der Zeit ihrer Ausbildung, selbstinduzierte, migräneartige Kopfschmerzen und - in der Gegenwart - die sichere Überzeugung, von einem 18jährigen Jungen, von dem sie sich abgelehnt fühle, schwanger zu sein. Erst bei der Frage, was denn wohl das Schlimmste für sie sei, antwortete sie : > Wenn ich mich wie in Watte fühle - das ist schlimm <.

(Neun & Dümpelmann, 36 ff.)

5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder - drohungen oder Selbstverletzungsverhalten

Dulz und Schneider berichten, daß es bei Menschen mit Borderline - Persönlichkeitsstörung oft schwer sei zu unterscheiden, ob es sich bei autoaggressivem Verhalten um ein „Agieren“, z.B. ein Erpressen von mehr Zuwendung oder um reale Suizidalität handele. (Dulz & Schneider, 32)

Frauen, die sich selber verletzen, haben häufiger schon Selbstmordversuche hinter sich und weisen ein höheres Risiko auf, in der Zukunft Selbstmord zu begehen. Sachsse spricht sogar davon, daß alle seine Selbstverletzungspatientinnen Selbstmordversuche hinter sich gehabt hätten. Er meint, daß das Krankheitsbild Selbstverletzendes Verhalten nach wie vor zu den lebensbedrohlichen Krankheiten zählen würde und selbst eine mehrjährige Behandlung keine Überlebengarantie sei. (Sachsse, 1989a, 32 und 158)

6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige, episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)

Herpertz nennt Probleme der Affektregulation bei Selbstverletzungen - PatientInnen, 65 % der von ihr untersuchten Patientinnen wiesen eine beeinträchtigte Affektsteuerung, bzw. Impulskontrolle auf. (Herpertz, 117 / 120, Untersuchung dargestellt unter 2.)

7. Chronische Gefühle von Leere

Viele PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten berichten von Leeregefühlen, oftmals ist dies der Zustand, der der Handlung vorausgeht. (Vgl. Eckhardt, 1994, 100, 101 und 214; Hänsl, 129)

Ein Fall von Herpertz kann dieses Gefühl verdeutlichen :

Ich verletze mich immer dann, wenn ich das Gefühl habe, etwas nicht aushalten zu können. Das ist insbesondere dann, wenn ich mich nicht wehren kann. Ich habe häufig in zwischenmenschlichen Situationen das Gefühl, mich nicht zur Wehr setzen zu können, ohnmächtig anderen ausgeliefert zu sein. Es passiert dann, wenn ich mich weit weg von mir selber fühle, auch meine Haut nicht mehr spüre. Mein Körper ist dann so schwer wie Blei, kraftlos, ich spüre ein taubes Gefühl, als ob alles einschläft - ich bin dann so leer. Durch die Selbstverletzung fühle ich mich wieder ganz da.

(Herpertz, 117)

8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder wiederholte, körperliche Auseinandersetzungen)

Borderline - Persönlichkeitsstörungen - PatientInnen bergen oft ein hohes aggressives Potential in sich. Sachsse versteht die vielen Impulsdurchbrüchen, vielen aggressiven autoaggressiven, süchtigen oder selbstschädigenden Dekompensationen von BorderlinepatientInnen als Bewältigungsversuch, ein Überschwemmtwerden mit traumatischen Erinnerungen durch „Agieren“, Handeln, Ablenkung und induzierte Reizüberflutung zu verhindern. (Sachsse, 1995b, 57)

Herpertz spricht von einer häufig vorkommenden herabgesetzten Impulssteuerung und einer defizitären Frustrationstoleranz, die auf ausgeprägte Defizite Affekte auszuhalten, hinweisen würden. (vgl. Herpertz, 120 - 122)

Herpertz & Saß beschreiben den der Verletzung vorangehenden Zustand von PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten :

„Die schnell eskalierende Dysphorie enthält ein hohes Maß an Wut, Verzweiflung, Angst, absoluter Hilf- und Hoffnungslosigkeit, also affektive Merkmale, wie sie bei Borderline - Persönlichkeitsstörungen berichtet werden. Ferner finden sich Rache- und Bestrafungswünsche gegen Andere und Furcht vor eigener Aggression, Schuldge-

fühle und Selbstvorwürfe. Die Verstimmung wird als unerträglich geschildert : kognitive Fähigkeiten sich vom Affekt zu distanzieren, ihn einzuordnen und zu charakterisieren stehen nicht zur Verfügung." (Herpertz, 298)

Herpertz fand in ihrer Untersuchung zur Phänomenologie, Genese und Psychodynamik Selbstverletzenden Verhaltens folgenden Interaktionsstil bei PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten : Der Interaktionsstil von Selbstverletzern mit anderen Menschen sei geprägt durch eine „ärgerlich – kämpferische Form der Auseinandersetzung". Dieses Muster beziehe eine durchgehende Tendenz zum Gekränktsein, zu Gefühlen von Wut, Feindseligkeit sowie Ansprüchlichkeit ein und schлüge sich typischerweise in Partnerbeziehungen von wechselseitiger Bemächtigung und Unterwerfung nieder. Bei 65 % der PatientInnen fand Herpertz die Affektsteuerung und die Impulskontrolle beeinträchtigt. (Herpertz,120; Darstellung der Untersuchung siehe 2.)

9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere, dissoziative Symptome.

Veränderungen der Wahrnehmung werden auch regelmäßig im Vorfeld von Selbstverletzungen beschrieben. (vgl. Kapitel 3. 2.)

Zu paranoiden Vorstellungen und dissoziativen Symptomen können auch die Derealisation und die Depersonalisation gezählt werden, währenddessen die Umwelt oder der eigene Körper und das Selbst verzerrt wahrgenommen werden. (vgl. Neun & Dümpelmann)

Die Abspaltung des Körpers vom Selbst bei Selbstverletzungen - und Borderline - Persönlichkeitsstörung - PatientInnen ist bedingt durch bestimmte, typische Abwehrmechanismen. (vgl. Sachsse, 1995a, 45 und 129)

Dulz und Schneider meinen, daß Menschen mit einer frühen Störung, wozu auch die Borderline - Persönlichkeitsstörung gehört, eher über unreife Abwehrmechanismen verfügen würden, das seien : Spaltung, primitive Idealisierung, projektive Identifizierung und Identifizierung mit dem Angreifer, Omnipotenzgefühl und Entwertung, und Verleugnung. (Dulz & Schneider, 34)

2. 2 Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen von Eßstörungen

Eßstörungen sind ein sehr weit verbreitetes Phänomen, auch hierbei sind vor allem Frauen betroffen. (DSM - IV, 623) Es gibt drei große Formen von Eßstörungen : Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimie (Eß - / Brechsucht) und Adipositas (Eßsucht).

Hänsli schreibt, daß die Koexistenz von Eßstörungen und Selbstverletzendem Verhalten augenfällig wäre. (Hänsli, 97)

Herpertz und Saß fanden bei 22 ihrer 36 Selbstverletzungs - PatientInnen gravierende Auffälligkeiten des Eßverhaltens, davon erfüllten 9 die DSM - III - R - Kriterien für Bulimie, 8 die einer Anorexie. (Herpertz & Saß, 298; Untersuchung ist unter 1. 4. dargestellt)

Herpertz fand bei 60 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten in ihrer Arbeit über 50% mit Eßstörungen, davon hatten die meisten die Diagnose Bulimie, gefolgt von Anorexie. (Herpertz, 119; Untersuchung vgl. Kapitel 2)

Winchel und Stanley bestätigen diese Ergebnisse und zitieren eine Untersuchung von Mitchell et al., die darauf stießen, daß Bulimie - PatientInnen mit Laxantienmißbrauch die höchste Rate an Selbstverletzendem Verhalten von der Gesamtgruppe der Eßgestörten hätten. (Winchel & Stanley, 308)

Einige AutorInnen postulieren eine Isomorphie zwischen Eßstörungen und Selbstverletzendem Verhalten. (vgl. Croß, zitiert nach Hänsli, 102; Favazza & DeRosear & Conterio, 359)

Hänsli versucht anhand der Durchsicht der Literatur zu diesem Thema Analogien zwischen Selbstverletzendem Verhalten und Eßstörungen deutlich zu machen. Hier nennt er als Gemeinsamkeiten unter anderem :

Den vornehmlichen Beginn in der Pubertät; das unwiderstehliche, zwanghafte, fast suchtartige Bedürfnis zu Schneiden, bzw. zu Verschlingen, zu Erbrechen oder zu Fasten; die emotional kathartische, selbstreinigende Funktion, die entlastende Wirkung; die appellative Wirkung des dargebotenen Marterbildes; den pathologischen Konflikt zwischen Körper und Selbst, unter anderem die Entfremdung vom Körper, ein negatives Körperbild; den Versuch, den Körper zu beherrschen; den Versuch, sich selbst und der Umgebung Macht, Autonomie und Unabhängigkeit zu beweisen; sexuelle Konflikte und den Suchtcharakter (die Handlung übernimmt längerfristig selber die Kontrolle). (Hänsli, 102 ff.)

In der im ersten Kapitel genannten Umfrage von Favazza & Conterio berichteten 61% der Frauen, daß sie aktuell oder in der Vergangenheit eine Eßstörung gehabt hätten. (Favazza & Conterio, 287)

Die Patientinnen von Sachsse hatten alle Eßstörungen, gegenwärtig, oder in der Vergangenheit. (Sachsse, 1995a, 48)

Das „caneis – syndrome“ mit dem Trias Selbstverletzendem Verhalten, Eßstörungen und histrionische Persönlichkeit wurde schon im Kapitel 1. 3. erwähnt.

Zur Demonstration des Zusammenhanges ein Fall von Favazza et al. :

<p>Eine 22jährige Patientin fügte sich mit 16 Jahren zum ersten Mal eine Schnittverletzung zu, weil sie - wie sie sagte - Schuld und Angst verspürte wegen ihres Unvermögens, ihren persönlichkeitsgestörten Vater von Suizidversuchen abzuhalten. Im geheimen schnitt sie sich während eines Jahres regelmäßig in die</p>
--

Brust, den Bauch und die Oberschenkel, weil sie - wie sie berichtete - sich danach besser fühlte, weil dadurch die Schuldgefühle sich abschwächten, die Angst sich verminderte und Episoden der Depersonalisation ein Ende fanden. Die offenen Hautbeschädigungen nahmen im Laufe einer 15monatigen ambulanten Behandlung ab, doch darauf erschienen neue Symptome : die Angst, an Gewicht zuzunehmen, und der Gebrauch von Appetitzüglern. Wenn sich der Zustand ihres Vaters jeweils verschlechterte, fügte sie sich wieder Schnittwunden zu; sie wurde deshalb mehrere Male für kurze Zeit hospitalisiert. Mit 19 Jahren wurde sie das erste Mal wegen Anorexie und Bulimie mit Laxantienmißbrauch hospitalisiert. Verbesserte sich diesbezüglich ihr Zustand, schnitt und brannte sie sich jeweils mit zunehmender Intensität, so daß zweimal in der Woche Wunden genäht werden mußten. Auch hatte sie > hysterische Anfälle < , in denen sie sich selbst verletzte. Während eines Jahres intensiver Psychotherapie verschwand das automutilative Verhalten vollständig, auch Symptome einer Eßstörung waren nicht mehr vorhanden. Darauf versuchte sie in ihrem Umfeld einige größere Änderungen zu vollziehen. Dies führte zu einer neuen Episode von Anorexie und Bulimie mit Laxantienabusus. Sie wurde erneut hospitalisiert, und als sie sich in der Klinik mit einigen realen und imaginären Zurückweisungen konfrontiert sah, begann sie wieder, sich selbst zu schneiden und zu brennen. Sie verließ die Klinik entgegen ärztlichem Rat und fand kurz darauf Aufnahme in einer Klinik mit einem speziellen Programm für Patientinnen mit Eßstörungen. Zur Ergänzung des Programms, nahm sie die psychotherapeutische Behandlung wieder auf. Während des darauffolgenden Jahres mißbrauchte sie sporadisch Laxantien; sie konnte ein knapp zufriedenstellendes Minimalgewicht halten und schnitt sich selber noch ein einziges Mal.

(Favazza et al., zitiert nach Hänslı, 97)

Der Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch in der Kindheitsgeschichte und Eßstörungen im Jugend - und Erwachsenenalter ist empirisch belegt. (vgl. Teegen)

Einen Zusammenhang zwischen Eßstörungen und Selbstverletzendem Verhalten fanden viele AutorInnen. (Goldney; Favazza & Conterio; Favazza et al.; Croß; Lacey; Herpertz & Saß; Teegen)

Teegen wollte mit ihrer Studie „Sexuelle Kindesmißhandlung und die Entwicklung von Eßstörungen“ (1998) zur Klärung der Häufigkeit traumabezogener Eßstörungen beitragen. Sie gab 541 Frauen, die sich über sexuelle Mißhandlung in der Kindheit bewußt waren und sich 1991 auf eine Fragebogenaktion in Frauenzeitschriften hin bei dem psychologischen Institut der Universität Hamburg gemeldet hatten, einen umfangreichen, vorstrukturierten Fragebogen mit 1315 Variablen mit Fragen zu allgemeinen Sozialdaten, Belastungen in der Ursprungsfamilie, Aspekte der sexuellen Traumatisierung, psychosoziale Folgen, somatische Viktimisierungsfolgen und Bewältigungsstrategien der Frauen. Sie unterteilte die Antworten in drei Untersuchungsgruppen :

1. ohne Angaben zu Eßstörungen
2. überwundene Eßstörung
3. chronische, aktuelle Eßstörung

47 % der Frauen machten Angaben zu Eßstörungen, 28 % litten noch zum Zeitpunkt der Untersuchung daran, diese machten hochsignifikant häufiger Angaben zu Depersonalisation und Selbstverletzendem Verhalten und waren in der Kindheit signifikant häufiger schwerwiegender Traumatisierung ausgesetzt und inzestuöser Mißhandlung durch mehrere TäterInnen. Teegen vermutet, daß Depersonalisation, Substanzmißbrauch, Störungen des Eßverhaltens - u.U. auch Selbstverletzendes Verhalten - automatisierte Strategien seien, die zur Stabilisierung des Selbstgefühls bei erhöhter Erregung einsetzen würden. (Teegen, 27)

2.3 Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen von Süchten

Zur Anschauung zunächst ein Fall von Dulz & Schneider :

Frau N. hatte über Jahre mittels aller denkbaren Drogen - einschließlich intravenös appliziertem Heroin - nach eigenen Worten versucht, ihre Angst zu bekämpfen, ohne daß ihr dies in ausreichendem Maße gelungen sei. Schließlich wurde sie mit Levomethadon (L - Polamidon) substituiert. Später begann sie die Therapie bei uns. Nachdem sie auf ihren Wunsch einschließlich Neuroleptika (Zotepin) keinerlei Medikamente mehr bekam, traten optische Pseudohalluzinationen bedrohlichster Art sowie eine massive diffuse Angst auf. Eine Entlastung suchte Frau N. durch Schnippeln zu erlangen. Es wurde - auch der Patientin - deutlich, daß sie mit Hilfe einer autoaggressiven Handlung (Drogeneinnahme) ihren seelischen Zustand zu stabilisieren versucht hatte. Nach dem Wegfall der Drogen trat an deren Stelle eine andere autoaggressive Handlung (Schnippeln).

(Dulz & Schneider, 31)

Sachsse berichtet, daß alle seine Patientinnen zumindest passager eine Abususproblematik aufwiesen, zum Teil mit Vollbild einer Alkoholikerin und betont, daß die Grenzen zwischen seelischen Krankheiten fließend seien, das Symptom Selbstverletzendes Verhalten süchtigen Charakter bekommen könne und ... „in jeder alltäglichen Belastungssituation zur Entlastung, wie eine Droge eingesetzt werde.“ (Sachsse, 1995a, 48)

Herpertz fand in der unter 2. beschriebenen Studie bei 60 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten über 30%, die Störungen durch Mißbrauch psychotroper Substanzen aufwiesen (am häufigsten war Alkoholmißbrauch, gefolgt von Mißbrauch von Sedativa und Hypnotika), 70 % wiesen eine geringe Frustrationstoleranz auf und Steuerungsschwäche - Eigenschaften, die Süchte begünstigen. (Herpertz, 119)

Dulz und Schneider sagen, daß Borderline Persönlichkeiten Drogen meist weniger wegen dem Rausch einsetzen würden, sondern zur Vermeidung von diffuser Angst und innerer Leere - demselben Gefühl, das häufig vor Selbstverletzungen auftritt. (Dulz & Schneider, 31)

Sachsse et al. nennen

„Suchtmittel, ein reizvolles Agieren oder SVV“

als

„Möglichkeiten, eine Retraumatisierung durch die Überflutung mit unverarbeiteten Erinnerungen an Traumata doch noch zu verhindern.“ (Sachsse et al., 18)

Resch et al. versuchen die Zusammenhänge zwischen Selbstverletzendem Verhalten und süchtigem Verhalten darzustellen, sie wenden die Abhängigkeitskriterien des DSM - III - R auf Selbstverletzendem Verhalten an und kommen zu dem Schluß, daß man Selbstverletzendes Verhalten als Verhalten mit Suchtcharakter interpretieren kann. Sie vertreten die Hypothese einer Isomorphie zwischen Substanzmißbrauch - der Sucht im klassischen Sinne - und repetitivem Selbstverletzendem Verhalten aufgrund von Entsprechungen im Bereich der Veränderungen des Opiatsystems, bei den biographischen Wurzeln und auf phänomenologischer Ebene. (Resch et al., 257)

Favazza fand bei seiner nicht - klinischen Untersuchung von 240 Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten, daß 28% über ihren Alkoholkonsum beunruhigt seien, 18 % sich als Alkoholikerinnen betrachteten und 30% schon illegale Drogen (Marijuana, Speed, Kokain und „Downer“ konsumiert hätten. (Favazza & Conterio, 287, Untersuchung im Kapitel 1. 5. 1.)

Lacey fand 1993 bei seiner Untersuchung von 112 Bulimikerinnen in einer Spezialklinik in London mithilfe eines Interviews über klinische und biographische Merkmale, demographische Daten, Krankengeschichte, die Eßstörung, Methoden der Gewichtskontrolle, andere selbstschädigende Verhaltensweisen - unter anderem mit dem Ziel selbsterstörerisches Verhalten und Suchttendenzen bei Bulimikerinnen zu erfassen - daß bei Bulimikerinnen repetitives Schneiden der Haut signifikant verbunden war mit Alkohol - und Drogenmißbrauch.

2. 4 Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ beinhaltet zunächst kein Selbstverletzendes Verhalten als Kriterium, jedoch wird selbstschädigendes Verhalten als mögliches zugehöriges Merkmal oder zusätzliche Störung dieses Krankheitsbildes genannt. (DSM - IV, 489)

Im DSM - IV werden folgende Kriterien für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gegeben :

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren :

1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Person beinhalteten.
2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt :

1. wiederkehrende und eindringliche, belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmung umfassen können.
2. wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis
3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback - Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
4. Intensive, psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor :

1. bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen
2. bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
3. Unfähigkeit einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)
7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht Karriere, Kinder, Ehe oder normal langes Leben zu haben)

D Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor :

1. Schwierigkeiten ein - oder durchzuschlafen
2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
3. Konzentrationsschwierigkeiten
4. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
5. übertriebene Schreckreaktion

E Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als einen Monat

F Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Akut : Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern

Chronisch : Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern

Verzögert : Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt

Zahlreiche AutorInnen stellen einen Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Posttraumatischer Belastungsstörung her. (vgl. u.a. Wenninger, 22 ff. ; Wirtz, 85; Woltereck, 108)

Herman hält die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung für nicht ganz zutreffend für Opfer Sexuellen Mißbrauchs, da Opfer eines langandauernden, wiederholten Traumas häufig eine sehr viel komplexere Symptomatik zeigen würden, sie schlägt ein Syndrom mit dem Namen „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ vor, bei dem sie - im Gegensatz zur Posttraumatischen Belastungsstörung - unter dem Kriterium „Störung der Affektregulation“ auch Selbstverstümmelung fassen würde. (Herman, 165 ff.; diese vorgeschlagene Diagnose stelle ich in Kapitel 6. 3. 3. 4. vor)

Sachsse et al. weisen auf die phänomenologischen Ähnlichkeiten zwischen der Borderline - Persönlichkeitsstörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung hin und zeigen, daß auch die Borderline - Symptomatik sich psychodynamisch als Traumafolge verstehen und konzeptionalisieren lassen könne. (Sachsse et al. , 17)

2.5 Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen der Multiplen Persönlichkeitsstörung

In den Standardwerken zur Diagnosestellung ist die Multiple Persönlichkeitsstörung mittlerweile als eigene Diagnose aufgeführt. (DSM - IV, ICD - 10) Was jedoch im DSM - III - R noch Multiple Persönlichkeitsstörung genannt wird, heißt im DSM - IV jetzt „Dissoziative Identitätsstörung“ und wird wie folgt definiert :

- Anwesenheit von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen (jede mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von der Beziehung zur und dem Denken über die Umgebung und das Selbst)
- Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person
- eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergeßlichkeit erklärt zu werden.

- Die Störung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Blackouts oder ungeordnetes Verhalten während Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktor zurück (z.B. komplex - partielle Anfälle) (DSM - IV, 552)

Das DSM - IV erwähnt unter zugehörigen Merkmalen und Störungen Selbstverletzungen als mögliches Symptom. (DSM - IV, 552)

Die meisten Autorinnen verwenden nach wie vor den Begriff Multiple Persönlichkeitsstörung, dem schließe ich mich an.

In der Literatur wird die Multiple Persönlichkeitsstörung vielfach als eine spezielle Form der Borderline - Persönlichkeitsstörung angesehen. (vgl. Dulz, 18)

Auch Huber schreibt, daß Frauen mit Multipler Persönlichkeitsstörung häufig dieselben oder ähnliche Symptome, wie bei der Borderline - Persönlichkeitsstörung aufweisen würden. (Huber, 158)

Die Tatsache, daß mehr Frauen als Männer von Multipler Persönlichkeitsstörung betroffen sind erklärt Huber damit, daß Frauen, bzw. Mädchen häufiger Opfer sexueller Mißhandlungen würden. (Huber, 38 ff.)

Der Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Multipler Persönlichkeitsstörung ist auch belegt. (vgl. Boon & Draijer, zitiert nach Hilsenbek, 1996, 51)

Selbstzerstörerisches Verhalten würden so gut wie alle Multiplen Persönlichkeiten kennen, so Huber, wobei dies oft eine aggressive Handlung einer zerstörerischen „Persönlichkeit“ gegen eine andere in ein und derselben Person sei. Dabei sei ein besonderes Problem, daß die verletzenden Persönlichkeiten selber die Konsequenzen nicht tragen müßten, selber keinen Schmerz empfänden und die verletzte Persönlichkeit oft keine Ahnung habe, woher ihre Verletzungen stammten. (Huber, 160 ff.)

Eine Frau mit Multipler Persönlichkeitsstörung berichtet von einer ihrer Persönlichkeiten, die sich selber verletzt :

Eine Person in mir geht gerne in die Disco und fährt sehr gerne Motorrad. Diese besagte Person hatte auch eine sehr lange Zeit unseren Körper verletzt. Ich muß sagen, daß diese Person nichts fühlte. Mittlerweile fühlt sie ein klein wenig. Und das Verletzen tat sie nur, wenn sie nicht wußte, wie sie sich anders abreagieren konnte. So mußte sie immer schneiden. Wenn sie Angst hatte, wütend oder zornig war, machte sie solche Verletzungen. Heute geht sie fast jeden Tag in`s Fitnesscenter und reagiert sich dort ab. Zu anfangs konnte ich sie damit nicht akzeptieren, da ich die Verletzungen merkte und fühlte wie weh es tat, Schnittwunden zu haben.

(Danker & Veith, 128)

Selbstverletzungen im Rahmen von Multipler Persönlichkeitsstörung scheinen auch häufig zwanghaft ausgelöst zu werden, so fanden Draijer und Boon 1993 in einer Studie über die Phänomenologie von Dissoziativer Störung in den Niederlanden mit 71 Pati-

entInnen unter Anwendung des strukturierten, klinischen Interviews für die DSM - IV - Diagnose „Dissoziative Störung“ und dem strukturierten Trauma - Interview bei 76 % der Interviewten Stimmen, die den PatientInnen Befehle zur Selbstverstümmelung gaben.

(Draijer & Boon, zitiert nach Hilsenbek, 1996, 55)

Zur Anschauung noch ein weiterer Fall von Dulz und Schneider :

Eine Patientin, Frau D., fiel immer wieder dadurch auf, daß sie sich, vor allem abends und nachts mit Scherben und anderen scharfen Gegenständen - zumeist oberflächliche - Hautschnitte zufügte. Über Monate teilte sie hierzu nur mit, daß sie dies zwar nicht wolle, aber auch nicht verhindern könne. Erst später war von Frau D. zu erfahren, daß nicht sie - Maria - sich schneide, sondern Martha, die ebenfalls in ihr stecke und eine böse Gewalt über sie habe. Noch später schrieb sie an ihre Therapeutin : > Wer ist Martha ? Wo kommt Martha her ? Ich kann noch nicht einmal sagen, ob sie männlich oder weiblich ist. Sie tut mir weh und will mich vernichten. Vielleicht will sie in meinen Körper und dort herrschen, wie sie Lust und Laune hat. Sie sucht sich eine Lücke in der Zeit, wo ich ihr gegenüber nicht genug Aufmerksamkeit hatte, und nun rutscht sie dort hinein - in mein Handeln, Denken. Sie übernimmt mich und versucht, auf ihre Art und Weise Alles kaputt zu machen. Sie quält mich regelrecht mit ihrem Gemache. Sie war schon immer da und sammelt Kräfte von mir, aber ich, ich verliere immer mehr an Kraft und kann mich kaum noch Aufrecht erhalten. Sie hat mir soviel Kraft weggenommen. Wenn sie es darauf abgesehen hat, mich tot zu machen, ich meine innerlich, um dann meinen Körper zu beherrschen ? ! Ich werde dann noch böser, als ich schon bin. Sie wird versuchen, mir die Therapie hier kaputt zu machen. Weil : Sie will Nichts, was mir gut tut oder gut tun könnte. Sie will, daß es mir schlecht geht. Martha will keine Hilfe. Aber ich will Hilfe und ich werde versuchen, zu kämpfen. Maria. <

(Dulz & Schneider, 16)

2. 6 Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen von Depressionen

Einen typischen Fall von Selbstverletzendem Verhalten mit depressiver Symptomatik schildert Holitzner :

Frau U. begab sich 26jährig in meine Behandlung. Sie gab an, sie leide unter depressiven Verstimmungen und Angstzuständen. Sie ritze sich seit ca. 4 Monaten die Haut der Unterarme auf, wobei sie starke aggressive Phantasien hatte. Sie meinte, sie müsse sich zerfetzen, auseinanderschneiden oder sich „zurechtschnippeln“, sich „in eine neue Fassung bringen“, so „wie ein Frisör die Haare trimmt“. Das Schnippeln trat in Anschluß an eine Ehekrise auf. 19jährig hatte sie einen 2 Jahre älteren Mann geheiratet. Aus der Ehe stammte eine zu Behandlungsbeginn 4jährige Tochter, die eine organische Krankheit hatte. Die Patientin fühlte sich mit den Sorgen um die Tochter alleingelassen und wollte sich deshalb von ihm trennen, wohl auch, um dann

frei zu sein, für einen idealen, versorgenden neuen Partner. Der Ehemann nahm die Trennungswünsche der Partnerin nicht ernst. Sie fühlte sich hilflos „wie ein Leichtgewicht“, wurde depressiv und entwickelte bald Angstgefühle und leichte Zwangssymptome.

(Holitzner, 322)

Frauen mit Depressionen können oftmals Wut nicht angemessen ausleben und sind gehemmt in der Fähigkeit, sich durchzusetzen. Ihre Konfliktlösung oder versteckte Auflehnung ist gekennzeichnet durch Vermeidung offener Konflikte aus Angst vor einer Trennung oder Verlust. Zu betrachten ist diese depressive Konfliktlösungsstrategie auf dem Hintergrund der Macht - und Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Männern und Frauen in dieser Gesellschaft. (vgl. Crowley Jack, 1993, 69 ff.)

Dieser erlernte, typisch weibliche Weg der Konfliktbewältigung führt nicht zu nach außen gerichteten Aggressionen, sondern zu innengerichteten Symptomen (vgl. Hurlmann, 1988, 106), folglich werden dann Aggressionen gegen sich selbst gewendet.

Crowley Jack beschreibt, wie sich eine negative Selbsteinschätzung bei Frauen mit Depressionen auswirkt :

„Diese beeinflusst Selbstwahrnehmung und Selbstachtung, führt dazu, daß die Wut gegen sich selbst gerichtet wird, bringt das Gefühl von Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit hervor und bewirkt eine tiefgreifende Lähmung.“ (Crowley - Jack, 118)

Herpertz fand bei klinischen Beobachtungen, daß von 60 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten 58 % aktuell depressive Symptome hatten, 73 % hatten dies früher, 85% waren früher suizidal. (Herpertz, 120)

Ghaziuddin et al. werteten retrospektiv die Krankenakten von allen PatientInnen der Adoleszenten - Psychiatriestation der Universität von Michigan (USA) von 1985 bis 1988 aus, um die Prävalenz von depressiven Erkrankungen (mood - disorder) bei sich selbst schneidenden Adoleszenten zu klären. Hinzugezogen wurden Informationen von SozialarbeiterInnen, Schulen sowie Beobachtungen der Krankenschwestern. Diagnosen wurden nach DSM - III - R gestellt. Die Informationen über die sich schneidenden PatientInnen wurden hinsichtlich PatientInnen - Charakteristik und Charakteristik der Selbstverletzenden Handlung zusammengestellt. Ghaziuddin et al. fassen die Ergebnisse wie folgt zusammen :

Adoleszente, die sich während ihres Klinikaufenthaltes schnitten, scheinen eine besonders schwer gestörte Gruppe darzustellen, bei ihnen fanden sich oft psychische Krankheiten in der Familie und Sexueller Mißbrauch in der Kindheit und es fände sich in dieser Gruppe ein hohes Ausmaß an klinischen Depressionen.

(Ghaziuddin et al., 105)

3 Das Erleben der Frauen

Zunächst zur Veranschaulichung ein Fallbeispiel von Eckhardt :

Der Kontakt mit der Umgebung bricht irgendwie ab. Es ist, als ob ich aus der Wirklichkeit herausrutschte. Der Zustand ist furchtbar. Ich habe Angst ich könnte wahnsinnig werden. Ich schlage mich, bis die Haut ganz rot ist. Ich dusche so heiß, daß ich mich fast verbrenne. Aber ich spüre nichts. Dann kommt der starke Drang, mir wehzutun. Ich schneide mich und lasse das Blut ganz lange über die Haut laufen. Das rote, warme Blut gibt mir ein Gefühl von Entspannung und Geborgenheit. Dann fühle ich auch wieder den Schmerz. Erst dann habe ich wieder das Gefühl, ich bin wieder in mir drin.

(Eckhardt, 1994, 117)

Die Selbstverletzende Handlung kann in verschiedene Phasen eingeteilt werden, ich stelle den idealtypischen Ablauf kurz dar und belege ihn mit Fallbeispielen, die das Erleben der Frauen besser veranschaulichen können.

3.1 Der Auslöser für die Selbstverletzung

Eckhardt sagt, daß manche Frauen sich selber verletzen, weil der Körper nicht spannungsfrei funktioniere, Ansprüche stelle, Ärger mache und führt dies auf eine Ablehnung des Körpers zurück. (Eckhardt, 1994, 153)

Auch andere, subjektiv durch die Selbstverletzerin empfundene, eigene Unzulänglichkeiten können Auslöser sein : Janus beschreibt den Fall einer 21jährigen Frau, die sich dann brenne und schlage,

„wenn sie böse auf sich sei. Besonders dann müsse sie sich strafen, wenn sie von einem Lehrer gelobt worden sei und dann Angst habe, er würde das Vertrauen verlieren, wenn sie einmal etwas schlecht machen würde.“

oder

„..., wenn sie etwas Verbotenes getan habe oder, wenn sie glaube, vor einer Prüfung nicht ausreichend gearbeitet zu haben.“ (Janus, 24)

Außerdem stelle die Selbstverletzungshandlung oft einen Versuch dar, mit zwiespältigen, oft innerlich überwältigenden Gefühlen, wie aggressiven - und Haßgefühlen, die nicht verbal geäußert werden können, klarzukommen. (Eckhardt, 1994, 181; vgl. Wirtz, 156)

Andere Auslöser seien Trennungssituationen (vgl. Hirsch, 1993, 74; Eckhardt, 1994, 181; Holitzner, 328), Unterbrechungen der Therapie (Eckhardt, 1994, 181) , oder wenn

hochidealisierte Objekte (z.B. die TherapeutIn, FreundInnen) in den Augen der Patientin versagten und damit unkontrollierbar würden. (Holitzner, 328)

So haben etwa Rosen et al. 1990 in den USA in einer 4 – Jahres Studie mit schwer gestörten Jugendlichen beobachtet, daß die Frequenz selbstverletzenden Verhaltens signifikant anstieg, wenn ein Ausscheiden einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters des Teams anstand (2 Wochen vorher). (Rosen et al., 183)

Nach Herpertz und Saß berichteten die meisten PatientInnen von belastenden zwischenmenschlichen Erlebnissen vor der selbstverletzenden Handlung, dabei handele es sich zumeist um reale oder angenommene Zurückweisungen. (Herpertz & Saß, 298)

Hänsli führt einen „ Sturm der Gedanken und Gefühle ", Gedankendrängen, schnellen Stimmungswechsel und instabile Umgebung als möglichen Auslöser für eine Selbstverletzung an. (Hänsli, 131)

Auch ein Symptomrückfall während der Therapie könne ein möglicher Auslöser für eine erneute Selbstverletzungshandlung sein, so Sachsse, da der Rückfall als Scheitern und Versagen erlebt würde und

„... die Patientinnen sich gelegentlich schneiden, weil sie sich geschnitten haben.“
(Sachsse, 1995a, 43)

Ähnliches berichtet Eckhardt :

„Schwierig kann es in der Therapie werden, wenn sich etwas an der Selbstverletzung und am Körpererleben ändert. Das klingt zunächst paradox. Wenn die betroffene Frau ihren Körper und sich selbst nicht mehr so hassen muß und zunehmend Körperempfindungen als etwas Genußvolles wahrnehmen kann, kann das mit erneut auftretenden Schuldgefühlen verbunden sein. Alte inzestuöse Ängste werden aktiviert, z.B. auch im Zusammenhang mit Partnerbeziehungen und sexuellen Erlebnissen. Manchmal kommt es zu erneuten Selbstverletzungen.“ (Eckhardt , 1994, 183)

Auslöser kann auch der Beginn oder das Erwarten der Menstruation sein. (Rosenthal et al., zitiert nach Eckhardt, 1994, 140; Favazza & Conterio, 286)

Gerade körperliche Berührung und sexuelle Erregung können auslösende Faktoren darstellen. (vgl. Sachsse, 1989b, 111)

Auch Janus berichtet von einer Patientin, die eine Verschlimmerung der Symptomatik zeigte, nachdem sie eine flüchtige Bekanntschaft mit einem jungen Mann gemacht hatte. (Janus, 24)

3.2 Die Gefühle unmittelbar vor der Selbstverletzung

Eckhardt beschreibt einen starken, inneren Spannungszustand, den die betroffenen Frauen erleben würden, der mit einer Art Rauschzustand verglichen werden könne, wobei die Betroffenen teilweise die Kontrolle über die Ich - Funktionen verlören. (Eckhardt, 1994, 43)

Manchmal versuchen Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten diesen Spannungszustand auch auf andere Art und Weise zu lösen.

So schreiben Herpertz und Saß, daß manche PatientInnen der selbstschädigenden Handlung z.B. durch Arbeiten, Kontaktaufnahme, Einnahme von Medikamenten oder Alkoholkonsum zuvorzukommen versuchen würden, sozusagen eine Handlungsalternative suchen würden.

(Herpertz & Saß, 299)

Eine solche Alternativhandlung beschreibt Pembroke :

„Ein Beziehungspartner ermutigte mich dazu, Geschirr zu zertrümmern, um die steigende Spannung zu lösen. Jemandem die Erlaubnis und den Raum zu geben, Schmerz und Zorn zu äußern ist eine gute Alternative.“ (Pembroke, 86)

Als ein, der Selbstverletzung unmittelbar vorangehendes Gefühl benennt Herpertz einen „diffusen Spannungszustand“, der hervorgerufen werde durch Angst - und Frustrationsintoleranz oder mangelnde Affektdifferenzierung. (Herpertz, 117)

Viele AutorInnen berichten von Depersonalisations - und Derealisationserscheinungen im Vorfeld einer Selbstverletzung (Hirsch, 1993, 4; Sachsse, 1995a, 43; Eckhardt, 1994, 116; Eckhardt & Hoffmann, 290 ff. ; Favazza & Conterio, 288)

Eckhardt und Hoffmann definieren Depersonalisation wie folgt :

„Im Zustand der Depersonalisation wird das eigene Selbst als > verändert < wahrgenommen. Seelische Vorgänge, Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle, Handlungen werden nicht mehr als zum Ich, bzw. zum Selbst gehörig, sondern als fremd, sonderbar, verändert erlebt. Das eigene Tun erscheint abgespalten, mechanisch, automatenhaft. Häufig ist der Körper in besonderer Weise einbezogen. Der ganze Körper oder Körperteile werden als unwirklich, als nicht mehr zum Körperselbst zugehörig erlebt. Einzelne Körperteile erscheinen verändert, viel größer / kleiner, viel dünner / dicker, wie taub, wie tot, wie abgestorben. Die Sinneswahrnehmungen, wie das Hören, das Sehen, das Tast - und Berührungsempfinden können gestört sein, ebenso wie allgemeine Körpergefühle, Appetit, Hunger und Durst.“ (Eckhardt & Hoffmann, 268)

Derealisation beschreiben sie folgenderweise :

„Bei der Derealisation wird die Außenwelt (äußere Objekte) als fremd, verändert, wie hinter einer Glaswand wahrgenommen. Depersonalisation und Derealisation treten in 50 % der Fälle gemeinsam auf.“(ebd., 268)

Eckhard und Hoffmann führen zur Illustration den Fall einer 27jährigen MTA an :

„Plötzlich kommt mir alles so fremd vor. Als ob mein Körper nicht mehr zu mir gehörte. Ich spüre ihn nicht mehr. Ich fühle mich wie abgestorben, wie tot. Es ist, als ob ich aus zwei Teilen bestünde. Ein Teil scheint ganz normal zu funktionieren, tut seine Arbeit und Alles. Die anderen merken das nicht. Der andere Teil scheint davon abgetrennt, als ob er nur beobachtet. Alles was ich tue kommt mir mechanisch vor. Ich gebe mir Befehle, weil ich nichts mehr fühle : Jetzt mußt du lachen, sag jetzt das, tu jetzt das. Der Kontakt mit der Umgebung bricht irgendwie ab. Es ist, als ob ich aus der Realität herausrutsche. Der Zustand ist furchtbar. Ich habe Angst, ich könnte wahnsinnig werden. Ich schlage mich in´s Gesicht, bis die Haut ganz rot ist. Aber ich spüre nichts. Ich dusche so heiß, daß ich mich fast verbrenne. Schließlich kommt der starke Drang, mir wehzutun....“

(ebd., 292)

Eckhardt und Hoffmann sagen, daß Depersonalisation eine Folge sexueller Mißbrauchserlebnisse in der Kindheit sein könne, wobei sie meinen, daß vielleicht das Kind das Heraustreten aus dem Körper, das „Ausklinken“ als eine Art Überlebensstrategie in der Mißbrauchssituation gebraucht und erlernt haben könne. (ebd., 293)

3.3 Der Akt der Selbstverletzung

Manche Frauen führen die Selbstverletzungshandlung wie eine Art Ritual durch. Eckhardt berichtet, daß sie sich bereits vorher überlegten, wie sie „es“ machen würden, und alle „Folterinstrumente“ vor sich aufbauten; einzelne Frauen würden auch sexuelle, erregende Gefühle haben, wenn sie sich selbst verletzten - dabei sei auch generell manchmal sexuelle Erregung mit Schmerz verknüpft, was aber von den Frauen selber als abartig oder schuldbesetzt erlebt würde. (Eckhardt, 1994, 154)

Auch Herpertz und Saß haben bei ihren PatientInnen „lustvolle Merkmale“ im Erleben der Selbstbeschädigung gefunden, vor allem beim Verlangen, ihr strömendes Blut zu fühlen und zu sehen. (Herpertz & Saß, 1994, 299)

Janus nennt es eine „autoerotische Komponente“, die er beim sorgfältigen Abtupfen aufgekratzter Hautstellen oder im rhythmisch gesteigerten Aufkratzen und Aufträufeln von Kölnisch Wasser fand. (Janus, 27)

Auch Hänslı berichtet von einem „persönlichem Ritual“, welchem viele folgen würden, z.B. in der Art wie die Rasierklinge, die Verbände, der Alkoholtupfer und andere Gegenstände bereitgelegt würden. (Hänslı, 81)

Bei manchen PatientInnen scheint der Ablauf des Selbstverletzungsaktes in allen Einzelheiten immer identisch zu sein. (Herpertz & Saß, 299)

Es gibt auch Frauen, die einen sehr bewußten Umgang mit ihren Selbstverletzungen pflegen, so schreibt Pembroke in ihrem autobiographischen Bericht :

„Ich entdeckte, daß die Selbstverletzung weniger große Schäden anrichtete, wenn ich dem Drang dazu sofort folgte und nicht tagelang versuchte, ihn zu unterdrücken.“

Und

„Ich mußte neue Wege gehen, um zu versuchen, den Schaden zu begrenzen. So kam ich dazu sehr langsam zu schneiden, manchmal über zwei bis drei Stunden. Ich lernte, darauf zu achten, wo ich mich schnitt, um die Verletzung größerer Blutgefäße und Sehnen zu vermeiden...“

(Pembroke, 87)

Exkurs - Das Schmerzempfinden während der Selbstverletzung

Die meisten sich selbst verletzenden Frauen berichten von partieller oder totaler Schmerzunempfindlichkeit während der Verletzungshandlung.

Favazza & Conterio fanden in ihrer Untersuchung, daß nur 10 % der Frauen, die sich selbst verletzten starken Schmerz verspürten, 23 % berichteten von mäßigem, 38 % von leichtem und 29 % von gar keinem Schmerz. (Favazza & Conterio, 286)

Sachsse sagt über das Schmerzempfinden seiner Selbstverletzungspatientinnen :

„Das SVV schafft hier ein Grenzerleben und vermittelt ein Gefühl von Lebendigkeit. Die anästhetische Haut wird wieder spürbar. Der Schnitt selbst ist schmerzfrei, erst nachträglich stellt sich ein begrenztes Schmerzempfinden ein. Das warme, pulsierende Blut ist ein Zeichen inneren Lebens.“ (Sachsse, 1995a, 43)

Herpertz und Saß fanden die beschriebene Hypo - oder Analgesie bei ihren PatientInnen entweder isoliert oder im Rahmen komplexerer Entfremdungserlebnisse. (Herpertz & Saß 299)

Zur Erläuterung gebe ich zwei Fallbeispiele von Eckhardt :

<p>Eine junge Frau, die sich wiederholt schwerste Säureverätzungen an den Beinen zufügte, berichtet, wie sie eigentlich vor Schmerzen schreien könnte, aber anstatt aufzuhören, macht sie immer weiter. Je stärker ihr Körper aufschreit, desto mehr wird er mißhandelt.</p>
--

Eine andere junge Frau, die sich wiederholt schwere Hautwunden zufügte, konnte trotz bzw. eigentlich gerade wegen heftigster, brennender Schmerzen nicht aufhören, die Haut immer noch mehr zu zerstören. Wenn sie den Schmerz, den Körper überwinden konnte, fühlte sie sich gut, überlegen, stolz und mächtig.

(Eckhardt, 1994, 153)

Manche Frauen empfinden Schmerzen, ertragen sie aber mit einer Art Triumphgefühl, Sachsse nennt dies „masochistischen Triumph“, dazu ein Beispiel von ihm :

„Ich kann allerhand ab. Vor drei Jahren habe ich mir mal einen Schraubenzieher durch die Hand gerammt und bin so in die Chirurgie gefahren. Dem Chirurgen ist fast schlecht geworden. Anfänger ! Er wollte mir sofort eine Leitungsanästhesie setzen, aber das habe ich abgelehnt. > Ohne Betäubung < habe ich gesagt. Es hat höllisch wehgetan, aber ich hab keine Miene verzogen.“

(Sachsse, 1995a, 128)

Eine mögliche Erklärung für die Schmerzunempfindlichkeit bietet Wirtz, sie berichtet davon, wie Frauen, die in der Kindheit sexuell mißbraucht worden sind, gelernt haben, in für sie unerträglichen Situationen mit dem Geist den Körper zu verlassen oder sich in einer Art Selbsthypnose völlig gefühllos zu machen. (Wirtz, 108)

3.4 Die Gefühle unmittelbar nach der Selbstverletzung

Die unmittelbar nach der Verletzung empfundenen Gefühle der Frauen werden überwiegend als positiv, entlastend beschrieben.

Favazza & Conterio haben die von ihnen untersuchten Frauen nach ihren Gefühlen nach der selbstverletzenden Handlung gefragt, dabei gab die Mehrheit an, daß es ihnen sofort nach der Selbstverletzung besser ginge, nach ein paar Stunden gaben schon 48 % an, daß es ihnen schlechter als vorher ginge, nach einigen Tagen berichteten nur noch 18 %, daß es ihnen besser als vorher ginge.

	Worse	No change	Better
Immediately	21 %	13 %	66 %
After a few hours	48 %	22 %	30 %
After a few days	50 %	31 %	18 %

(Favazza & Conterio, 286)

Herpertz und Saß berichten von einer raschen Entlastung, Spannungsminderung, einem sich - geistig - wieder - klarer - fühlen, sowie einer Hebung der Stimmungslage und des Selbstwertgefühls nach dem Akt der Selbstverletzung. (Herpertz & Saß, 300) Auch Eckhardt nennt ein gutes, euphorisches, entspanntes, angenehmes Gefühl, das bei vielen Menschen unmittelbar nach der Selbstverletzung aufträte. (Eckhardt, 1994, 100)

Eine von Himber interviewte Patientin sagt dazu (von der Verfasserin übersetzt) :

„Das Schneiden bringt ein Gefühl von Entspannung. So muß es sein, wenn ein Alkoholiker nach einer langen, langen Zeit einen Drink bekommt. Es ist ein friedliches, entspanntes Gefühl und dauert ungefähr eine halbe bis eine Stunde.“ (Himber, 623)

Viele AutorInnen beschreiben, daß gerade der Anblick des Blutes eine beruhigende Wirkung für die Selbstverletzerinnen habe. (vgl. Eckhardt, 1994, 156; Hirsch, 1989b, 16 ff. ; Favazza & Conterio, 286)

Himber schreibt, daß für den Großteil der von ihr interviewten Frauen das Blut sogar der Kern des Erlebens sei. (Himber, 623; Untersuchung siehe 1. 4. 1.)

Eine Betroffene schildert das folgendermaßen :

„Meinen Körper habe ich, er ist immer da, er kann mich nicht verlassen! Wenn das Blut warm und rot über meine Haut rinnt und ich den Kontakt spüre, dann fühle ich mich gut, dann bin ich wieder in mir drin, dann spüre ich, daß ich lebendig bin.“
(zitiert nach Eckhardt, 1994, 156)

Favazza & Conterio fanden, daß 25 % der sich selbst verletzenden Frauen gerne ihr Blut schmeckten. (Favazza & Conterio, 286)

Manche Frauen haben durch die Selbstverletzung auch Allmachtsgefühle und empfinden Stolz. Kernberg schreibt dazu :

„Bei manchen Patienten mit Selbstschädigungstendenzen > ... <, beobachtet man manchmal eine wahre Lust und einen enormen Stolz über diese Macht der Selbstdestruktion, eine Art von Allmachtsgefühl und Stolz darüber, daß man nicht auf eine Befriedigung durch andere angewiesen ist.“ (Kernberg, 149)

3. 5 Die Gefühle einige Zeit nach der Selbstverletzung

Bei den meisten Frauen ebbt das zunächst als überwiegend positiv - entspannt empfundene Gefühl, nach einiger Zeit ab und zurück bleiben Scham - und Schuldgefühle und Trauer. (vgl. Leibenluft et al., zitiert nach Herpertz und Saß, 300)

Resch et al. berichten von einer Patientin, bei der sich im Anschluß an den Spannungsabfall nach dem selbstverletzenden Akt, negative Gefühle des Ekels und der Schuld, sowie Angst vor entstellenden Narben einstellten. Außerdem nähme der Selbsthaß und die Verzerrung des Körperselbst mit jedem Akt zu. (Resch et al., 256)

„Einige Selbstbeschädiger zeigen ihre Narben mit einem selbstzufriedenem Stolz als Aushängeschild ihres Mutes“

, so Favazza. (zitiert nach Hänslı, 132)

Andererseits sahen 46 % der von Favazza & Conterio untersuchten Frauen ihre Narben als häßlich an und versuchten normalerweise sie zu verstecken. (Favazza & Conterio, 286)

4 Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten

Eine einzelne Ursache für Selbstverletzendes Verhalten ist noch nicht gefunden worden. Es gibt aber eine Vielzahl unterschiedlicher Erklärungsansätze. In den älteren Arbeiten überwiegen die klassisch - psychoanalytischen und lerntheoretischen Annahmen, während heute der psychodynamisch - psychoanalytische Ansatz, sowie schon länger auch biologische Ursachen diskutiert werden.

4.1 Lerntheorien zur Erklärung von Selbstverletzendem Verhalten

Die Original - Literatur zu lerntheoretischen Erklärungsansätzen für Selbstverletzenden Verhalten stammt zum großen Teil aus den siebziger Jahren und kommt aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum. (vgl. Carr; Brezowsky)

Vor allem Selbstverletzungen bei Kindern und Menschen mit geistigen Behinderungen wurden versucht lerntheoretisch zu erklären. (vgl. Rohmann et al.)
Zum Teil spielen die zugrunde liegenden Mechanismen jedoch auch für Selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne eine Rolle.

Es gibt drei große Lerntheorien : Das reaktive Lernen, das instrumentelle Lernen und das Lernen am Modell

Alle drei Theorien lassen sich auch auf Selbstverletzendes Verhalten anwenden, wie ich im folgenden anhand der vorhandenen Literatur vorstellen werde.

4.1.1 Klassisches Konditionieren als Erklärung für Selbstverletzendes Verhalten

Reaktives Lernen oder klassisches Konditionieren bedeutet, daß bei einem Individuum ein bestimmter Reiz eine bestimmte physiologische Reaktion auslöst. Dabei kann ein bisher neutraler Reiz, wenn er häufig gekoppelt mit dem auslösendem Reiz auftritt, später auch allein die nachfolgende Reaktion auslösen. (vgl. Sieland & Siebert, 127)

Außer Reiz und Reaktion spielten jedoch auch Organismusvariablen eine Rolle, auch für die Genese von Selbstverletzendem Verhalten, meint Brezowsky. (Brezowsky, 17)
Mithilfe dieses Ansatzes könnte man erklären, warum ein Individuum auf einen bestimmten Reiz gerade mit Selbstverletzungen reagiert. Die Reize entsprechen den unter 3.1 erwähnten Auslösern.

Als Erweiterung des reaktiven Lernens kann die Frustrations - Aggressionstheorie von Dollard et al. angesehen werden. Sie besagt, daß, wenn ein Individuum auf das ein Reiz eingewirkt hat an seiner Zielreaktion gehindert wird, über den Umweg der Frustration

als Ersatzreaktion autoaggressives Verhalten auftreten könne. (Dollard et al., zitiert nach Hänsli, 158)

Mit der Theorie des reaktiven Lernens und der Erweiterung, daß durch Generalisierung mit der Zeit auch ähnliche Auslöser zu demselben Verhalten führen können, könne man die Tatsache erklären, daß Selbstverletzendes Verhalten mit der Zeit bei vielen PatientInnen zu einer sich generalisierenden Antwort auf verschiedene, betrübliche intra - und interpersonelle Spannungen werde, so Herpertz. (Herpertz, 115)

4. 1. 2 Instrumentelles Lernen zur Erklärung Selbstverletzendem Verhalten

Beim Instrumentellen Lernen oder Operanten Konditionieren spielt die Konsequenz, die auf ein bestimmtes Verhalten erfolgt eine Rolle in Bezug auf Häufigkeit, Stabilität und Ausmaß dieses Verhaltens. Verhalten kann auf verschiedene Weise beeinflußt werden : internal oder external, es kann positiv oder negativ verstärkt werden oder durch Entzug positiver Reize oder Darbietung negativer Konsequenzen bestraft werden. Gelöscht werden kann ein Verhalten, wenn gewohnte Verstärker fehlen. (vgl. Sieland & Siebert, 132 ff.)

Diese Theorie besagt, daß Selbstverletzendes Verhalten durch positive oder negative Verstärkung aufrechterhalten wird. Das kann konkret bedeuten, daß wenn eine sich selbst verletzende Person durch ihr Verhalten Aufmerksamkeit bekommt, dies eine positive Verstärkung des Verhaltens bedeutet. (vgl. Hänsli, 159; Herpertz & Saß, 302) Herpertz & Saß konkretisieren diese Aufmerksamkeit und sagen, daß eine offene Selbstbeschädigung, insbesondere bei Bezugspersonen und medizinischem Personal, auf Angst, Besorgnis, Mitleid und Zuwendung stoße, auf diese Weise würden Wünsche der SelbstverletzerInnen nach Nähe und Versorgung erfüllt. (Herpertz & Saß, 302)

Negative Verstärkung könne vorliegen, wenn die Person durch die Selbstverletzungen eine für sie unangenehme Konsequenz oder Situation vermeidet oder ihr entgeht. (sie muß dadurch z.B. nicht zur Schule gehen, entgeht Anforderungen und Kritik) (vgl. Hänsli, 161; Janus, 26 / 27)

Automutilatives Verhalten könne auch intern negativ verstärkt werden, so Hänsli, Ausgang dafür könnten Angstträume, Halluzinationen, Depersonalisationen und Zwangsgedanken sein, denen die Person entgehen oder die sie beenden will. (Hänsli, 161) Herpertz interpretiert diesen Vorgang als einen Selbstschutzmechanismus zur Abwehr unkontrollierbarer, überwältigender Affekte. (Herpertz, 118)

In einer reizarmen Umgebung könne Selbstverletzendes Verhalten auch intern positiv verstärkend wirken, indem die, durch die Verletzung gesetzten Reize vielleicht erleichternd empfunden werden würden, so Brezowsky. (Brezowsky, 28 ; vgl. auch Selbststimulationshypothese 4. 4. 3)

4. 1. 3 Modellernen zur Erklärung von Selbstverletzendem Verhalten

Modellernen besagt, daß ein bestimmtes Verhalten, Einstellungen, emotionale Reaktionen usw. von einer anderen Person übernommen werden. Diese Person oder dieses Modell können real oder unreal sein (z.B. eine Comicfigur) . Im Allgemeinen wird Modellernen durch bestimmte Faktoren begünstigt :

Man lernt eher von Personen, die einen häufig verstärken, deren Liebesentzug und Strafmöglichkeit man fürchtet, deren eigenes Verhalten verstärkt wurde, die im Status höher sind, als man selbst und die einem selbst ähnlich erscheinen, z.B. bezüglich Alter oder Geschlecht. (vgl. Sieland & Siebert, 141)

Mit der Theorie des Modellernens läßt sich das zeitweilig epidemische Auftreten Selbstverletzenden Verhaltens auf psychiatrischen Stationen oder in Heimen erklären. (vgl. Streeck – Fischer, 108; Tameling & Sachsse, 63 und Kapitel 1. 4. 7)

4. 1. 4 Diskussion der Lerntheoretischen Ansätze

Alle Lerntheoretischen Ansätze gehen von einer Formbarkeit des Menschen aus und berücksichtigen kaum individuelle Unterschiede bezüglich Motivation, psychischem Zustand oder Geschichte der SelbstverletzungspatientInnen, noch gesellschaftliche Aspekte.

Die Theorie des Klassischen Konditionierens kann Hinweise geben, um mögliche Auslöser, die zu Selbstverletzungen führen zu finden, um sie zu analysieren und gegebenenfalls zu umgehen, zu vermeiden oder im Sinne einer aversiven Verhaltenstherapie neu zu besetzen.

Ausschließlich angewandt finde ich dies ein ziemlich pragmatisches oder auch oberflächliches Umgehen mit dem Symptom, da die Hintergründe des Selbstverletzungsverhaltens nicht hinterfragt werden. Diese Methode kann jedoch in bestimmten Situationen oder Therapiephasen, sowie in Kombination mit anderen Psychotherapien sinnvoll sein. (vgl. Kapitel 7. 2)

Die Theorie des Instrumentellen Lernens kann hilfreich sein, um den Prozeß der Verfestigung Selbstverletzenden Verhaltens zu erklären und dagegen zu wirken. Dies kann zum Beispiel durch eine Umgangsweise geschehen, die nicht positiv verstärkend wirkt und gleichzeitig Alternativverhalten zeigt. Solch ein Ansatz, der leicht Erziehungscharakter bekommen kann, hat allerdings kaum Sinn, wenn die Selbstverletzung, wie es beim offenen Selbstverletzenden Verhalten oft der Fall ist, impulshaften -, zwanghaften - oder Suchtcharakter hat. Diese Methode findet vor allem Anwendung bei Kindern oder Menschen mit Behinderungen.

Die Theorie des Modellernens ist sinnvoll für das Ergründen des häufig epidemiar-tigen Auftretens von Selbstverletzendem Verhalten, vor allem bei gemeinsamer Unter-bringung in Jugendeinrichtungen und Psychiatrien. Jedoch scheint mir der Prozeß der Ansteckung noch komplexer zu sein, als die bloßige Nachahmung eines begehrten Mo-dells, vielmehr scheinen auch komplizierte Mechanismen eine Rolle zu spielen, wie der des „destruktiven Neides“, wo eine erbitterte Konkurrenz darum entstehen kann, wem es schlechter geht. (vgl. Sachsse, 1995a, 109)

4.2 Der Kognitive Ansatz zur Entstehung von Selbstverletzendem Verhalten

Der Kognitivismus besagt, daß die Interaktionen des Menschen mit seiner Umwelt Ausdruck oder Resultat eines kontinuierlichen Informationsaustausches seien. Das Ver-halten sei von komplexen Handlungsplänen und -steuerungen zur Erreichung von Zie-len bestimmt. Aus strukturierten Erfahrungen baue sich jeder Mensch eine kognitive Ordnung der Wirklichkeit auf und leite Erwartungen über zukünftige Ereignisse ab. (vgl. Sieland & Siebert, 174 und Wenninger, 45)

Bei SelbstverletzerInnen herrschten Kognitionen der Selbstverurteilung, Selbstkritik und Selbstbestrafung vor, stellte Benuum mit Hilfe des Beck'schen Depressionsin-ventars fest. (Beck, zitiert nach Herpertz & Saß, 302)

Eine andere kognitive Eigenart von Borderline - Persönlichkeiten und Menschen, die sich selbst verletzen sei das "Schwarz - Weiß - Denken", das zu extremen Interpretation zwischenmenschlicher Situationen und starken emotionalen Reaktionen und Stim-mungsschwankungen führe, so Herpertz. (Herpertz, 117)

Selbstverletzendes Verhalten kann nach diesem Ansatz als dysfunktionale Form von Problemlösungsstrategien aufgefaßt werden. (vgl. Herpertz & Saß, 302)

4.2.1 Diskussion des Kognitiven Ansatzes

Es ist evident, daß bei SelbstverletzerInnen bestimmte Kognitionen, wie z.B. die der Selbstverachtung vorherrschen und es ist auch logisch, daß diese Kognitionen Verhal-ten, Erfolg und Mißerfolg im späteren Leben bestimmen können. Der kognitive Ansatz hilft, auf diese unzweckmäßigen oder im Extremfall destruktiven Denkmuster auf-merksam zu werden und gibt Hilfestellung zum Umgang damit. Meines Erachtens indi-vidualisiert dieser Ansatz zu sehr das Problem der sich selbst verletzenden Frauen, ge-sellschaftliche Faktoren werden außer Acht gelassen.

4.3 Medizinische / Biologische Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten

Auch viele medizinische und biologische Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten beziehen sich auf stereotype Selbstverletzungen, die vor allem bei angeborenen Krankheiten auftreten, so z.B. beim Lesch - Nyhan - Syndrom.

Konkret auf Selbstverletzendes Verhalten beziehen sich die Theorien zur Bedeutung der Neurotransmitter und die Endorphinhypothese, die davon ausgehen, daß der Stoffwechsel von Menschen mit Selbstverletzendem Verhalten verändert gegenüber dem „Normalzustand“ sei.

4.3.1 Die Endorphin - Hypothese

Die Endorphin - Hypothese besagt, daß vor der selbstverletzenden Handlung der Endorphinspiegel niedriger als im Normalzustand sei und so der Drang zur Selbstverletzung entstände. Durch die Selbstverletzung nun würde der Spiegel der endogenen Opioide im Körper ansteigen und zu einem tranceartigen, entspannten Bewußtseinszustand führen. Der Anstieg der Opioide sei auch für die oft vorkommende Analgesie ursächlich.

Unter Hinzuziehung der Lerntheorien könnte man erklären, daß diese, einmal positiv erlebte, Entspannung immer wieder herbeigeführt wird. (vgl. Winchel & Stanley, 309; Richardson & Zaleski, Letters)

Chernaik stellt zudem die Vermutung auf, daß wiederholte traumatische Erlebnisse in der Kindheit (z.B. Sexueller Mißbrauch) dazu geführt haben könnten, daß ein ständig erhöhter Endorphinspiegel bestand und dieser Zustand später in Streßsituationen gesucht oder gebraucht würde. (Chernaik, 1421; vgl. auch Kirmayer & Carroll)
Diese Hypothese könnte den zum Teil suchtartigen Charakter von Selbstverletzendem Verhalten erklären.

Carroll et al. fanden, daß bei PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten der Ausdruck von Ärger und Wut in ihrer Kindheit in der Familie oft eingeschränkt oder bestraft wurde. (Carroll et al., 852)

Kirmayer und Carroll vermuten, daß Kinder, die regelmäßig körperlich angegriffen wurden und deren eigene aggressive Reaktionen strikt verboten wurden, erhöhte Endorphinspiegel ausgebildet haben könnten. Fehlender oder Verlust von sozialem Kontakt würde den Endorphinspiegel senken und zu einem Zustand erhöhter Spannung und Dysphorie führen, der durch die Selbstverletzung beendet werden könne. (Kirmayer & Carroll, 212)

Die durch Streß induzierte, opioidvermittelte Analgesie wird auch im Tierreich beobachtet, wo sich Angriffserregung und Schmerzerleben ausschließen. (Herpertz & Saß, 302)

Eine Studie zur Endorphinhypothese haben Coid et al. 1983 vorgelegt. Sie haben 10 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten eines Krankenhauses auf ihren Metenkephalin - Spiegel (ein Opiod) hin untersucht. Dazu wurde ihnen um 9 Uhr morgens Blut abgenommen und auch auf andere Neuropeptide hin untersucht (Corticotrophin, N - lipotrophin, C - lipotrophin). Als Kontrollgruppe dienten 5 ambulant betreute PatientInnen, die denselben Kriterien entsprachen, aber seit mindestens zwei Monaten frei von Selbstverletzungshandlungen waren. Kriterien für die Auswahl der ProbandInnen waren :

- Mindestens drei vorhergegangene Selbstverletzungsepisoden
 - Borderline - Persönlichkeitsstörung
 - Drogenfreiheit seit mindestens drei Wochen
 - Mindestens zwei Selbstverletzungsepisoden, die gekennzeichnet waren durch Schmerzfremheit, Depersonalisation oder Derealisation oder gefolgt wurden von einer temporären Befreiung von Spannungsgefühlen, Dysphorie oder Depersonalisation
- Es wurde ein signifikant erhöhter Metenkephalinspiegel bei den stationär behandelten PatientInnen gefunden, die Höhe des Spiegels schien unter anderem abhängig zu sein von der Schwere der Selbstverletzungen und dem zeitlichen Abstand zur Selbstverletzenden Handlung.

Coid et al. weisen hin auf die begrenzte Aussagekraft dieser Ergebnisse - zum einen, da eine Messung der Neuropeptide im Liquor cerebrospinalis repräsentativer erscheint für die cerebrale Opioid - Aktivität, als die Messung im Plasma, und zum anderen das Heranziehen von ambulant behandelten PatientInnen als Kontrollgruppe nicht von gleichen Ausgangsbedingungen ausgeht und nicht die mögliche Erhöhung des Metenkephalin - Spiegels durch Streß aufgrund unspezifischer psychischer Krankheit berücksichtigt. (Coid et al.)

Resch et al. meinen, daß bisher erbrachte Befunde zum Endorphinsystem bei Menschen mit Selbstverletzendem Verhalten nicht spezifisch seien. Es gäbe noch keine ausreichenden Belege für eine zusammenfassende Modellvorstellung. (Resch et al., 255)

4. 3. 2 Die Dopamin - Hypothese

Die VertreterInnen der Dopaminhypothese vermuten, daß bei Menschen, die sich selbst verletzen, eine Irregularität des dopaminergen Systems bestünde mit einer Übersensibilität der Dopaminrezeptoren. (Hänsli, 156)

Winchel und Stanley geben einen Überblick über Untersuchungen, die sich mit der Bedeutung von Dopamin für Selbstverletzendes Verhalten beschäftigen. Die meisten Untersuchungen sind Studien mit Menschen mit Lesch - Nyhan - Syndrom, sowie Tierversuche mit Dopamin - Agonisten (z.B. Koffein, Amphetamin). (Winchel & Stanley, 311)

Winchel und Stanley meinen, daß es zuwenig Beweise für diese Hypothese gäbe, die Ergebnisse könnten eventuell brauchbar sein für das Verstehen der Selbstverletzungen im Rahmen des Lesch - Nyhan - Syndroms, seien allerdings nicht auf Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen von anderen Störungen übertragbar. (ebd., 310)

4. 3. 3 Die Serotonin - Hypothese

Die Serotoninhypothese beinhaltet die Vermutung, daß sich PatientInnen, die sich selbst verletzen im gereizten Zustand einen niedrigeren Serotoninspiegel aufweisen, als gereizte PatientInnen ohne Selbstverletzendes Verhalten. Vor allem bei Persönlichkeitsstörungen mit Impulsivität, Aggression und Selbstverletzung korreliere eine geringe serotonerge Aktivität mit gravierenden Selbstverletzungen. (Hänsli, 156)

Winchel und Stanley geben einen guten Überblick über die Forschung zum serotonergen System. Die Serotoninhypothese wird vor allem gestützt durch Versuche mit Medikamenten, deren Wirkstoffe auf die serotonerge Aktivität wirken, wie z.B. Fluoxetin (vgl. Winchel et al.), Clomipramin (vgl. Swedo et al., zitiert nach Winchel & Stanley), Trazodone (vgl. Patel et al., zitiert nach Winchel & Stanley). (Winchel & Stanley, 311)

Simeon et al. machten 1992 eine Untersuchung zum Zusammenhang von psychologischen und biologischen Korrelaten bei Selbstverletzungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen.

Sie wollten herausfinden, ob sich Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die sich selbst verletzen unterscheiden von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die sich nicht selber verletzen und zwar hinsichtlich Impulsivität, Aggression und anderer Psychopathologie. Außerdem wollten sie prüfen, ob serotonerge Dysfunktion zu Selbstverletzungen beiträgt.

Ich werde in meiner Arbeit nur die biologischen Aspekte dieser Studie darstellen.

Sie untersuchten 26 SelbstverletzerInnen mit Persönlichkeitsstörungen und 26 Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die sich nicht selber verletzen, rekrutiert aus einer Gruppe von 202 Personen, die Suizidversuche hinter sich hatten und für eine andere Forschungsarbeit zur Verfügung standen.

Die biologischen Messungen umfassten den CSF 5 - HIAA Spiegel (ein Hauptmetabolit von Serotonin) und die Anzahl der imipraminbindenden Rezeptorstellen der Blutplättchen.

Blutplättchen werden analog der serotoninfreisetzenden Neuronen betrachtet, weil ihre Aufnahme, Speicherung und Freisetzung von Serotonin denen der präsynaptischen Neuronen entsprechen. Imipramin wirkt Serotonin - Aufnahme hemmend.

Es gab keine Unterschiede bezüglich serotonerger Funktionen zwischen SelbstverletzerInnen und der Kontrollgruppe, aber eine signifikante, negative Korrelation zwischen dem Grad der Selbstverletzung und Impulsivität und den gemessenen imipraminbindenden Rezeptoren.

Auch von anderen AutorInnen sei eine serotonerge Dysfunktion mit psychiatrischen Erkrankungen in Verbindung gebracht worden.

Simeon et al. folgern, daß serotonerge Dysfunktion Selbstverletzendes Verhalten fördern kann, verweisen aber darauf, daß weitere Untersuchungen nötig seien. (Simeon et al.)

Ein anderer Serotonin - Aufnahme - Hemmer, Citalopram, wurde von Stein et al. zur Behandlung von Trichotillomanie, eine Diagnose die gewisse Ähnlichkeit mit Selbstverletzendem Verhalten aufweist, getestet. Sie gaben 13 im Krankenhaus neuvorgestellten Frauen und einem Mann mit Trichotillomanie ambulant eine sich steigernde Dosis Citalopram. Alle zwei Wochen wurden die PatientInnen zu Nebenwirkungen und Symptomen befragt. Von den 13 PatientInnen, die die Studie bis zum Ende mitmachten, sprachen 38, 5 % auf das Medikament an.

Die AutorInnen folgern, daß weitere Untersuchungen nötig seien, bevor erwiesen sei, daß das Medikament besser als Placebos wirke. (Stein et al.)

In Tierversuchen sei Aggression mit Serotoninerschöpfung in Zusammenhang gebracht worden. Versuche mit 5 - Hydroxytryptophan, einem Serotonin - Vorläufer, an Menschen mit Lesch - Nyhan - Syndrom, die sich selber verletzten seien nicht eindeutig gewesen, außerdem sei die Übertragbarkeit von Ergebnissen beim Lesch - Nyhan - Syndrom auf andere Formen von Selbstverletzungen zweifelhaft, so Winchel & Stanley. (vgl. Winchel & Stanley, 311)

Winchel und Stanley verbinden auch den Deprivationsansatz mit biologischen Erklärungsversuchen :

Vor allem in Gefängnissen, Erziehungsanstalten für jugendliche Straftäter, Einrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen und Stationen der Jugendpsychiatrie werde immer wieder von Selbstverletzungen berichtet, die erst nach der Aufnahme auftreten, so Winchel und Stanley. Sie weisen hin auf Beobachtungen an Affen, wo Selbstverletzendes Verhalten fast ausschließlich in Gefangenschaft beobachtet worden sei, außerdem sei schon länger bekannt, daß Isolation Aggressionen hervorrufe, die sich auch in der 5 - HIAA Konzentration im Gehirn niederschlagen würden. Isolation könnte sich auch in einem erniedrigten Serotoninspiegel äußern. (Winchel & Stanley, 313)

Auch Tantam und Whittaker sagen, daß die Kombination von Vernachlässigt - Sein und Gefangen - Sein leicht zu Selbstverletzungen führen könne (z.B. bei gefangenen Primaten, Menschen in Einzelhaft oder bei Jugendlichen, gefangen in einem gestörten Familiensystem).(Tantam & Whittaker, 452)

4. 3. 4 Diskussion der medizinischen und biologischen Hypothesen

Die meisten Studienergebnisse zu den biologischen Hypothesen halte ich für zweifelhaft, da jeweils schon die Untersuchungssituation so eine Besonderheit darstellte, daß zum Beispiel die Aufmerksamkeit und Zuwendung, die die ProbandInnen durch die Untersuchungen erhalten haben, eine Auswirkung auf die Ergebnisse haben konnte, dies wurde meines Erachtens gar nicht oder nicht genügend berücksichtigt.

Denn Selbstverletzendes Verhalten tritt umgekehrt proportional zur Häufigkeit der Zuwendung auf. (vgl. van Törne, 268)

Auch die Möglichkeit einer Auswirkung der Hospitalisierung auf den Stoffwechsel der Untersuchten wurde nicht in Betracht gezogen. Gerade in Bezug auf die Beobachtungen von Winchel & Stanley, die Deprivationsbedingungen mit verändertem Stoffwechsel in Verbindung bringen, halte ich das für zwingend notwendig.

Auch stellt sich bei veränderten Stoffwechselprozessen die Frage, ob sie Auslöser für krankhaftes Verhalten oder aber Begleiterscheinung sind.

Bei Studien zu biologischen Grundlagen eines bestimmten Verhaltens kann nur eingeschränkt auf Zusammenhänge geschlossen werden, da es meines Erachtens zu viele unbekannte Variablen gibt.

Die Endorphin - Hypothese kann Bausteine liefern zum Verständnis der Schmerzempfindlichkeit vieler Selbstverletzungs - PatientInnen, desweiteren kann sie eventuell den in manchen Fällen suchtartigen Charakter und die Steigerung der Stärke, sowie der Häufigkeit der Verletzung erklären. Vor allem für die medikamentöse Therapie kann dies eine Rolle spielen, jedoch wird auch hier die Persönlichkeit der Patientin, sowie das Umfeld nicht beachtet. Vor allem die neueren Ansätze, die die Endorphinhypothese mit Kindheitstraumata verbinden sind sehr interessant, sind aber für die Praxis - außer gegebenenfalls für die Medikation - nicht brauchbar, da sie keine Ansatzpunkte für Veränderungen bieten.

Ähnliches gilt für die Untersuchungen mit Neurotransmittern, die sich meist auf PatientInnen mit angeborenen Krankheiten, z.B. Lesch - Nyhan - Syndrom, beziehen. Außer für die medikamentöse Behandlung scheinen sie mir kaum brauchbar zu sein, und auch dafür reichen die vorhandenen Ergebnisse nicht aus - die Wirksamkeit gegenüber Placebogaben ist noch nicht gesichert.

4. 4 Der Deprivationsansatz zur Erklärung Selbstverletzenden Verhaltens

Der Deprivationsansatz besagt, daß Menschen unter Isolationsbedingungen oder aufgrund der Entbehrung von Zuwendung in der Kindheit, krank werden können.

4. 4. 1 Die klassische Deprivationstheorie zur Erklärung Selbstverletzenden Verhaltens

Die klassische Deprivationsforschung bezieht sich vor allem auf Entwicklungsstörungen und Krankheiten von Kindern, die deprivierenden Bedingungen ausgesetzt sind.

Begründer der Deprivationsforschung war René Spitz, der Untersuchungen machte mit Heimkindern, die durch emotionale Vernachlässigung (Verlust an liebender Zuwendung und Zärtlichkeit durch eine konstante Bezugsperson) schwere Verhaltensauffälligkeiten bis hin zum psychischen Verfall (Marasmus) zeigten.

So sagt Spitz, daß die Katamnese der anaklinischen Depression und des Hospitalismus zeige, daß beim Fehlen der Objektbeziehung die Entladung aggressiver Strebungen un-

möglich gemacht würde und der Säugling die Aggression dann gegen sich selber als das einzige ihm verbleibende Objekt richten würde. (Spitz, 1959, 93)

Die Beobachtungen von Spitz wurden unterstützt durch Tierstudien von Harlow et al., bei denen die Auswirkung früher Deprivation (Aufzucht durch Stoffmutter) auf Rhesusaffen beobachtet wurde. Die so aufgezogenen Affenkinder konnten nicht spielen, keine reifen Sozialbeziehungen aufnehmen, zeigten unkontrollierbare Ängste, Ausbrüche heftiger Erregung und (Selbst-) Zerstörungswut. (Harlow et al., zitiert nach Paar, 150)

Auch bei Menschen, die sich selbst verletzen, finden sich oft deprivierende Bedingungen in der Kindheitsgeschichte (kindliche Konfrontation mit Krankheit und Verlust, früher Objektverlust, Realtraumata in Form körperlicher und sexueller Gewalt). (vgl. Holitzner, 324; Favazza & Conterio, 282)

4. 4. 1. 1 Diskussion des Deprivationsansatzes

Auch der Deprivationsansatz bezieht sich vor allem auf die frühe Kindheit, als ausschlaggebenden Zeitpunkt für die Entstehung Selbstverletzenden Verhaltens. Er zeigt auf, was ein Kind an Zuwendung braucht für eine gesunde Entwicklung. Wenn dieses Wissen abgesichert, verbreitet und auch angenommen werden würde, z.B. durch Erziehungsberatungsstellen, Kindergärten, und Schulen, könnte dies sicher einen Beitrag zur Prävention von psychischen Krankheiten allgemein leisten.

Das Wissen um das Prinzip und den Mechanismus der sensorischen und emotionalen Deprivation könnte auch dazu beitragen die derzeitigen Bedingungen in Heimen für Menschen mit Behinderungen, Kinder- und Jugendheimen, sowie Gefängnissen zu verbessern.

4. 4. 2 Die Selbststimulationshypothese

Als Spezifizierung oder Ausbau der Deprivationshypothese, kann man die sogenannte Selbststimulationshypothese ansehen. (vgl. Brezowsky, 17)

Brezowsky beschreibt die Selbststimulationshypothese :

„Die Grundannahme dieser Erklärung besteht darin, daß ein Organismus, dem von der Umwelt zu wenig Reize entgegengebracht werden, versucht, dieses Ungleichgewicht durch das selbstständige Setzen von Reizen aufzuheben.“ (Brezowsky, 17)

Wenn es beim Deprivationsansatz mehr um emotionale Deprivation geht, so geht es bei der Selbststimulationshypothese eher um sensorische Deprivation, wobei Beides oft miteinander verbunden ist. (vgl. Hänsli, 145; Spitz, 1967, 294)

Stimulationsbedarf ist auch bei „normalen“ Erwachsenen vorhanden, der dann etwa durch Achterbahnfahren, Bunjee - Jumping (Hänsli, 147 und 133), schnelles Autofahren, Sport oder Sex befriedigt wird.

Sachsse meint, daß das weit verbreitete habituelle Nagelbettreiben, das Haarausreißen, sowie das Wunden - Aufkratzen auch der Autostimulation dienen würde. (Sachsse, 1995a, 56)

Stimulationsbedarf könnte auch der Grund sein für das sogenannte „Agieren“ oder impulshafte Handeln bei Menschen mit Borderline - Persönlichkeitsstörungen (vgl. Dulz & Schneider, 26) und bei Gefängnisinsassen, die ja in der Regel auch unter Deprivationsbedingungen leben und bei welchen Selbstverletzendes Verhalten auch gehäuft vorkommt. (vgl. Hänsli, 147, Untersuchungen dazu haben Coid et al., 1992; Holley et al, 1988; Turner & Tofler, 1986 u.a. gemacht)

Hilsenbek formuliert den Zusammenhang zwischen Selbstverletzungen und Deprivation folgendermaßen :

„Für eingesperrte und ohnmächtige Menschen erscheint der eigene Körper als das einzige Zielobjekt für Impulse; Handlungsfreiheit ist tatsächlich nur gegen sich selbst möglich.“

(Hilsenbek, 1998, 110)

Carr führt folgende Studienergebnisse zur Unterstützung der Selbststimulationshypothese an :

- Bei institutionalisierten Waisenkindern, die aus Personalmangel alleine in ihrem Kinderbettchen liegen mußten, wurde beobachtet, wie sich diese selbst ohrfeigten, was als „Stimulationshunger“ interpretiert wurde.
- Bei Waisenkindern, die ohne Spielsachen in ihren Betten gehalten wurden, verschwand das selbstschädigende Verhalten, wenn ihnen Spielsachen hineingegeben wurden
- normale Kinder zeigen das Kopfschlagen (Übergangsphänomen im Alter zwischen dem 8. und 10. Monat) hauptsächlich vor dem Einschlafen, wenn sie allein im dunklen Raum im Bett liegen, also in einer Situation stark verminderter Stimulation
- bei einem behinderten Erwachsenen, der an sein Bett festgebunden war, wurde das Symptom des Kopfschlagens geringer, sobald man ihm verschiedene sensorische Reize anbot.

(Carr, 1977, zitiert nach Hänsli, 145)

Um den Zusammenhang zwischen Deprivation und Selbstverletzendem Verhalten darzustellen, zitieren Eckhardt und Hoffmann ein Experiment von Vernon und McGill (1960), bei denen gesunde Menschen sensorischer Deprivation ausgesetzt wurden (Camera silens), was zu Körperwahrnehmungsstörungen, Raum - und Selbstwahrnehmungsstörungen führte und die Versuchspersonen nach drei Tagen häufig zum Sich - Selber - Zufügen von Schmerzreizen brachte, um der quälenden und ängstigenden Gefühllosigkeit zu entgehen. (Eckhardt & Hoffmann, 291)

Erlittene Deprivation in der Kindheit kann auch im späteren Leben früher erlernte Bewältigungsmechanismen (hier : Selbstverletzung) wieder auftreten lassen. So sagt van Törne, daß Automutilationen der frühen Kindheit im allgemeinen in der Vorpubertät verschwinden, dies sei begleitet von einer Zunahme von Heteroaggressivität. Wenn diese Heteroaggressivität nun durch das Verhalten der Umwelt als schuldhaft erlebt werden würde, könne sie nicht an der Objektwelt ausgelebt werden, sondern würde sich erneut gegen den eigenen Körper richten. (van Törne, 269)

Favazza führt Studien an, nach denen isoliert aufgewachsene Affen als Erwachsene mit größerer Wahrscheinlichkeit als ihre normal aufgewachsenen Artgenossen auf automutilative Verhaltensweisen zurückgreifen würden, weil ihre erlernten sozialen Fähigkeiten und ihre Möglichkeiten mit neuen Situationen umzugehen, mangelhaft seien und sie u.a. deshalb vermehrt Frustrationserlebnissen ausgesetzt seien, die sie seit frühester Kindheit mit automutilativem Verhalten zu bewältigen gelernt hätten. (Favazza, zitiert nach Hänsli, 149)

Diese Tatsache könnte unter Umständen auch das beibehaltene oder neu auftretende Selbstverletzende Verhalten bei Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen erklären helfen.

Eine zu geringe Reizaufnahme kann jedoch nicht nur durch eine reizarme Umgebung bedingt sein, sondern auch durch organische Störungen, die die Reizaufnahme behindern. (Tameling und Sachsse, 62)

Und unter Umständen könne auch eine Überstimulation mit Reizen zum Anstieg stereotyper Selbststimulationen führen, so Brezowsky. (ebd.)

4. 4. 2. 1 Diskussion der Selbststimulationshypothese

Die Theorie der Selbststimulation hat eine ähnliche Bedeutung wie der Deprivationsansatz, sie kann einen Beitrag leisten zum Verständnis der Ätiologie und Funktion von Selbstverletzendem Verhalten. Sie hebt die Bedeutung der Stimulation für den Menschen hervor und kann daher Anstöße geben für einen veränderten Umgang mit Kindern, PatientInnen, etc. und kann eventuell Alternativhandlungen (andere Formen der Stimulation) zu Selbstverletzendem Verhalten aufzeigen. Aber auch dieser Ansatz berücksichtigt keine gesellschaftlichen Aspekte. Die Übertragbarkeit der angefügten Studien mit Tieren, Kleinkindern und Menschen mit Behinderungen auf Erwachsene mit Persönlichkeitsstörungen ist nicht geklärt.

4. 5 Psychoanalytische Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten

Es gibt eine Vielzahl psychoanalytischer Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten. Hänslı gibt einen guten Überblick darüber. (Hänslı, 163 ff.)
Gemeinsam ist ihnen, daß sie das Symptom Selbstverletzung als Ausdruck unbewußter, seelischer Konflikte ansehen, deren Ursprünge in der frühen Kindheit liegen (vgl. Eckhardt, 1994, 170)

Ich werde drei psychoanalytische Ansätze kurz darstellen : den psychodynamischen Ansatz, die Konzeption Selbstverletzenden Verhaltens als Manifestation des Todestriebes und die Auffassung von Selbstverletzendem Verhalten als Handlung an einem Übergangsobjekt .

4. 5. 1 Der Psychodynamische - Psychoanalytische Ansatz

HauptvertreterInnen dieses Ansatzes sind Sachsse und Eckhardt.
Zentral für die Psychodynamisch - Psychoanalytische Theorie ist die Bedeutung, die der frühen Kindheit beigemessen wird, vor allem der Phase der Symbiose und der Ablösung vom ersten wichtigen Beziehungsobjekt, der Hauptbezugsperson - in unserer Gesellschaft meist die Mutter oder eventuell der Vater. (vgl. Draijer, 129)

Viele Patientinnen mit Selbstverletzendem Verhalten würden in der Anamnese schon von Schädigungen in der Schwangerschaft und problematischen Geburtsverläufen berichten, so Sachsse. (Sachsse, 1989, 96)
Die Symbiose sei bei seinen Patientinnen stets nachhaltig gestört gewesen, die Mütter waren sämtlich psychisch krank (u.a. Depressionen, Suizidalität, Alkohol - oder Medikamentenabhängigkeit) und waren nicht als genügend gutes Mutterobjekt vorhanden. In der Interaktion mit der psychisch kranken und überforderten Mutter konnte das Kind bereits auf dem Weg der „Affektansteckung“ ein depressives Lebensgrundgefühl erwerben. Die Mütter brauchten die Patientinnen zur eigenen Stabilisierung, die Kinder übernahmen Elternfunktionen (Parentifizierung) für ihre Mütter. Deprivationserfahrungen und Kindesmißhandlung würden zu einem kumulativem Trauma führen mit der Folge einer Dissoziation des Ich. (ebd., 98)

Das Fehlen in der Kindheit erlernter innerer Objekt Konstanz führe bei Patientinnen mit Selbstverletzendem Verhalten bei Alleinsein regelmäßig zu innerseelischen Spannungszuständen und würde als Objektverlust verarbeitet. (vgl. ebd., 103)

Sachsse beschreibt die Psychodynamik seiner Patientinnen in der frühen Kindheit folgendermaßen :

„Teile des Ich erfahren eine seelische Frühreifung, verbunden mit einer Flucht aus der Symbiose in die Autarkie. Andere Ich - Anteile bleiben in einer archaischen Abhängigkeit fixiert, suchen Einheit mit einem symbiotischen Mutterobjekt und erfahren so keine Entwicklung. Da durch die Traumatisierung der kindliche Reizschutz wiederholt durchbrochen wurde, ist das Körper - Ich in seiner Ausbildung besonders gestört. Entschei-

dend für die spätere Symptomatik ist, daß der Körper von Anfang an nicht in`s Selbst integriert werden kann, dem er eigentlich zuzurechnen ist.“
(Sachsse, 98)

Aufgrund der Integration guter und schlechter Bilder von der Elternperson (fürsorgliche und strafende Anteile) und eigener guter und schlechter Anteile wird im Normalfall die Fähigkeit erworben, Widersprüche und Ambivalenzen zu ertragen. Wenn aufgrund kalter und ablehnender Eltern sich das Kind subjektiv nicht von ihnen lösen kann, bleibt die Spaltung in gut und böse erhalten. Das Kind glaubt nicht, daß es selber böse sein darf und dennoch geliebt wird, es schafft sich aus narzißtischem Selbsterhaltungstrieb die Illusion einer liebevollen Elternperson und unterdrückt aggressive Gefühle gegen sie, ist überzeugt von der eigenen Schlechtigkeit. (vgl. Draijer, 129 / 130)
Draijer meint, daß diese Dynamik zu Schuldgefühlen, Selbsthaß, Depressionen, unkontrollierbarer Wut und selbstzerstörerischen Tendenzen führen könne (ebd.).

Das vegetative Erleben nach frühkindlichen Traumata bliebe auf der Stufe einer Regulierung nach dem Nirwanaprinzip fixiert, daher würden alle vegetativen Spannungszustände als dysphorisch - unlustbetont verarbeitet. Resultat dieser Fixierung wäre die durchgehende Anhedonie und Genußunfähigkeit der Selbstverletzungspatientinnen, sowie instabile und nicht libidinös besetzte Körpergrenzen. Als Konsequenz würden Spannungszustände betäubt durch oral - süchtiges Verhalten. (Sachsse, 1989, 99)

Bezüglich der Selbststruktur schreibt Winnicott :

„Die Selbstgrenzbildung ist abhängig von guten Grenzerfahrungen, insbesondere von einer genügend guten mütterlichen Umgebung.“ (Winnicott, zitiert nach Paar, 152)

Sachsse meint, daß Deprivation in der Säuglingszeit zu einer Selbstspaltung führen würde, da der symbiotische, bedürftige, schwache, vegetativ - viszerale Körper - Selbst - Anteil als Quelle nur - unlustvoller Spannungszustände nicht in das Selbst integriert werden könne. Auch dazu beitragen würde die Benutzung des eigenen Körpers, innerhalb der Familiendynamik zur Befriedigung und narzißtischen Reparation anderer. (Sachsse, 1995a, 37 ff.)

Die ganze Kindheit hindurch machten seine Patientinnen die Erfahrung, daß sie nicht selber über ihren Körper bestimmen konnten, daß er nicht ihnen gehörte, zunächst durch die narzißtisch bedürftige Mutter, dann durch die Mißhandlungen oder den Sexuellen Mißbrauch der Väter. (ebd.)

Der nicht in`s Selbst integrierte, nicht libidinös besetzte Körper, der Objekterfahrungen enthalte (Traumatisierungen), übernehme Objektfunktionen, so Paar. Diese Vermutung führt Paar zur folgenden Interpretation von Selbstbeschädigungen :

„In der Selbstbeschädigung wird die Dynamik der Traumatisierung durch ein schädigendes Objekt reinszeniert und als Drama am eigenen Körper dargestellt“ (Paar, 152)

Parallel zu der aus frühen Traumatisierungen resultierenden Abspaltung und / oder Abwertung des Körpers entstünde ein narzißtisch besetzter Selbstanteil, der Leistung, Perfektion, Selbstbeherrschung und Funktionsfähigkeit als Inhalte habe und aus der Parentifizierung, der Übertragung früher Verantwortlichkeiten, der Flucht aus der Symbiose in die Autarkie und der nicht selten guten Intelligenz der Kinder entstünde. Die Kinder entwickelten ein Perfektion forderndes Ich - Ideal, jedes kleine Versagen, jede Unzulänglichkeit führe dann zu einer massiven Selbstabwertung. (vgl. Sachsse, 1995a, 101)

Häufige Deprivation im Wechsel mit Mißhandlungen als Säugling würden dazu führen, daß ein „pervers - gutes Objekt der Symbiose“ internalisiert werde, welches später Selbstfürsorge durch das Zufügen von Schmerz herbeiführen würde. (Sachsse, 1995a, 38)

Sachsse, der auch immer wieder auf die hohe Inzidenz von körperlicher und sexueller Gewalt in der Kindheitsgeschichte seiner selbstverletzenden PatientInnen hingewiesen hat, beschreibt die Dynamik schwerer, traumatischer Erfahrungen (vgl. auch Exkurs Traumatheorie):

„Traumata zerstören temporär die Ich - Funktionen und das mit ihnen verbundene gute Objekt. >...< Die reale Erfahrung der Niederlage und zumindest temporären Zerstörung des guten Objektes einschließlich des mit ihm verbundenen seelischen Apparats hinterläßt die Angst davor, alles gute könnte erneut zerstört werden und untergehen.“

(Sachsse, 1995b 50 und 54)

Psychodynamische Folge von extremen Realtraumata sei auch eine schwer gestörte Verdrängungsfähigkeit, deshalb würden durch Schlüsselreize traumatische Erinnerungen wieder wach werden, die dann verleugnet oder abgespalten werden müßten. (Sachsse, 1995a, 40)

Auch defizient seien bei SelbstverletzerInnen die Ich - Funktionen Binnenwahrnehmung inklusive Affektdifferenzierung, die Frustrationstoleranz, die Fähigkeit zum Umgang mit Trieben und Affekten, die Antizipationsfähigkeit und die realistische Wahrnehmung bedeutsamer anderer im Rahmen der Objektbeziehungen, so Sachsse, Selbstverletzendes Verhalten sei solange nicht entbehrlich, wie es nicht durch angemessene Ich - Funktionen ersetzt sei. (ebd., 1995a, 72)

4. 5. 2 Selbstverletzendes Verhalten als Manifestation des Todestriebes

Menninger vertritt eine klassisch psychoanalytische Position, die auf dem Freud'schen Triebkonzept beruht (Todestrieb vs. Libido). Menninger interpretiert Selbstverletzung als Kompromissbildung eines Konflikts zwischen

1. den vom Über - Ich unterstützten, aggressiv - destruktiven Impulsen und

2. dem Willen zu leben (und zu lieben).

Eine partielle oder lokale Selbstzerstörung diene dem Zweck, unwiderstehliche Triebe zu befriedigen und gleichzeitig deren Folgen zu entgehen. (Menninger, zitiert nach Hänsli, 163 / 164)

Der reale Wert der Selbstverstümmelung könne darin liegen, einen vollendeten Suizid abzuwenden und könne somit den Preis darstellen für den Sieg des Lebenstriebes über den Todestrieb.

Desweiteren behauptet Menninger, daß bei jeder Verstümmelung eines anderen Organs, dieses Organ nur ein unbewußter Repräsentant des Geschlechtsteils sei.

Hänsli faßt Menningers Konzept zusammen :

„Automutilation wird nach dieser Konzeption verstanden als symbolische oder (selten) tatsächliche Selbstkastration, welche die Funktion eines Selbstrettungsversuches hat, indem die zerstörerische Kraft des Todestriebes in Grenzen gehalten wird (partieller Suizid).“ (Hänsli, 164)

4. 5. 3 Selbstverletzendes Verhalten innerhalb der Theorie des Körpers als Übergangsobjekt

Die Vorstellung von Übergangsobjekten geht auf die Beobachtung zurück, daß Säuglinge, die reale, körperliche Anwesenheit der Mutter zu einem bestimmten Zeitpunkt durch Phantasie ersetzen können. Dazu benutzen sie sogenannte Übergangsobjekte, z.B. eine Schmusedecke, einen Teddybär oder Übergangsphänomene wie Daumenlutschen oder Riechen an ihren Fingern. Später reicht dann die Fähigkeit die Mutter als Erinnerungsbild in sich zu haben. (vgl. Paar, 153; Hirsch, 1989b, 10)

Mit dem Sinn die abwesende Mutter zu repräsentieren, könnte auch das häufig beobachtete Schaukeln oder Kopfschlagen der Heimkinder interpretiert werden. (vgl. Hirsch, 1989b, 14 und Kapitel 4. 4. 1)

Zweck der Verwendung von Übergangsobjekten sei häufig die Überbrückung regressiver Zustände, wie Angst, die Kontrolle über die Realität zu verlieren und die Müdigkeit in der Zeit vor dem Einschlafen genannt, sie hätten reparative und kompensatorische Funktionen, so Hirsch. (ebd., 10)

Auch eigene Körperteile könnten als Übergangsobjekte betrachtet werden, denn Menschen, die sich selber verletzen würden oft den Körper aufgrund früher Deprivation und späterer traumatischer Überstimulierung abspalten und als „Nicht – Ich“ empfinden, so Hirsch. (ebd., 15) :

„Spaltungen in frühreife Anteile, Ich - Dissoziation, tranceähnliche Zustände sind in Fällen von Selbstverstümmelung als geradezu charakteristisch beschrieben worden. Ich meine, in Situationen, die nicht zu bewältigen sind, wird zu einer derartigen Ich - Spaltung gegriffen, die den Körper als äußeres Objekt erschafft und dadurch das übrige

Selbst von unerträglicher Spannung entlastet, denn der Körper ist so das böse Objekt, das Aggression, Schuld und Bestrafung auf sich zieht, gleichzeitig aber wie ein Mutterobjekt als präsent erlebt wird und vor Alleinsein schützt.“ (ebd., 28)

Zum Beispiel könne der Körper eines anorektischen Mädchens ein Übergangsobjekt darstellen, das als idealisiertes Mutterobjekt von dem Mädchen erschaffen und gleichzeitig beherrscht wird. (ebd.,14)

Häufig scheint die Haut, als Grenzorgan zwischen Selbst und Außenwelt, und das Blut die Rolle eines Übergangsobjektes, noch im Erwachsenenalter zu spielen. (vgl. ebd., 16)

Herpertz meint, daß die Haut als Übergangsobjekt stellvertretend für die frühen Beziehungspersonen wütend verunstaltet und bestraft werde, aber gleichzeitig auch Züge eines tröstenden Mutterintrojektes trage und daß die Gefahr bestünde, daß die eigene Haut immer mehr an die Stelle der Objektwelt träte. (Herpertz, 117)

4. 5. 4 Diskussion der psychoanalytischen Ansätze

Die psychoanalytischen Ansätze gehen im Grunde genommen alle auf die Theorien Sigmund Freuds zurück, dieser hat einen wichtigen Beitrag geleistet zum Verständnis von unbewußten Prozessen und Hinweise für Therapiemöglichkeiten gegeben. Leider ist seine Leugnung des Sexuellen Mißbrauchs seiner Patientinnen und die Umdeutung dessen in Phantasien, sowie sein Modell der psychosexuellen Entwicklung Grundlage auch für neuere psychoanalytische AutorInnen gewesen. Die neueren AutorInnen, die Selbstverletzendes Verhalten beschreiben, thematisieren jedoch alle Sexuellen Mißbrauch und körperliche Mißhandlung, sowie dessen besondere Dynamik in der Kindheitsgeschichte ihrer Patientinnen.

Alle psychoanalytischen Ansätze berücksichtigen die individuelle, frühe Kindheit der Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten. Leider wird oft noch die Verantwortung der Mutter zugeschoben, die es verpaßt hätte in der symbiotischen Phase den Grundstein für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes zu legen - der Vater hingegen wird kaum erwähnt. Zum Teil werden Aspekte zur besonderen Bedeutung des Körpers für Frauen erwähnt. (vgl. Eckhardt, 1994)

Für die intrapsychische Dynamik eines Traumas in der Kindheit, aber auch des aktuellen Verhaltens bieten die psychoanalytischen Ansätze, vor allem der Psychoanalytisch - Psychodynamische Ansatz wertvolle Deutungen. Gesellschaftliche Aspekte werden gar nicht berücksichtigt.

4.6 Kommunikationsansatz

Die zentrale These des Kommunikationsansatzes ist, daß die Ursache für Selbstverletzendes Verhalten in einer Störung der Kommunikation liege, die es dem Individuum unmöglich mache, befriedigende Kontakte - auch in Form von Heteroaggressionen - zu seiner Umwelt aufzubauen. (van Törne, 273)

Selbstverletzendes Verhalten entwickle sich vor diesem Hintergrund durch bestimmte zusätzliche Lernvorgänge und affektive Erlebnisse als ein Versuch des Individuums, sich für das kommunikative Defizit einen Ersatz zu verschaffen.

Van Törne bezieht sich hier auf verschiedene Formen von Selbstverletzungen (bei neurotischer Fehlentwicklung, Autismus, Psychosen, Hirnwerkzeugstörung und geistiger Behinderung), er sagt, daß ihre Gemeinsamkeit eine als unüberbrückbar empfundene Störung der Kommunikationsmöglichkeit sei, diese könne ihre Ursache in hirnorganischen Besonderheiten oder Milieunoxen haben. Auf unterschiedlichem Weg entstände ein Zustand - vom Individuum als unbefriedigend oder angstausslösend empfunden - der den Austausch von Zeichen und Symbolen zwischen den Einzelnen und seiner Umwelt einschränke, verändere oder unmöglich mache. (ebd. 264)

Er beschreibt den von der normalen Entwicklung abweichenden Prozeß für Neurosen folgendermaßen :

„Neurotische Fehlentwicklungen machen es dem Individuum durch Aufbau von Abwehrmechanismen in einem mehr oder weniger ausgedehntem Bereich unmöglich, eine befriedigende Kommunikation aufzubauen, so daß man von einem abwehrbedingten Kommunikationsdefizit sprechen kann.“ (van Törne, 264)

Hänsli betont die besondere Bedeutung der Haut für die Bewältigung der Kommunikationsstörung : Die Haut sei dasjenige Organ, daß die Grenze zwischen innerer und äußerer Welt festlege und gleichzeitig, als Sinnesorgan, den Kontakt zur Außenwelt herstelle. Für Kommunikation sei diese Grenze nötig, bei zu großer Durchlässigkeit, d.h. Überflutung von außen, könnten Schnitte zur Vergewisserung dienen, ein eigenständiges, abgegrenztes Subjekt zu sein.

Andererseits könnten bei zu großer Distanz zur Umwelt, bei Einsamkeit, Alleinsein, Beziehungslosigkeit Schnitte in die Haut eine verzweifelte Botschaft nach außen sein. (Hänsli, 138)

Gieler et al., MitarbeiterInnen einer Abteilung für Allgemeine Dermatologie und Venerologie einer Universitätsklinik, sehen kutane Artefakte auch als Notsignale des Patienten bei psychischen, in der Regel unbewußten Konflikten. (Gieler et al., 882)

Sachsse nennt die interpersonelle Wirkung auch „präverbale Hilfsappell“, dabei sei diese Wirkung oft nicht intendiert. (Sachsse, 1995a, 104)

Auch Graff et al. verstehen eine Selbstverletzung als eine „physische, präverbale Botschaft“, da sie vermuten, daß diese PatientInnen, als Konsequenz von Deprivationser-

fahrungen in der präverbalen Phase, ihre Befindlichkeit nicht in Worte fassen können. (Graff et al., zitiert nach Hänsli, 141)

Auf weitere interpersonelle Wirkungen werde ich im Kapitel 5 eingehen, da sie nicht den Charakter eines Erklärungsansatzes haben, sondern die Funktionen für die Betroffenen beschreiben.

4. 6. 1 Diskussion des Kommunikationsansatzes

Der Kommunikationsansatz weist hin auf die Wichtigkeit von Kommunikation für den Menschen. Leider beziehen sich auch die VertreterInnen dieses Ansatzes hauptsächlich auf Kommunikationsstörungen bei Menschen mit geistigen Behinderungen. Die Erkenntnis, daß bei Menschen mit Selbstverletzendem Verhalten eine Unfähigkeit bestehen kann, sich mitzuteilen oder Gefühle zu äußern, liefert Hinweise für die Inhalte einer Therapie.

4. 7 Der Entwicklungspsychologische Ansatz

Entwicklungspsychologische Ansätze gehen davon aus, daß Selbstverletzendes Verhalten in der Ontogenese des Menschen ein normales Verhalten darstellt, daß zu bestimmten, feststehenden Zeitpunkten auftreten kann. Diese repetitiven Bewegungsmuster oder selbstschädigenden Bewegungstereotypen (dazu würden Daumenlutschen, rhythmische Kopfschlagen, Schlagen des Kopfes, sowie Körperschaukeln zählen) träten vor allem in den ersten drei Lebensjahren auf, mit einem Höhepunkt um den 7. und 8. Lebensmonat, würden aber bis zum 5. Lebensjahr normalerweise vollständig verschwinden. (vgl. Hänsli, 151)

Dieser Ansatz bezieht sich auf Beobachtungen von gesunden Säuglingen, die diese Bewegungstereotypen zeigten. (vgl. van Törne, 265)

Es wird davon ausgegangen, daß bestimmte stereotype Verhaltensweisen (wie Kopfschaukeln, Kopf an die Wand schlagen) in der Entwicklung des Kleinkindes oder Säuglings eine entscheidende Rolle spielen würden, notwendig seien für einen Reifungsprozeß und den Erwerb späterer Bewegungsabläufe und Fertigkeiten. So schreibt auch Tröster, daß das rhythmische Hin - und Herschaukeln mit dem Oberkörper, das bei fast allen Kindern im Verlauf des ersten Lebensjahres zu beobachten sei, ein vorübergehendes Verhaltensmuster im Zuge der neuromuskulären Reifung sei. (Tröster, 388) Durch diese neuromuskulären Aktivitäten würde das Kind im Zusammenspiel mit Wahrnehmungseindrücken und motorischer Aktivität in der sensumotorischen Entwicklung bestimmte neuromuskuläre Bewegungsstrukturen ausbilden. (Hänsli, 151)

Repetitive Bewegungsmuster des Säuglings könnten als Grundformen komplexerer Bewegungsabläufe verstanden werden, wobei die dafür notwendigen, neuromuskulären Strukturen schon vorhanden wären, jedoch noch nicht in reifere, koordinierte Bewegungsabläufe integriert werden könnten. (Tröster, 350)

Wenn diese Bewegungsstereotypen die jeweilige Entwicklungsstufe überdauerten und in das allgemeine Verhaltensrepertoire übernommen werden würden, könne von Fixierung bzw. Regression auf frühkindliche Entwicklungsstufen gesprochen werden, was als pathologischem Verhalten angesehen werden könne. (Vgl. Tameling & Sachsse, 63)
Van Törne sagt dazu :

„Bewegungsstereotypen der frühen Kindheit, die als Mittel der Adaptation benutzt werden, können sich in ein strukturierendes selbstbeschädigendes Verhalten transformieren und ein permanenter Teil des kindlichen Verhaltensrepertoires werden.“ (van Törne, 265)

Diese Entwicklungsbeschränkung könne intern, durch Sinnesschäden, zerebrale Schädigung oder extern durch ungünstige Umweltbedingungen, z.B. auch sensorische Deprivation, bedingt sein. (Hänsli, 152)

4. 7. 1 Diskussion des Entwicklungspsychologischen Ansatzes

Da die Bedingungen, die den Forschungen zu diesem Thema zugrundeliegen, unklar sind und aufgrund meiner entwicklungspsychologischen Kenntnisse, befürchte ich, daß dieser Ansatz nur bestehende Deprivationsverhältnisse aufdeckt und nicht etwa die normale Entwicklung des Kleinkindes beschreibt. Die von den AutorInnen beobachteten Bewegungsstereotypen und selbstverletzenden Verhaltensweisen könnten ein Ausdruck von mangelnder Stimulation und Zuwendung sein. Vielleicht ist der vorherrschende Umgang mit Säuglingen in dieser Gesellschaft nicht der Förderlichste, was ja nicht zwingend bedeutet, daß es bei jedem Individuum zu pathologischem Verhalten kommt, denn das ist abhängig von Konstitution, Bewältigungsfähigkeit und sonstigen Einflüssen.

Die von Tameling & Sachsse zu entwicklungspsychologischen Aspekten zitierten Arbeiten beziehen sich auch wieder hauptsächlich auf Selbstverletzungen von Menschen mit geistiger Behinderung. (Tameling & Sachsse, 63)

Bei diesem Ansatz werden auch kaum mögliche Traumata, sowie gesellschaftliche Aspekte berücksichtigt.

Entwicklungspsychologische Kenntnisse über Selbstverletzendes Verhalten können jedoch zu einer Enttabuisierung und Entpathologisierung führen, da deutlich wird, daß es auch „normales“ Selbstverletzendes Verhalten gibt und die Übergänge zum Teil fließend sind.

4.8 Gesellschaftliche Aspekte in der Genese von Selbstverletzendem Verhalten

Es gibt nicht viele Ansätze, die gesellschaftliche Bedingungen in der Genese von Selbstverletzendem Verhalten berücksichtigen. Bei einigen AutorInnen tauchen jedoch ein paar Aspekte auf, diese haben nicht das Ausmaß und die Qualität eines Erklärungsansatzes, liefern jedoch interessante Thesen.

Fromm bringt in seinem Buch „Anatomie der menschlichen Destruktivität“ ein Beispiel eines jungen Mädchens, das sich selber verletzt hat, d.h. die Pulsadern aufgeschnitten hat mit dem Motiv, daß sie feststellen wollte, ob sie überhaupt Blut habe. Er beschreibt wie sie sich selber sieht : sie empfindet sich als nicht - menschlich, reagiert auf keinen Menschen, sie glaubt keine Affekte empfinden oder ausdrücken zu können. Er interpretiert :

„Ihr Mangel an Interesse und ihre Unfähigkeit zu reagieren, waren so groß, daß sie sich nur dadurch davon überzeugen konnte, ein lebendiger Mensch zu sein, daß sie ihr eigenes Blut sah.“ (Fromm, 281)

Er stellt ihre Selbstverletzung auf eine Ebene mit Morden von dissozialen Jugendlichen, summiert Beides unter den Begriff „Depressive Langeweile“ und erklärt diese mit einem unerträglichen Gefühl der Langeweile und Ohnmacht und dem Bedürfnis, zu erleben, daß es doch noch jemand gibt, der reagiert. Dieses Gefühl von Langeweile würden die Menschen durch momentane Erregung, Nervenkitzel, Spaß, Alkohol oder Sex zu bekämpfen versuchen, es bliebe aber weiterhin ein Gefühl der Leere. Grundlage dafür sei ein Mangel an Hoffnung und Liebe zum Leben allgemein in dieser Gesellschaft. (vgl. ebd.)

Sachsse weist in seinen Arbeiten immer wieder auf die hohe Prävalenz von Sexuellem Mißbrauch in der Biographie von Selbstverletzungspatientinnen hin. (Sachsse, 1987, 1989, 1995a + b)

Er spricht von einer Zunahme an PatientInnen, die Selbstverletzendes Verhalten aufweisen, und stellt die These zur Disposition, ob PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten heutzutage - ähnlich wie Frauen mit Eßstörungen in den 60iger und 70iger Jahren, den Zeiten des Wirtschaftswunders, des Konsumrausches, der Freßwelle, eine Indexfunktion hatten - am eigenen Körper Tendenzen signalisieren könnten, die den Umgang der Menschheit mit der Erde widerspiegeln. (Sachsse, 1995a, 56)

Dulz und Schneider sagen eine Zunahme an Borderlineerkrankungen (und dementsprechend vermutlich auch des Selbstverletzenden Verhaltens, Anm. d. Verf.) voraus und erklären dies mit Veränderungen der Familienstrukturen und der gesellschaftlichen Normen und Werte.

Familienstrukturen würden sich dahingehend ändern, daß die Zweigenerationen - Familie Standard geworden wäre, was eine Entlastung und ein Auffangen von familiären Problemen schwieriger mache; die frühere Ablösung der Kinder sowie die geringere Präsenz der Mutter - oft als allein - zuständige, verbunden mit sozialer und wirtschaft-

licher Verelendung würde zu einer Zunahme von Mißhandlungen und Mißbrauchshandlungen führen.

Werte und Normen hätten sich dahingehend geändert, daß ein glückliches Familienleben kaum noch zur narzißtischen Aufwertung führen könne, da es gar nicht wahrgenommen werden würde, außerdem würde der Aufwand zum Erhalt der sozialen Position immer größer, was sich unter anderem in Berufstätigkeit beider Eltern ausdrücken würde.

Wenn die Ressourcen im Vergleich zu diesen Belastungen nicht ausreichend seien, müßte eine emotionale Belastung des Kindes entstehen. (Dulz & Schneider, 56 / 57)

Pembrooke, eine Betroffene, die sich selbst verletzt und Psychiatrieerfahrung hat beschreibt die Bedingungen, die zu Selbstverletzungen führen können :

„Selbstverletzung entsteht in einer Umgebung, wo Menschen ihre Freiheit und ihr Selbstbestimmungsrecht genommen sind und man von ihnen erwartet, daß sie sich angepaßt verhalten. Dann können explosive Gefühle implodieren.“ (Pembrooke, 85)

Diese Erklärung kann meines Erachtens sehr gut auf die Situation von Menschen in der Psychiatrie, in Gefängnissen, Kinder und Jugendliche in Heimen, mißhandelte und sexuell mißbrauchte Kinder und allgemein für die Situation von Frauen in dieser Gesellschaft angewandt werden.

Pembrooke führt die Zunahme von Selbstverletzendem Verhalten in bestimmten Teilen der englischen Gesellschaft darauf zurück, daß die Gesellschaft nur wenige Formen gestatte, Leid auszudrücken, die Kontrolle über den eigenen Körper, die Seele und Wahrnehmungen sei ein hohes gesellschaftliches Gut. (Pembrooke, 85)

Suizid und Selbstverletzendes Verhalten wird von Limmer als Reaktion von Kindern und Jugendlichen auf Umweltzerstörung, sich auflösende Familienstrukturen, Beziehungs - und Orientierungslosigkeit begriffen. (Limmer, 2)

Kuchenbecker spricht von fast suchtartig konsumierten gewaltdarstellenden und -propagierenden Filmen und den Mechanismen, mit denen gemeinschaftlich am ökologischen Suizid mitgewirkt werde. Aggressive Phantasien und destruktive Handlungen müßten dabei auseinandergehalten werden, die Tabuisierung aggressiver Gefühle und die mangelnde Fähigkeit von Kindern, Phantasie und Realität zu trennen, könne zu destruktiven Handlungen führen. Er sagt, daß die Erwachsenen den Kindern eine Welt voller Destruktion und Autoaggression präsentieren würden,

..., „die uns mit einem Ausmaß an Ohnmacht konfrontiert, das - wie ich meine - auch für Erwachsene nur schwerlich aushaltbar ist. Wir sollten unsere eigenen Abwehrformen angucken, die der Verleugnung (etwa der ökologischen Bedrohung), die der Flucht in den Größenwahn (etwa der Ideologie der technischen Machbarkeit, denken sie nur an die Gentechnologie), die Spaltung (in gut und böse im militärischen Blockdenken) und der Projektion (beim Fingerzeig auf die Jugendsubkulturen mit ihrer No - Future Mentalität).“ (Kuchenbecker, 7)

All diese Umweltbedingungen trügen dazu bei, daß Menschen sich nicht mehr spüren können, außer in der Selbstverletzenden Handlung. (ebd., 7 ff.)

Nun komme ich zu vorhandenen feministischen Ansätzen zur Erklärung von Selbstverletzendem Verhalten.

Da Selbstverletzendes Verhalten vor Allem bei Frauen auftritt (vgl. 1. 6), ist es nur naheliegend, sich mit den möglichen geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Entstehung von Selbstverletzendem Verhalten, d.h. den gesellschaftlichen Bedingungen für Frauen, zu beschäftigen.

Viele AutorInnen, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen sprechen die Unterschiede bei der Prävalenz Selbstverletzenden Verhaltens zwischen Männern und Frauen an und betonen das Vorkommen von Gewalterfahrungen in der Geschichte von Betroffenen. Die meisten jedoch gehen nicht auf die gesellschaftlichen Hintergründe ein, die Frauen und Mädchen zu Opfern sexualisierter Gewalt machen und berücksichtigen nicht die besonderen Sozialisationsbedingungen und gesellschaftlichen Anforderungen an Mädchen und Frauen, die Selbstverletzendes Verhalten zu einem fast logischen Bewältigungsmechanismus machen.

Die meisten feministischen Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten stammen aus der Forschung über Folgen Sexuellen Mißbrauchs, nicht aus der Ursachenforschung zu Selbstverletzendem Verhalten. Ich werde nun für diese beiden Perspektiven je eine Vertreterin vorstellen, gehe aber nicht intensiver darauf ein, da ich die meisten Aspekte im folgenden Kapitel wieder aufgreifen werde.

Eckhardt (1994 und 1996), selber Psychiaterin und Psychotherapeutin an einer Universitätsklinik - aus psychoanalytischer Richtung kommend - versucht in ihrem Buch „Im Krieg mit dem Körper“ verschiedene frauenspezifische Aspekte bei der Genese von selbstverletzendem Verhalten zu berücksichtigen.

Sie beschäftigt sich mit der besonderen Rolle von Frauen und Mädchen in dieser Gesellschaft, der Bedeutung des weiblichen Körpers, der Menstruation, der Sexualität und der Sozialisation von Frauen. Sie betont die hohe Prävalenz von Sexuellem Mißbrauch bei Patientinnen mit Selbstverletzendem Verhalten und versucht den Zusammenhang aus der Dynamik Sexuellen Mißbrauchs heraus zu erklären.

Als Psychoanalytikerin erwähnt sie auch das Wiedererwachen kindlicher ödipaler Wünsche im Zusammenhang mit der Entwicklung der Sexualität in der Pubertät. Sie sagt, daß Mädchen, die in der ödipalen Phase Sexuellem Mißbrauch ausgesetzt waren, die Probleme der Pubertät nicht bewältigen könnten und erklärt so das Auftreten von Selbstverletzendem Verhalten in der Pubertät. (Eckhardt, 1994, 141)

Sie spricht von den Problemen zwischen der Mutter und der Tochter, die aus Identifizierungsvorgängen, Rivalität und Abgrenzung entstünden.

Ihrer Ansicht nach könnten die Attacken auf den eigenen Körper auch als unbewußte Todeswünsche gegen die Mutter gedeutet werden und in vielen Fällen würden gegenseitige unbewußte Todeswünsche eine Rolle spielen. (ebd., 146)

Als feministische Therapeutin macht sich Polina Hilsenbek Gedanken zu feministischer Traumatherapie und im Besonderen zu Selbstverletzendem Verhalten. Sie analysiert aus

der Perspektive, daß Selbstverletzendes Verhalten eine logische Folge, bzw. eine Überlebensstrategie nach Sexuellem Mißbrauch sein kann - erhebt also nicht den Anspruch die Entstehung Selbstverletzenden Verhaltens im Allgemeinen zu erklären. Sie geht davon aus, daß jede psychische „Störung“ eine Anpassungsstrategie, Bewältigungsmuster oder Überlebensstrategie darstellt innerhalb der Bedingungen einer störenden Umwelt. (vgl. Hilsenbek, 1998, 104)

Hilsenbek beschreibt fünf Ebenen, die bei der Entstehung von Psychosen und Borderlinestörungen berücksichtigt werden müssen, die meines Erachtens auch auf Selbstverletzendes Verhalten angewendet werden können :

- Stigmatisierung und Kontrolle von Frauen durch die Psychiatrie, indem die Psychiatrie bestimmt, wann eine Frau krank ist, aufsässige Frauen in ihre Schranken weist und seherisches und magisches Potential zerstört.
- Frühe, kindliche Entwicklungsstörung mit Deprivation oder Überstimulierung, unerfüllbaren Doppelbotschaften, etc.
- Weibliche Identität unter patriarchalen Bedingungen, unter anderem gekennzeichnet von genereller Abwertung von Weiblichkeit, Einschränkung des Bewegungs - und Handlungsspielraums, Doppelstandarts, verbunden mit Verschleierung dieser Tatsachen und Widerstandsverbot
- Erfahrung von Gewalt und Sexuellem Mißbrauch
- Besondere geistige, kreative und spirituelle Begabungen (Hilsenbek stellt sich die Frage, ob gerade Frauen, die über solche Fähigkeiten verfügen, bei Sexuellem Mißbrauch zu dem ihnen vertrauten Überlebensmechanismus des Abspaltens vom Körper und Aufsuchen „anderer Welten“ greifen). (ebd., 1991, 41 und 1992, 120)

Hilsenbek und Eckhardt sind zwei Autorinnen, die sich etwas intensiver aus verschiedener Perspektive mit dem Zusammenhang zwischen Selbstverletzendem Verhalten und der Situation von Frauen in dieser Gesellschaft auseinandersetzen. Viele Aspekte von diesen Ansätzen und Gedanken anderer, feministischer Autorinnen finden sich im folgenden Kapitel zu grundsätzlichen Bedingungen von Frauen im Patriarchat wieder.

4. 8. 1 Diskussion der gesellschaftlichen Ansätze

Die Ansätze, die gesellschaftliche Aspekte thematisieren, sind sehr verschieden. Fromm, Limmer und Kuchenbecker beschreiben die allgemeine, krankmachende Situation in der Gesellschaft, sie zeigen, daß das Symptom Selbstverletzendes Verhalten kein grundsätzlich individuell zu lösendes Problem ist. Sie benennen die Probleme unserer Gesellschaft : Vereinzelung, Ohnmacht, Sinnlosigkeit, Gewalt auf dem Bildschirm, zwischenmenschlich und in der Politik, etc. Es ist meines Erachtens wichtig, diese Hintergründe immer wieder zu benennen, um auf notwendige, gesellschaftliche Veränderungen hinzuwirken und die Isolation der Betroffenen aufzuheben. Jedoch liefern die genannten Ansätze kaum Hinweise für mögliche individuelle Interventionen und den individuellen Umgang mit Selbstverletzendem Verhalten. Die drei eben genannten

Autoren vergessen außerdem die besondere Situation von Frauen in dieser Gesellschaft und insbesondere das Vorkommen und die Bedeutung von sexualisierter Gewalt zu benennen.

Sachsse gelingt dabei eine, meines Erachtens gute, Integration von individuellen und gesellschaftlichen Aspekten, unter Berücksichtigung von Sexuellem Mißbrauch, mißt allerdings - als Psychoanalytiker und Psychotherapeut - der frühen Kindheit eine sehr große Bedeutung bei - die Bedeutung späterer Lebensphasen wird nicht erwähnt. (vgl. Psychodynamisch - Psychoanalytischer Ansatz, 4.5.1)

Feministische Ansätze zeigen den sonst geleugneten Zusammenhang zwischen der Situation von Frauen in dieser Gesellschaft und der Entstehung von psychischen Krankheiten auf.

Eckhardt verbindet dabei psychoanalytische Erklärungen mit der Darstellung gesellschaftlicher Realität von Frauen.

Hilsenbek thematisiert vor allem die Situation von Frauen, berücksichtigt aber auch die frühe Kindheit, die Bedeutung von Deprivation und spirituelle Aspekte.

Beide AutorInnen gehen in ihren Arbeiten in Bezug auf die Hintergründe und Zusammenhänge allerdings nicht in die Tiefe.

Meines Erachtens fehlende oder ausführenswerte Aspekte werde ich im sechsten Kapitel darstellen.

4.9 Zusammenfassende Diskussion der Erklärungsansätze für Selbstverletzendes Verhalten

Ein durchgängiges Problem fast aller Erklärungsansätze ist die mangelnde Konkretion bezüglich der Begrifflichkeit und des Symptoms.

Viele Ansätze beziehen sich vor allem auf Selbstverletzungen bei Menschen mit Behinderungen - ohne dies so zu benennen. Einige AutorInnen ziehen meiner Ansicht nach auch falsche Untersuchungen als Beleg heran, für die von ihnen gewählte Form von Selbstverletzungen.

Kaum ein Ansatz berücksichtigt feministische und nur wenige andere gesellschaftliche Aspekte. Es wird von vielen AutorInnen die Bedeutung der frühen Kindheit hervorgehoben, von der Pubertät, z.B. ist kaum die Rede.

Deutlich wird, daß es nicht eine einzige umfassende Erklärung für Selbstverletzendes Verhalten gibt, dazu weist dieses Phänomen zu verschiedene Facetten auf und hat bei jedem Menschen eine andere Geschichte und Bedeutung.

Zusammenfassend kann ich mich der Meinung von Hänslis anschließen, der meint, daß biologische und psychologische, soziale und kulturelle Faktoren in wechselseitiger Verknüpfung eine Rolle bei der Ätiologie Selbstverletzenden Verhaltens spielen würden. (Hänslis, 127)

5 Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens für die Betroffenen

Selbstverletzendes Verhalten erfüllt vielfältige Funktionen für die betroffenen Menschen, so stellt sie z.B. die interpersonale Inszenierung des eigenen Konflikts dar, dient der Beziehungsregulierung, ist Ausdruck von Wut, Frustration und Vergeltung, dient dem Erleben eines „masochistischen Triumphes“ oder dazu, das Familiensystem aufrechtzuerhalten; hat Appellfunktion oder führt zur Einnahme der Krankenrolle.

Außerdem kann Selbstverletzendes Verhalten intrapersonal als Selbstschutzmechanismus, der narzißtischen Selbstwertregulation, zur Spannungsreduktion, als Suizidprophylaxe, zur Selbstbestrafung oder Selbstentlastung, zur Bekämpfung des seelischen Schmerzes, zur Wiedererlangung von Kontrolle oder als Partnerersatz dienen, kann als Antidepressivum und Antipsychotikum eingesetzt werden; hilft, sich der eigenen Körpergrenzen zu vergewissern; dient dazu, sich unattraktiv zu machen oder Traumata zu reinszenieren oder kann ein Selbstopferitual darstellen.

Diese Funktionen müssen den Betroffenen jedoch nicht immer bewußt sein.

Die Funktionen für die einzelne Selbstverletzerin herauszuarbeiten und zu analysieren, kann für den Prozeß der Therapie sehr förderlich sein. (vgl. Hänslı, 128)

Außerdem hilft die Kenntnis dieser Funktionen beim Verstehen dieses Symptoms und kann Bezugspersonen helfen, sich in Frauen, die sich selbst verletzen, hineinzusetzen.

5.1 Interpersonelle Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens

Ein häufig vorkommender zentraler Konflikt von Menschen mit Selbstverletzendem Verhalten ist eine Ambivalenz zwischen Wünschen nach Nähe und Wünschen nach Distanz und Autarkie, daraus folgen dann auch viele zwischenmenschlichen Funktionen des Selbstverletzenden Verhaltens.

Herpertz spricht von einer hochgradigen Ambivalenz zwischen Abgrenzung und Öffnung, zwischen Wünschen nach Nähe und Distanz, auf diesem Hintergrund könne die Selbstverletzungshandlung auch verstanden werden, als ein Instrument der Beziehungsregulierung. (Herpertz, 117)

Bei der interpersonellen Wirkung sei es wichtig, zu unterscheiden, welche Wirkung von den PatientInnen intendiert sei und welche Wirkung sie auslöse und dem Symptom aufgrund unseres kulturellen Kontextes attribuiert würde, so Sachsse. Manche PatientInnen würden sich erst sekundär der Wirkung ihrer Handlung oder der Ankündigung derselben bewußt werden. (Sachsse, 1989b, 104)

5. 1. 1 Selbstverletzendes Verhalten als interpersonale Inszenierung des eigenen Konfliktes

Selbstverletzungen stellen eine Möglichkeit dar, das intrapsychische Dilemma per projektiver Identifikation interpersonell zu inszenieren. (Sachsse, 1987, 64)

Außerdem könnten sie eine Projektion der eigenen Hilflosigkeit und symbiotischer Abhängigkeit einerseits und der Autonomie und des Machtstrebens andererseits, auf den Anderen sein. (Herpertz, 117)

5. 1. 2 Selbstverletzendes Verhalten als Mittel zur Beziehungsregulierung

Selbstverletzungen können den Betroffenen ein Gefühl der Autarkie und des Unabhängigsein von wenig verlässlichen oder als bedrohlich erlebten Bezugspersonen vermitteln. (Herpertz, 117)

Schmoll deutete die Selbstbeschädigung seiner Patientin als Macht - und Bestrafungsmittel gegen den Therapeuten, mit dem die Patientin Nähe und Distanz in der therapeutischen Beziehung zu regulieren versuchte. (Schmoll, 188)

Selbstverletzendes Verhalten kann auch ein Versuch darstellen, das Verhalten Anderer zu manipulieren. Außerdem kann es als Mittel der Erpressung eingesetzt werden. (vgl. Walsh et al., zitiert nach Hänsli, 140)

Hilsenbek meint jedoch, daß Manipulation und erpresserisches Erzwingen von Zuwendung eher selten das Motiv für die Selbstverletzungen wären, obwohl dies von Professionellen oft so gedeutet werden würde. (Hilsenbek, 1998, 113)

Eckhardt betont in diesem Zusammenhang die besondere Funktion der Mutter :

„Aspekte von Macht und Kontrolle über die Mutter spielen bei der Selbstbeschädigung eine wichtige Rolle. Die Selbstbeschädigung macht die Mutter völlig hilflos. Es bedeutet : So schlecht, so übel hast du mich behandelt, daß ich mir nun so weh tun muß! Weil du mich nicht liebst, mich nicht haben willst, muß ich mich verletzen!.“ (Eckhardt, 1994, 146 ff.)

Eckhardt spricht auch davon, daß die Selbstverletzung als unbewußter Todeswunsch gegen die Mutter interpretiert werden könne, viele Frauen hätten die unbewußte Phantasie, daß die Mutter ihre Weiblichkeit zerstören wolle und sie nur durch die Selbstverletzung die Mutter wirklich gefühlsmäßig berühren könnten. (ebd., 146 / 147)

5. 1. 3 Selbstverletzendes Verhalten als Ausdruck von Wut, Frustration und Vergeltung

Oft können Menschen, die sich selbst verletzen, ihre Gefühle nicht anders ausdrücken, als durch die selbstverletzende Handlung.

Walsh et al. schreiben, daß Automutilation eine primitive Form sein könne, Gefühle mitzuteilen. (Walsh et al., zitiert nach Hänslı, 139; vgl. 4. 6)

In ihrer Untersuchung befragte Herpertz 60 PatientInnen zu den motivationalen Hintergründen für ihr Selbstverletzungsverhalten, 35 % gaben an, daß das Motiv Ausdruck von Wut, Frustration, Vergeltung sei. (Herpertz, 120 - genauere Darstellung unter 2) Eckhardt schreibt, daß wenn es eigentlich um die Bestrafung des Gegenübers ginge, Gefühle von Wut, Ohnmacht und Enttäuschung autoaggressiv gegen das eigene Selbst gerichtet werden würden. (vgl. Eckhardt, 1994, 115)

5. 1. 4 Das Motiv des Erlebens eines „masochistischen Triumphes“, der den Mitmenschen die eigene Macht und Unabhängigkeit (von anderen und vom Schmerz / Körper) demonstriert

Viele Patientinnen kennen auch eine Art Macht - oder Triumphgefühl, das durch die Selbstverletzung ausgelöst wird. (vgl. Eckhardt, 1994, 155; Sachsse, 1995a, 128 / 129) Sachsse schreibt dazu :

„Der masochistische Triumph ist eines der wirksamsten Machtmittel, sofern er auf einen Interaktionspartner stößt, der hiervon erschüttert wird. Gelingt die projektive Identifikation, ringen im Interaktionspartner destruktive Impulse und archaische Über-Ich Anforderungen miteinander, während die Patientin immer ruhiger wird.“ (Sachsse, 1989b, 104)

5. 1. 5 Die Appellfunktion von Selbstverlegendem Verhalten

Die Symptomatik von SelbstverletzerInnen könne auch als präverbaler Appell verstanden werden, vergleichbar mit dem „appellativen Suizidversuch“, meint Sachsse. (Sachsse, 1995a, 45)

Die Kommunikationsfähigkeit ist bei Menschen mit Selbstverlegendem Verhalten oft beeinträchtigt. So schreibt Hänslı, daß automutilative Patienten, die sich offene Hautschädigungen zufügten, in der Regel nur begrenzte Fähigkeiten hätten, sich durch verbale Kommunikation auszudrücken. (Hänslı, 140; vgl. auch Kommunikationsansatz im Kapitel 4. 6)

5. 1. 6 Selbstverletzendes Verhalten, um die Krankenrolle einzunehmen

Sachsse weist darauf hin, daß Selbstverletzendes Verhalten eine Flucht vor sozialen Anforderungen sein könne. (Sachsse, 1995a, 46)

Dies wäre allerdings eher bei Selbstbeschädigung in Gefängnissen und bei der Simulation der Fall, so Sachsse, bei seinen Patientinnen sei dies bisher nicht das Motiv gewesen - vielmehr sei der soziale Druck eher ein Auslöser für die Selbstverletzungen. (Sachsse, 1989, 104 / 105)

Hilsenbek bestätigt, daß Zuwendung, Fürsorge, Genuß von Pflege und Verantwortung abgeben nur selten die Motive für die Selbstverletzungen seien, denn Fürsorge sei eher ambivalent und mit Scham besetzt. (Hilsenbek, 1998, 114)

5. 1. 7 Selbstverletzendes Verhalten, um das Familiensystem aufrechtzuerhalten

Hilsenbek meint, daß Kinder durch Selbstzerstörung und Versagen versuchen würden, Aufträge von Eltern zu erfüllen und das Familiengleichgewicht (stellvertretend) zu bewahren. Diese Aufträge wären den Eltern nicht unbedingt bewußt, sie würden auf diese Weise jedoch eigene intrapsychische Vorgänge an das Kind delegieren. Solche Familienhypothesen würden sich von Generation zu Generation fortsetzen. (Hilsenbek, 1998, 115)

5. 2 Intrapersonelle Funktionen von Selbstverlegendem Verhalten

Nach der ersten Selbstverletzung, die ein zufälliges Ereignis sein kann oder auch schon Impulscharakter trägt, bekommt die Handlung mit der Zeit immer mehr intrapsychische Funktionen. (vgl. Sachsse, 1989, 103)

Ich werde einige dieser intrapersonellen Funktionen im folgenden darstellen.

5. 2. 1 Selbstverletzendes Verhalten als Selbstschutzmechanismus

Herpertz schreibt, daß tiefenpsychologisch und kognitiv / verhaltenstherapeutisch orientierte AutorInnen zu der übereinstimmenden Erkenntnis kämen, daß das Selbstverletzungsverhalten ein Selbstschutzmechanismus sei, mit dem überwältigende, unkontrollierbare Affekte gemindert oder abgewehrt werden würden. (Herpertz, 118)

Eckhardt und Hoffmann geben an, daß durch die Selbstbeschädigung von bedrohlichen Affekten, z.B. aggressiven - oder Schamaffekten abgelenkt werden würde. (Eckhardt & Hoffmann, 302)

Mit der Selbstbeschädigung werde die Desintegration verhindert und das ganze Selbst gerettet, daher sieht Paar Selbstzerstörung als Selbsterhaltung an. (Paar, 155)

5. 2. 2 Selbstverletzendes Verhalten als narzißtische Selbstwertregulation

Sachsse schreibt, daß Selbstverletzendes Verhalten oft nicht nur ein wichtiges, sondern das einzige Mittel für die Betroffenen sei, sich narzißtisch zu reparieren und aufzubauen. Oft sei es außerdem in ihr Selbstkonzept integriert und die Schmerzunempfindlichkeit und ihre Stärke und Autarkie vom Körper würden ihnen insgeheim Stolz bereiten. (Sachsse, 1995a, 44)

5. 2. 3 Selbstverletzendes Verhalten als Antidepressivum, Antipsychotikum bei Depersonalisations - und Derealisationserscheinungen, Hilfe bei Einsamkeitsgefühlen

Selbstverletzendes Verhalten stellt das oft wirksamste Mittel dar, um unangenehmen bis unerträglichen Gefühlszuständen, wie z.B. Depersonalisation, ein Ende zu setzen. So schreiben Eckhard und Hoffmann, daß die von ihnen behandelten PatientInnen ausnahmslos versuchten Depersonalisationszustände durch Selbstbeschädigungen zu beenden, was ihnen passager auch gelang. Sie berichten von einer Patientin, die im Zustand der Depersonalisation das Gefühl hatte

..., „dann eigentlich tot zu sein und versuchte in verzweifelter Weise ihre Körpergrenzen zu stimulieren, indem sie sich selber auf die Wangen schlug oder sich extremen, körperlichen Belastungen aussetzte. Wenn diese Versuche mißlangen - was meist der Fall war - brachte sie sich selbst Verletzungen bei.“ (Eckhardt und Hoffmann, 294)

Auch Hänslı schreibt, daß die Schmerzempfindung oder das Sehen des Blutes nicht nur die Einförmigkeit der Depersonalisation durchbrächen, sondern dem Akteur auch bewiesen, daß er tatsächlich lebendig und die Körpergrenze der Haut intakt sei. (Hänslı, 130)

Jedes Alleinsein werde als Objektverlust verarbeitet, da keine innere Objekt Konstanz bestünde, die PatientInnen würden es daher nicht ertragen, mehrere Stunden allein zu sein, sie gerieten dann in einen reizarmen Zustand in dem Erfahrungen von symbiotischen Deprivationsereignissen wieder wach würden, dies würde auch zu einem innerseelischen Spannungszustand führen, so Sachsse. (Sachsse, 1989, 103)

5. 2. 4 Selbstverletzendes Verhalten als Mittel zur globalen Spannungsreduktion

Wie im Kapitel 3 beschrieben, geht der selbstverletzenden Handlung oft ein Zustand sich steigernder Spannung voraus. PatientInnen von Favazza beschrieben die Wirkung der Verletzung wie das Zerplatzenlassen eines Ballons oder das Aufschlitzen eines Dampfkessels - Hänslı interpretiert, daß durch das Schneiden der Haut eine Öffnung entstünde, durch die die Anspannung, die Angst und alles Schlechte aus dem Innern des Körpers blitzartig entweichen könne. (Hänslı und Favazza, zitiert nach Hänslı, 129)

Die PatientInnen von Herpertz berichteten zu 78 %, daß die Selbstverletzung zur unmittelbaren Spannungsminderung gebraucht werde. (Herpertz, 120, Untersuchung siehe 2)

5. 2. 5 Selbstverletzendes Verhalten als Suizidprophylaxe

Viele Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten beschreiben, daß die Verletzung helfe, einen Suizidimpuls abzuwehren. Ich zitiere eine von Himber interviewte Patientin :

„Es ist nicht so, daß ich mich umbringen will. Es ist lustig - weißt du - die Leute haben immer solche Angst, daß du dich umbringen wirst und so ..., aber wenn ich mich viel schneide, versuche ich nicht mich umzubringen. Ich will das nicht. Aber wenn ich eine lange, lange Zeit nicht schneide, ende ich mit einer Überdosis.“ (Himber, 622, die Untersuchung ist dargestellt unter 1. 4. 1, Zitat übersetzt von der Verfasserin)

Selbstverletzendes Verhalten könne als Suizid - Korrelat oder - prophylaxe fungieren, indem es eine neurotische Kompromissbildung sein könne zwischen andrängenden destruktiven Impulsen, Über - Ich - Anforderungen und Überlebenswillen, so Sachsse. (Sachsse, 1995a, 43)

5. 2. 6 Selbstverletzendes Verhalten als Selbstfürsorge

Sachsse sagt, daß Menschen, die sich selbst verletzen, „normale“ Möglichkeiten der Selbstfürsorge nicht zur Verfügung stünden, weil der Körper nicht libidinös besetzt sei, entfremdet, zumeist verhaßt und Quelle ausschließlich unlustvoller Spannungszustände sei. Außer Selbstverletzendem Verhalten, Rauchen, Alkohol und sich mit Musik zu-dröhnen hätten die meisten SelbstverletzungspatientInnen kaum Möglichkeiten der Selbstfürsorge, so Sachsse. (Sachsse, 1995a, 99 und 1989, 108)

5. 2. 7 Selbstverletzendes Verhalten, um sich der eigenen Körpergrenzen zu vergewissern.

Schmoll meint, daß das Schneiden in die Haut bei seiner Patientin dazu diene, sich von Zeit zu Zeit der Trennung von Selbst und Nicht - Selbst zu vergewissern. (Schmoll, 187; vgl. auch Hirsch, 1993, 75)

„Ich muß mich selbst zerkratzen, damit ich im Schmerz und Blut meine eigene Grenze erfahre.“

so ein Zitat einer Person, die sich selbst verletzt. (Scharfetter, zitiert nach Hänslı, 130)

Hoffer sieht stimulierende Zufuhr, wozu er außer Selbstverletzungen unter anderem auch Körperpflege, Sport und sexuelle Begegnungen zählt, als Wiederholung eines alten Realitätsprüfungsrituals an, um sich am Körper und besonders an dessen Grenze zu versichern, wo und wie das Selbst und die Welt mit den Objekten sei. (Hoffer, zitiert nach Neun & Dümpelmann, 61)

5. 2. 8 Selbstverletzung als Selbstbestrafung oder Selbstentlastung

Wut auf andere könne sich auch in Form von Selbstentwertung, Selbsthaß und Selbstbeschuldigung gegen die eigene Person wenden, so Hänslı. (Hänslı, 131)

Und eine Entlastung von unerträglichen Schuldgefühlen kann durch Selbstbestrafung mittels Schmerzzufügung zustandekommen. (vgl. Eckhardt & Hoffmann, 298 und Kapitel 6. 3. 4. 2)

Wirtz beschreibt, wie sich die Wut von sexuell mißbrauchten Frauen statt auf den Täter gegen ihren eigenen Körper richtet, den sie verachten und dessen sie sich schämen, diese Wut äußere sich, indem sie sich schneiden, verbrennen oder zerkratzen. (Wirtz, 108)

So kommt es auch nach Therapieerfolgen, wenn die Patientin es einmal geschafft hat, ihren Körper fürsorglich zu behandeln, wenn sie etwas genossen hat oder sexuelle Gefühle zugelassen hat, regelmäßig zu „negativen, therapeutischen Reaktionen“, im Sinne einer Selbstbestrafung. (vgl. Sachsse, 1989, 110)

5. 2. 9 Selbstverletzendes Verhalten zur Bekämpfung des seelischen Schmerzes

Immer wieder beschreiben PatientInnen, daß der selbstzugefügte, körperliche Schmerz leichter zu ertragen sei, als der seelische Schmerz. (vgl. Sachsse, 1995a, 55)

Durch das Zufügen körperlichen Schmerzes, der als leichter zu ertragen und zu überwinden erlebt wird, soll der seelische Schmerz, der als viel schlimmer erlebt wird, überdeckt werden. (Eckhardt, 1996, 15).

Hänsli schreibt dazu :

„Im Vergleich zum tiefen, dunklen inneren Schmerz der Trauer, der Zerissenheit, der Angst, welcher sich im Bauch, in den Eingeweiden, im Hals und im Herzen ausbreitet, ist der umschriebene Schmerz eines Schnittes in der Haut eine Erleichterung.“ (Hänsli, 132)

So würden auch Frauen, die sexuell mißbraucht worden sind, durch das Zufügen eines äußeren Schmerzes sich von Gefühlen im Genitalbereich ablenken (Wirtz, 146).

5. 2. 10 Selbstverletzendes Verhalten, um Kontrolle wiederzuerlangen

Eckhardt schreibt, daß Mädchen und Frauen ihren weiblichen Körper oft als nicht kontrollierbar erleben, eine nur unbestimmte Ahnung von ihren Geschlechtsorganen hätten, die Menstruation und die Möglichkeit schwanger werden zu können oft als bedrohlich erleben würden. Bei der Selbstverletzung könne Selbstkontrolle und Macht über den eigenen Körper wiedererlangt werden. (Eckhardt, 1996, 16)

Auch Kontrolle über die eigenen Gefühle wiederzuerlangen, die eine (n) zu überwältigen drohen, kann eine Funktion von Selbstverletzendem Verhalten sein. (vgl. Hänsli, 131)

So schreibt auch Hilsenbek :

„Autoaggression vermittelt Kontrolle und Stärke bzw. eine Illusion von Kontrolle über Situationen und Emotionen, von Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Machtgefühl, Autonomie, Freiheit.“ (Hilsenbek, 1997, 61)

Außerdem, so Hilsenbek, stelle die Selbstbeschädigung oftmals die einzige Möglichkeit dar, handlungsfähig zu bleiben. (ebd., 1998, 109 / 110)

5. 2. 11 Selbstverletzungen als Partnerersatz

Automutilation könne wie ein guter Freund, Trost, Wärme und Sicherheit spenden, wenn sich die selbstverletzende Person allein, ungeliebt und nicht liebenswert fühle, so Hänsli. (Hänsli, 130).

Holitzner schreibt dazu :

„Das Blut wird dann zum Ersatzpartner, mit dem der Patient Zwiesprache halten kann, und in vielen Fällen wird dieser Partner nunmehr anderen Menschen vorgezogen.> ...< Somit ist das < Schnippeln > auch als ein Indikator für die Beziehungsfähigkeit bzw. das Ausmaß pathologischer Dreiecksbeziehungen bei diesen Patienten zu begreifen.“ (Holitzner, 330)

5. 2. 12 Selbstverletzungen, um sich unattraktiv zu machen

Wenn die - oft zahlreichen - Narben an gut sichtbaren Stellen lokalisiert sind, liegt die Vermutung nahe, daß die sich selbst verletzenden Frauen dadurch - ähnlich wie Frauen mit Eßstörungen - eine Distanz zu anderen Menschen herstellen.

Bei Sexuellem Mißbrauch können diese Narben auch die Funktion haben den Täter / die Täterin abzuschrecken. So geben Hartwig und Weber als Motivation für selbstzerstörerische Verhaltensweisen, wie z.B. „Schnippeln“, unter anderem den Wunsch an, sich unansehnlich zu machen. (Hartwig & Weber, 59)

5. 2. 13 Selbstverletzung als Reinszenierung

Die Reinszenierung oder Wiederholung einer traumatischen und peinigenen Situation kann dem Wiederherholen einer Erfahrung zum Zwecke der Lösungssuche dienen. So können eventuell Entwicklungen nachgeholt werden oder die Situation diesmal unter Kontrolle erlebt oder anders gelöst werden . (vgl. Hilsenbek, 1998, 110)

5. 2. 14 Selbstverletzung als Selbstopferitual

Manchmal werde die Selbstverletzung als magisches Opfer an einem Dämon, strafenden Gott oder an sadistische und vernichtende, verinnerlichte „Eltern“ inszeniert oder phantasiert, so Hilsenbek, und zwar mit dem Zweck der völligen Vernichtung zu entgehen. (Hilsenbek, 1998, 114)

6 Grundsätzliche Bedingungen für das Auftreten von Selbstverletzendem Verhalten aus feministischer Sicht.

Zunächst zur Einleitung und zur Klärung der Rahmenbedingungen einer patriarchalen Gesellschaft ein Zitat von Janssen - Jurreit. Sie schreibt, daß alle Frauen in einer Praxis leben würden, die gekennzeichnet sei durch die

„Verneinung des weiblichen Körpers, die Gewalt gegenüber dem Ich der Frau, die Achtlosigkeit gegenüber ihrer Existenz, die Enteignung ihrer Gedanken, Gefühle, ihrer Wahrnehmung, die Kolonisierung und Nutznießung ihres Körpers, den Entzug der eigenen Sprache, bis hin zur Kontrolle ihres Gewissens, die Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit und letztlich die Unterschlagung ihres Beitrages zur Geschichte der menschlichen Gattung.“ (Janssen - Jurreit, 702)

Zur Herrschaft des Mannes gehört aber auch die Beherrschung eines Teils seiner Selbst, der Anteile, die als weiblich angesehen werden, wie, z.B. Passivität, Sensibilität, Gefühle. Im Laufe der Sozialisation lernen Jungen, diese Anteile zu unterdrücken, abzuspalten und auf die Frauen zu projizieren, die nun ihrerseits unterdrückt werden müssen, weil in ihnen alle abgelehnten Eigenschaften verkörpert sind. (vgl. Schöne, zitiert nach Horstkotter - Höcker, 148)

Ich werde im folgenden zunächst etwas zur Rolle des weiblichen Körpers sagen, komme dann zur Sozialisation von Frauen und beschäftige mich danach ausführlicher mit dem Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Selbstverletzendem Verhalten.

6.1 Zur Bedeutung des weiblichen Körpers

Der weibliche Körper hat in allen Kulturen eine bestimmte symbolische Bedeutung, ich beziehe mich hier auf die Rolle und Bedeutung des Körpers in den westlichen Industrienationen.

Ich gehe davon aus, daß die Kontrolle über den weiblichen Körper durch Schönheitsideale, die (männliche) Gynäkologie, den § 218 und tatsächliche oder überall drohende sexuelle Gewalt ein Teil der Männerherrschaft ausmacht. (vgl. Orbach, 1987, 111)

6.1.1 Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Entwicklung des weiblichen Körperbewußtseins

Die Körpersozialisation beider Geschlechter ist unterschiedlich, so schreibt Bilden, daß der männliche Körper grobmotorisch und bewegungsintensiv in material- und raumgreifenden Aktivitäten, leistungs- und funktionsbezogen sozialisiert würde, der weibliche Körper eher feinmotorisch und ästhetisch - attraktivitätsfördernd, dies geschehe

beim Spielen, bei der Gestaltung des Sportunterrichtes und bei der Auswahl von Sportarten. (Bilden, 1991, 284)

Die Sozialisation des Körpergefühls beschreibt Orbach folgendermaßen :

„Mädchen lernen schon im frühesten Alter, sich für bestimmte Aspekte ihrer Körperlichkeit zu interessieren. Kleine Mädchen lernen, hübsch auszusehen und attraktive Kleidung zu tragen. Sie hören so häufig, daß sie hübsch sind, daß sie die Vorstellung des Hübschseins und hübsche Kleider zu haben als entscheidende und wichtige Attribute ansehen. Attraktiv auszusehen ist für ihr Wohlbefinden unentbehrlich. Wenn sie älter werden, lernen sie die Körpersprache, die Weiblichkeit signalisiert. Sie lernen, wie man eine Tasse anmutig hält, ihre Nasen unauffällig zu putzen, in damenhafter Manier zu gehen und zu laufen. Als Resultat leben die Mädchen mit dem Bewußtsein ihren Körper aufmerksam beobachten zu müssen. Sie wissen, daß sie nicht mit gespreizten Beinen sitzen dürfen, sie fürchten sich vor Intimgeruch, sie wissen, daß sie ihre Brüste in Büstenhalter zwingen müssen, sie wissen, daß sie aufpassen müssen, daß niemand merkt, wenn sie unerwartet oder besonders heftig ihre Periode bekommen, usw., usw.“ (Orbach, 1991, 11)

Mädchen erleben von Kindheit an ihren Körper anders als Jungen. So haben kleine Mädchen nur eine diffuse Vorstellung von ihren Geschlechtsorganen, da sie nicht so offensichtlich sind, wie bei Jungen, diese werden auch seltener mit Namen benannt. Das Anfassen der äußeren Geschlechtsorgane wird bei Mädchen eher sanktioniert und diese als schmutzig dargestellt. (vgl. Eckhardt, 1994, 149 ff.)

Flaake und John sagen, daß das Gefühl für den Wert des eigenen Körpers nach neueren entwicklungspsychologischen Studien schon früh entstände und abhängig sei von der Anerkennung und Wertschätzung, die von der ersten Bezugsperson den sexuellen Selbsterforschungen der kleinen Töchter entgegengebracht würde. Diese Erfahrungen würden ein Fundament bilden für eine spätere, positive Aneignung der eigenen Körperlichkeit. (Flaake & John, 201 / 202)

Die Körpergrenzen von kleinen Mädchen würden auch immer wieder überschritten, so Freytag, so müßten Mädchen sich zum Beispiel daran gewöhnen, daß Erwachsene sie gegen ihren Willen küssen. (Freytag, 1992a, 76)

6. 1. 2 Der weibliche Körper in der Pubertät

Die Pubertät von Mädchen ist gekennzeichnet durch den Verlust der Kindheit, der Kindheitsillusionen, der Träume von Vollkommenheit, der Ablösung von den Eltern, der Annahme einer eigenen Geschlechtsidentität und dem Versuch, die dramatischen, körperlichen und seelischen Veränderungen zu verstehen und zu akzeptieren. (vgl. Kaplan, 386 ff.)

Kinder beiderlei Geschlechts (die pubertätsbedingten Veränderungen setzen bei Mädchen früher ein, vgl. Hagemann - White, 65 / 66) scheinen bis zur Pubertät trotz Allem ein positives Körpergefühl zu haben. Mit dem Eintritt in die Pubertät werden körperliche Veränderungen, vor allem an den sekundären Geschlechtsmerkmalen, sichtbar und die körperlichen Veränderungen sind für Jungen und Mädchen mit Angst, Unbehagen und Unzufriedenheit verbunden. Die Rollenerwartungen und Schönheitsideale, die in dieser Zeit auf Mädchen zu wirken beginnen, haben entscheidende Auswirkungen auf ihr Körpergefühl, ihre Selbsteinschätzung und Selbstbewußtsein (vgl. Nuber, 1995, 195)

Junge Mädchen stünden in der Adoleszenz vor einem besonderen Dilemma : Der Körper würde für sie zum zentralen Ort des Selbsterlebens, körperliche Attraktivität zu einem wichtigen Element des Selbstbewußtseins, zugleich sei aber gerade dieser Aspekt der Identität besonders labil und anfällig für Verunsicherungen und Störungen. (ebd., 196)

Flaake und John sehen in der Pubertät eine „zweite Chance“ für die Aneignung des Körpers, er könne mit allen Funktionen genitaler Sexualität erfahrbar und zur Basis des weiblichen Selbstbildes werden, jedoch scheine sich zu diesem Zeitpunkt oft die Erfahrung der Kindheit zu wiederholen, daß Männern die Wertschätzung und Anerkennung der Weiblichkeit vorbehalten bliebe. (Flaake & John, 202)

Weil die patriarchalen Bedingungen dazu geführt haben, daß junge Frauen den eigenen Körper als durch einen Mangel geprägt wahrnehmen, können sie der körperlichen Weiblichkeit nicht selber Wert verleihen, vermögen es nicht, sich ihren Körper selber lustvoll anzueignen, sondern sind in diesem zentralen Kern ihrer Identität abhängig von männlichen Bestätigungen. (vgl. ebd., 199 ff.)

Exkurs : Menstruation

Eine besondere Bedeutung, die in unserer Gesellschaft nicht entsprechend gewürdigt wird, hat die erste Menstruation für Mädchen.

Die erste Menstruation ist das unausweichliche Zeichen, daß die Kindheit vorbei ist, sie löst normalerweise widersprüchliche Gefühle aus. (Eckhardt, 1994, 138)

Sie wird begleitet von Erschrecken, Verwirrung, Scham, Peinlichkeit und oft körperliche Schmerzen, den Mädchen wird durch Mütter und die Hygieneindustrie nahegelegt, daß Niemand etwas merken darf, die Menstruation darf nicht behindern und muß geruchsfrei und hygienisch versteckt werden. (vgl. Focks, 83 / 84)

Sie wird oft als Schock und Einschnitt empfunden, die Mädchen fühlen sich ihrem Körper und den Reaktionen der Umwelt ausgeliefert. Dabei wird die Menstruation oft von den Müttern tabuisiert, es wird nicht darüber gesprochen. (vgl. Hoppe, 1991b, 139)

Auf der anderen Seite kann es auch Freude darüber geben, bald erwachsen zu sein und dazugehören. (Eckhardt, 1994, 138)

Rosenthal et al. berichten, daß 65 % der Frauen, die an offener Selbstbeschädigung litten, den Eintritt der Menstruation als etwas Negatives, Ekelhaftes, Erschreckendes erleben würden, die Hälfte der Frauen litt an Störungen der Periode (wie unregelmäßiges Auftreten oder Ausbleiben und daß sie sich häufig zur Zeit der Periode verletzten. (zitiert nach Eckhardt, 1994, 140) Eckhardt erklärt sich das folgendermaßen :

„Manche Frauen und Mädchen haben die Phantasie, sie könnten die Menstruation durch die Selbstverletzung beeinflussen, in der Weise, daß sie schneller aufhört oder gar nicht kommt. Es geht dabei um den Versuch, die Kontrolle über den Körper zurückzuerlangen und den weiblichen Körper, der als schuldbeladen, ohnmächtig, beschmutzbar erlebt wird, wieder in einen unschuldigen Mädchenkörper zu verwandeln. Das Blut wird manchmal in das gute Blut, das aufgrund der Selbstverletzungen aus dem Körper austritt und das als etwas Reines, Gutes, Tröstendes erlebt wird, und das schlechte, das ekelhafte Blut, das < da unten rauskommt >, eingeteilt.“ (Eckhardt, 1994, 141)

6. 1. 3 Der Symbolwert des weiblichen Körpers

Orbach stellt die These auf, daß die Angst der Männer in dieser Gesellschaft vor dem weiblichen Körper immens sei. Sie beschreibt, wie sich dies unter anderem äußere :

„Paradoxerweise ist es der Körper der Frau, der ihr biologische Macht schenkt, der ihr die Fähigkeit der Reproduktion verleiht. In unserem Kulturkreis wird diese Fähigkeit sowohl geringgeschätzt, als auch ausgebeutet. Das Patriarchat und der Staat kontrollieren die Reproduktion und die Sexualität. Hinzu kommt die Ablehnung der natürlichen Körperform der Frau.“ (Orbach, 1987, 111)

Der weibliche Körper sei so mit kulturellen Bedeutungen befrachtet, daß eine natürliche Beziehung zu ihm nicht möglich sei. Die eigene Wahrnehmung sei dabei abhängig vom Vergleich mit den Schönheitsidealen und vom Verhältnis der Frau zu ihrem Körper seit frühester Kindheit. (ebd.)

Orbach sagt, daß die Frau mit ihrem Körper spreche, sie benutze ihn, um die herrschenden Vorstellungen von Weiblichkeit anzunehmen oder abzulehnen.(ebd., 1987, 61)

Mit den körperlichen Veränderungen der Pubertät beginnen auch die jeweilige geltenden Schönheitsnormen zu wirken, Mädchen fangen an, ihren Körper mit anderen zu vergleichen, sie nehmen ihn nicht mehr selbstständig wahr, sondern in Relation zu den Schönheitsidealen. Dabei genügt fast keine Frau den gängigen Maßstäben. (vgl. Hoppe, 1991b, 140)

Und gerade die Unerreichbarkeit der Maßstäbe mache ihre Wirksamkeit aus und sei die Grundlage für die lebenslange Sorge der Frauen um ihren Körper, so Haug. (Haug, zitiert nach Nuber, 1995, 203)

Der prüfende Blick auf den Körper beruht aber nicht auf Selbstwahrnehmung, sondern richtet sich nach der Wahrnehmung der anderen, der Männer. In Hinblick auf ihr Aussehen stecken Frauen in einer Double - Bind Situation : Auf der einen Seite sollen sie schön aussehen, aber wenn sie sich zu schön machen, wird ihnen verführerische Absicht unterstellt. (vgl. Hoppe, 1991b, 141)

Hinter den Schönheitsidealen stecken gewaltige Industriezweige, Orbach benennt deren Einfluß :

„Diese Branchen (die Diät - , Mode - , Kosmetik - und Schönheitsindustrie, Anm.d.V.) haben sowohl eine materielle, wie auch eine ideologische Stoßrichtung. Antriebskraft ist immer der Kommerz. Die Profitraten steigen mit der Unsicherheit, die Frauen dem eigenen Körper gegenüber hegen. Die Industrien geben vor, diese Unsicherheiten aufheben zu können, gleichzeitig verstärken und vergrößern sie die Komplexe der Frauen.“ (Orbach, 1987, 92)

Die Entfremdung vom eigenen Körper, in der Absicht den Bildern von Weiblichkeit und den medial vermittelten Körperstandarts zu genügen, kann dazu führen, daß Frauen die eigenen Sinne und Körpersignale (z.B. Müdigkeits - und Hungerempfinden, Geschmackssinn, taktiles Körpergefühl, das Bedürfnis nach Ruhe etc.) kontrollieren, ignorieren und verleugnen. (vgl. Focks, 188)

Dabei ist die Entfremdung vom eigenen Körper besonders deutlich an den eigentlich weiblichen Körperteilen zu bemerken, jenen Körperteilen, die Frauen biologische Macht verleihen und über lange Zeit in der Menschheitsgeschichte als Zeichen von Fruchtbarkeit und als Symbole der Macht verehrt wurden. Freytag beschreibt die Funktionen dieser Körperteile und die heutige Enteignung des weiblichen Körpers :

„Später und heute erleben sich Frauen genau davon am tiefsten getrennt. Wir alle wissen, daß Bauch, Po, Busen und Schenkel die < Problemzonen > der Frau sind, und daß sie niemals knackig, schlank und gleichzeitig üppig genug sein können, um richtig zu sein. Es sind die zentralen, weiblichen Körperteile, die Frauen an sich am meisten hassen, und es sind diese Körperteile, die am häufigsten abgewertet, lächerlich gemacht, gewalttätig attackiert und operativ verändert werden. So lernen Frauen, daß weibliche Körperlichkeit nicht etwa schön ist, sinnlich und wunderbar, ja noch nicht einmal einfach in Ordnung, sondern häßlich, lächerlich und korrekturbedürftig.“ (vgl. Freytag, 1992a, 75)

Die permanente Kränkung des eigenen Körpers durch Beherrschung, Übergehen, Überforderung, Einzwängen und Vernachlässigung würde zu einem Aufbegehren des Körpers führen und zusammen mit der Sprachlosigkeit von Frauen würden sich die Symptome dann körperlich äußern. (Freytag, 1992a, 78)

6.2 Sozialisation im Patriarchat

Nach Hurrelmann ist Sozialisation

... „*der Prozeß der Entstehung und Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit in Abhängigkeit von und in Auseinandersetzung mit den sozialen und den dinglich - materiellen Lebensbedingungen* > ... <, *die zu einem bestimmten Zeitpunkt der historischen Entwicklung einer Gesellschaft existieren. Sozialisation bezeichnet den Prozeß, in dessen Verlauf sich der mit einer biologischen Ausstattung versehene menschliche Organismus zu einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit bildet, die sich über den Lebenslauf hinweg in Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen weiterentwickelt.*“ (Hurrelmann, 14)

Basis für die Sozialisation sind die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die Hierarchie der Geschlechter und die gesellschaftliche Organisation der Sexualität (Zwangsheterosexualität). (vgl. Bilden, 1991, 291)

Die gesellschaftliche Arbeitsteilung, die Männern den Produktionsbereich und Frauen den Reproduktionsbereich zuweist - davon abhängig sind auch sozialer Status, Machtverteilung und Beziehungen zueinander - weist Frauen die Familienarbeit und Kindererziehung zu, Mütter werden dementsprechend als „natürliche“, wichtigste Bezugsperson angesehen. (vgl. Horstkotter - Höcker, 42)

Horstkotter - Höcker meint, daß die geschlechtsspezifische Sozialisation nötig sei, für die Reproduktion und Aufrechterhaltung der Unterdrückung der Frau. (ebd., 64)

Sozialisationsforschung bezieht sich auf Untersuchungen über männliche und weibliche Eigenschaften und Attributionen, kognitive und emotionale Entwicklung, soziale Interaktionen, Erziehungsstile und typische Erfahrungen.

Die meisten Übersichtsarbeiten zu diesem Thema beziehen sich zum großen Teil auf Untersuchungen aus den 70iger und 80iger Jahren. (vgl. Bilden, 1991; Hagemann - White; Bast; Hartwig & Weber) Ich nehme jedoch an, daß die aufgezeigten Tendenzen in der Sozialisation immer noch vorhanden sind, eventuell in etwas abgeschwächerter oder subtilerer Form.

Ein Grund für den Mangel an aktuelleren Untersuchungen könnten die neueren Tendenzen der Sozialisationsforschung sein, die Bilden beschreibt :

Hinsichtlich der Methoden gibt sie zu Bedenken, daß geschlechtsspezifische Sozialisationsforschung mit den Fragen nach geschlechtsdifferenzierenden „typischen“ Sozialisationsbedingungen und nach Geschlechtsunterschieden im Verhalten, Denken und Fühlen, fast zwangsläufig auf die Konstruktion eines männlichen und weiblichen Sozialcharakters herauslaufen würde. Und genau damit würde die polarisierende gesellschaftliche Konstruktion der zwei Geschlechter nachvollzogen und der schematisierende Dualismus von männlich - weiblich reproduziert. Auch sei die feministische Forschung inzwischen dahingekommen die Differenzierungen zwischen den Frauen stärker hervorzuheben. (Bilden, 1991, 279)

Hagemann - White gab 1984 einen guten Überblick über die damals vorhandene Forschung zu Geschlechtsunterschieden, sie meint, daß die meisten empirischen Untersuchungen keine Belege für eindeutige, klar ausgeprägte Unterschiede zwischen den Geschlechtern liefern würden. (Hagemann - White, 1984, 42)

Die vorhandenen Unterschiede im Sozialverhalten (z.B. Aggressivität) würden in der Dimension Herrschaft / Unterordnung liegen, denn

„In einer Gesellschaft, in der sowohl öffentliche wie private Gewaltausübung überwiegend bis ausschließlich Männern vorbehalten ist, können diese Unterschiede im Verhalten von Kindern als Schritte im Erlernen der Normen unserer Kultur begriffen werden.“ (ebd., 45)

Die Bedeutung der Pubertät für Frauen werde von der Sozialisationsforschung bewußt zur Aufrechterhaltung patriarchaler Strukturen unterschlagen, da durch die Forschung über die Pubertät biologische Erklärungsmuster für männliches und weibliches Verhalten in Frage gestellt würden und die soziokulturellen Formungen und damit die Veränderbarkeit in den Vordergrund gerückt würde, so Hoppe. (Hoppe, 1991b, 136)

Mädchen wachsen in einer Atmosphäre auf, die grundsätzlich nicht förderlich ist für die Entwicklung einer positiven Beziehung zu ihrem Körper, zu ihrem Geschlecht und zu sich selbst. Im folgenden beschreibe ich einige typische Sozialisationserfahrungen von Frauen. Die Konsequenzen - unter Anderem ein schlechtes Körper - und Selbstwertgefühl - haben oft auch Auswirkungen auf die Bewältigungsfähigkeit bei psychischen Problemen, Mißbrauchs - und Gewalterfahrungen.

6. 2. 1 Sozialisationsinstanzen

Mit dem Begriff Sozialisationsinstanzen meine ich diejenigen Institutionen, die sozialisierend auf Menschen einwirken. Dazu gehören zum Beispiel die Familie, der Kindergarten, Schulen, das Militär, Vereine, Parteien, die Arbeitsstelle, die Kirche und Massenmedien. Diese Sozialisationsinstanzen wirken mehr oder weniger gezielt auf Menschen ein. (vgl. Hurrelmann, 92 ff.)

Ich greife nun die, für die Kinder - und Jugendsozialisation wichtigsten Instanzen heraus und stelle ihre Relevanz für weibliche Sozialisation dar.

6. 2. 1. 1 Familiäre Sozialisation

Geschlechtsspezifische Sozialisation beginnt schon vor der Geburt des Kindes, indem die Eltern einen bestimmten Wunsch bezüglich des Geschlechts des zukünftigen Kindes haben, oder bestimmte Erwartungen oder Assoziationen damit verknüpfen.

So kann zum Beispiel die Vorstellung, ein Mädchen lasse sich leichter erziehen oder, ein Mädchen würde es im Leben besonders schwer haben, schon das zukünftige Ver-

halten beeinflussen. Mit der Geburt schein das Geschlecht des Kindes dann klar zu sein, die Existenz eines Penis sei dafür ausschlaggebend und damit fingen die Erwartungen an das Verhalten des Kindes an zu wirken. (vgl. Bast, 22 ff.)

Und die Zuordnung zu einem bestimmten Geschlecht ist in dieser Gesellschaft für Interaktionen zwischen Menschen sehr wichtig. (vgl. Bilden, 1991, 282)

Für die familiäre Erziehung fand Hagemann - White folgende Besonderheiten der weiblichen Sozialisation empirisch belegt:

- Väter neigten eher dazu, auf Anpassung an die Geschlechtsstereotypen zu drängen.
 - Mädchen würden aus einer besonderen Angst um ihre körperliche und sexuelle Unversehrtheit weit stärker unter Aufsicht von Erwachsenen gehalten, dadurch seien Mädchen stärker den Normen ausgesetzt und hätten weniger Chancen Gleichaltrige als Gefährtinnen für eigenständige Wege zu erleben.
 - hohe Aggressivität scheint in einem Zusammenhang zu stehen mit spezifischen, im Umgang mit Jungen häufiger beobachteten Interaktionsformen der Mutter (Strafe, Schläge, nur zögerndes Angebot von Körpernähe und - Kontakt als Trost).
- (Hagemann - White, 1984, 59)

Ergänzend stellt Hoppe fest, daß Mädchen nach wie vor eher zur Hausarbeit herangezogen werden. (1991b, 137)

Dadurch werde unauffällig die Arbeitsteilung eingeübt, so Bilden. (Bilden, 1991, 283)

An Mädchen werden besondere Erwartungen gestellt : Von Mädchen werde eher Adrettheit, Sauberkeit und Selbstbeherrschung erwartet, so Hammer. (Hammer, 66)

Und spätestens in der Pubertät würden sie die Rollenerwartungen an sie als Frau zu spüren bekommen : Unterdrückung von Aggression, Passivität, Unterordnung, Kultivierung der Attraktivität, Freundlichkeit. (vgl. Horstkötter - Höcker, 61)

6. 2. 1. 2 Sozialisation in öffentlichen Erziehungseinrichtungen

Die Sozialisation in öffentlichen Erziehungseinrichtungen (Kindergarten, Schule) weist auch geschlechtsspezifische Erziehungseinflüsse auf. Hagemann - White fasst aus verschiedensten Studien verlässliche Ergebnisse zusammen :

- Getrenntes Ansprechen „der Jungen" und „der Mädchen" verstärke die herkömmlichen Rollenzuweisungen und das Abgrenzen der Geschlechter gegeneinander.
- Jungen erhielten mehr Aufmerksamkeit als Mädchen, auch durch Tadel.
- Mädchen würden nicht gedrängt, Verhaltensweisen zu erproben oder zu übernehmen, die „jungentypisch“ sind.
- Günstig für das Selbstbild scheint ein Verhalten zu sein, daß gegenüber Jungen häufig ist : Lob für gute Leistung, selten Tadel für schlechte Leistung - Tadel eher für Disziplinstörungen.

- es würden eher die Schwierigkeiten der Jungen in der Schule beachtet, Eigenschaften, in denen Mädchen gefördert werden müßten (räumliche Orientierung, Grobmotorik und Unabhängigkeit) würden zunächst kaum gefördert.
(Hagemann - White, 1984, 71)

6. 2. 1. 3 Sozialisation durch Peers

Der Einfluß von Peers (gleichaltrige Bezugspersonen, Anm. d. Verf.) werde immer noch unterschätzt, meint Bilden.

Schon im Kleinkindalter sozialisieren sich Kinder untereinander rigoros im Sinne geschlechtstypischen Verhaltens. Mädchen finden durch die Beschränkung der Eltern weniger Freiräume und Unterstützung in einer „Peer“-Gruppe. Jungengruppen definieren sich oft durch Abgrenzung von den Mädchen, Männlichkeitszwang und Homosexualitätsverdacht für Jungen, die nicht mitmachen wollen. Gewaltförmige Kontakte zu Mädchen (Necken, Ärgern, Verspotten, Prügel, Hose runterziehen, Gewaltvoll küssen) scheinen für die Konstitution von Männlichkeit eine Rolle zu spielen. (vgl. Bilden, 1991, 288)

6. 2. 1. 4 Der Einfluß von Medien / Spielzeug

Sowohl während der frühen Kindheit, als auch während der Pubertät spielt der Einfluß von Medien eine große Rolle.

Auch wenn viele Eltern und ErzieherInnen heute von sich behaupten würden, daß sie keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen machen würden, wirken verinnerlichte Stereotypen unbewußt weiter, Mädchen wird eher solches Spielzeug gekauft, geschenkt oder nahegebracht, mit dem sie drinnen spielen können und soziale Fähigkeiten erwerben können. Geschlechtsspezifisch ausgewähltes Spielzeug hat das Ziel der spielerischen Einübung und Vorwegnahme der Arbeitsteilung. (Nötzel, zitiert nach Bilden, 1991, 283)

In Kommunikationsmedien, wie Kinder- und Jugendbüchern, Werbung, Fernsehen, Videofilmen und Computerspielen kommen Frauen nur selten vor, und wenn, dann eher in ganz traditionellen Rollen und oft im Zusammenhang mit ihrer Herabwürdigung zum Sexobjekt und brutaler (sexueller) Gewalt.

Jugendzeitschriften bieten massenweise Anleitungen und Modelle zu klassisch „weiblichen“ Verhalten. Allerdings ist wenig untersucht, inwieweit diese Medien auch tatsächlich auf Kinder wirken. Die Forschung über die Auswirkungen von aggressiver Pornographie und Darstellung von Gewalt gegen Frauen - die als lustvoll für Frauen dargestellt wird - auf erwachsene Männer hat jedoch gezeigt, daß durch das Konsumieren solcher Darstellungen Aggressionen gegen Frauen hervorgerufen werden können, die Akzeptanz von Vergewaltigungsmythen erhöht wird, etc. . (vgl. Bilden, 1991, 289)

6. 2. 2 Aspekte weiblicher Sozialisation

Unter Aspekte der Sozialisation verstehe ich verschiedene Bereiche der menschlichen Persönlichkeit, die sich in einem wechselseitigen Prozeß mit den Sozialisationsinstanzen entwickeln.

6. 2. 2. 1 Die Identitätsentwicklung von Mädchen

Die Identitätsentwicklung von Mädchen beschreibt Koemeda - Lutz als gekennzeichnet durch Entmutigung oder Bestrafung von aggressivem und abgrenzendem Verhalten - welches aber wesentlich ist für das Selbstgefühl - , durch überbehütendes Verhalten und durch Probleme bei der Identifikation mit der Mutter - da diese häufig als ohnmächtig, abgewertet und chronisch unterdrückt erlebt werden würde. Die Abwesenheit des gegengeschlechtlichen Elternteils würde zu einer narzißtischen Kränkung mit chronischer Gefallsucht führen, das Mädchen würde sich dann nur noch nach dem richten, was von anderen gewünscht wird. (Koemeda - Lutz, 143)

Die Tatsache, daß die Mutter als Identifikationsfigur nicht attraktiv sei in Hinblick auf weibliche Lebensperspektiven und der Anschein, daß das Mädchen sich einer solchen, abgelehnten Zukunft als Frau nun doch beugen muß, würde die Pubertät zum drastischen und unwiderruflichen Einschnitt machen, so Hoppe. (Hoppe, 1991b, 137)

Koemeda - Lutz vermutet, daß das mangelhaft ausgebildete Selbstgefühl zu einer erhöhten Anfälligkeit für Fremdbestimmungen (Modediktat z.B.) führen könne. (Koemeda - Lutz, 143)

Chodorow beschreibt die Identitätsentwicklung aus psychoanalytischer Perspektive. Sie verbindet in ihrer Theorie zur weiblichen Entwicklung psychoanalytische und gesellschaftliche Aspekte. Sie sagt, daß die Beziehung zum ersten Objekt durch die vorherrschende Arbeitsteilung meist zur Mutter bestünde, was besondere Folgen für den Individuationsprozeß und die Ablösung beider Geschlechter hätte : Mädchen könnten sich durch ihr Geschlecht schlechter von der Mutter abgrenzen, die Individuation vollziehe sich allmählicher und in Identifikation und im Dialog mit der Mutter, unter Unterdrückung von Autonomiebedürfnissen. (vgl. Chodorow, zitiert nach Bilden, 1991, 295)

6. 2. 2. 2 Emotionale Entwicklung

Frauen wird oft eine größere Emotionalität und emotionale Expressivität zugeschrieben. Bilden schreibt, daß solche Weiblichkeitskonstrukte die Gefühlszuschreibungen von Kindern, Eltern und LehrerInnen schon im Grundschulalter lenken würden. Solche Erwartungen würden als „Gefühlsregeln“ an Kinder, Jugendliche und Erwachsene herangetragen. Sozialisationsagenten und die Individuen selber formten danach ihre Ge-

fühlsausdrücke und Gefühlszustände. Durch diesen Prozeß würde das Gefühlsrepertoire von Mädchen differenziert und ausgeweitet, Angst zum Beispiel geduldet und unerwünschte Gefühle, wie Wut und Aggressionen unterdrückt. (vgl. Bilden, 1991, 284 / 285)

Mädchen lernen von klein auf, sich an Bedürfnissen von anderen zu orientieren und glücklich zu sein, wenn andere glücklich sind. (Neumann - Schönwetter, zitiert nach Horstkotter - Höcker, 59)

Auch Focks ist der Ansicht, daß Mädchen aggressive Gefühle nicht zugestanden würden, daher könnten weder tatsächliche, noch symbolische Ausdrucksformen (sprachliche und körperliche) von Aggressionen erworben werden. (vgl. Focks, 195)

So schreiben auch Prengel und Wirbel :

„Es ist für Mädchen nahezu unmöglich, ihre Aggressionen in gesellschaftlich als weiblich anerkannten Begriffen, Bildern, Symbolen und Handlungen zu artikulieren und zu kommunizieren. Bei Spielzeugen, Bildern und Geschichten für Kinder kommen keine Figuren aggressiver Weiblichkeit vor.“ (Prengel & Wirbel, 74)

Hagemann - White meint, daß Mädchen Aggressionen oft in anderer Form äußern würden als Jungen, zum Beispiel, indem sie die Vorschriften Erwachsener gegenüber anderen Kindern verträten und sich so die Gelegenheit zu Angriffen und Beschimpfungen verschafften. Es schein auch, als könnten Mädchen einen diffusen Aggressionsstau länger „aufheben“, so Hagemann - White. (Hagemann - White, 1984, 95)

Focks beschreibt, wie sich nicht ausgelebte Gefühle der Aggression, des Zorns und der Wut äußern würden : in Tränen der Hilflosigkeit, Kampfbereitschaft für andere und Autoaggressionen. (vgl. Focks, 195)

6. 2. 2. 3 Kognitive Entwicklung

Unterschiede bei kognitiven Fähigkeiten scheinen heutzutage nicht mehr belegbar zu sein, andererseits wirkt aber das geschlechtsbezogene, soziale Handeln durch unterschiedliche Erwartungen, Verhaltensinterpretationen, Überzeugungen, oft in Form einer „self - fulfilling – prophecy“. So werden zum Beispiel Leistungen von Frauen und Männern unterschiedlich bewertet und erklärt, daraus folgt, daß Frauen ihre Erfolge eher als Glück ansehen, ihre Mißerfolge aber als mangelnde Begabung, bei Männer ist es genau umgekehrt. (vgl. Bilden, 1991, 281)

Bei Untersuchungen zur Moralentwicklung durch Kohlberg schnitten die Frauen schlechter ab als die Männer, dies veranlaßte Gilligan dazu, das Material noch einmal zu sichten und eigene Untersuchungen über Konflikte von Frauen durchzuführen. Daraus folgerte sie daß Frauen eine andere Moral hätten, sie würden kontextgebundener

urteilen und mehr an der Sorge und Verantwortung für andere und persönlichen Bindungen orientiert sein. Erklärungen für diese Ergebnisse suchte sie auf der Basis von Chodorows Theorie der Identitätsbildung und diese sei für Mädchen bestimmt durch Identifizierung mit und Bindung an die Mutter. (zitiert nach Focks, 80 ff.)

Bilden meint, daß die interessantesten Forschungsprojekte darin bestehen würden, herauszufinden, wie Frauen den zentralen Konflikt zwischen Autonomie und Bindungen lösen würden. (Bilden, 1991, 296)

Zur kognitiven Entwicklung gehört auch die Art, wie Kinder / Jugendliche lernen, mit Konflikten umzugehen. Horstkotter - Höcker ist der Ansicht, daß Mädchen schon früh typische, weibliche Konfliktlösungsstrategien erwerben würden: Unauffälligkeit, Heimlichkeit und Systemkonformität. Dabei würden Konflikte eher nicht aktiv bewältigt, sondern passiv ertragen. (vgl. Horstkotter - Höcker, 61)

6.3 Sexualisierte Gewalt als Sozialisationserfahrung von Mädchen und Frauen

Jedes Mädchen in unserer Gesellschaft erlebt in irgendeiner Form sexualisierte Gewalt im Laufe der Kindheit oder Jugend, sei es in Form von Sprüchen oder Drohungen von Mitschülern, den sexuell getönten Berührungen des Onkels oder durch Sexuellen Mißbrauch und Vergewaltigung.

Die Auswirkungen sind unterschiedlich - es gibt immer wieder Mädchen, auf die solche Erlebnisse keine Auswirkungen zu haben scheinen oder die sich gut wehren können. Im allgemeinen befähigt die weibliche Sozialisation aber gerade nicht dazu, eigene Bedürfnisse zu äußern, sich durchzusetzen und sich erfolgreich zu wehren. (siehe 6. 2)

Mädchen wachsen auf und erwachsene Frauen leben mit Angst vor Kontrollverlust, vor Penetriertwerden, Geschwängertwerden, vor Grenzüberschreitungen, dem Verlust, der Enteignung des eigenen Körpers, zum Beispiel durch männliche Blicke, Werbung und Pornographie. (vgl. Eckhardt, 1994, 150)

Da Sexueller Mißbrauch in der Kindheitsgeschichte von Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten eine große Rolle zu spielen scheint, widme ich ihm ein eigenes Kapitel, in dem ich erst eine Begriffsklärung vornehme, dann einen Überblick zur Prävalenz und zu Folgen Sexuellen Mißbrauchs gebe und zum Schluß etwas genauer auf psychische Langzeitfolgen, insbesondere Selbstverletzendes Verhalten, eingehe.

6. 3. 1 Sexueller Mißbrauch - Definition und Begriffsklärung

Auch in der Forschung über Sexuellem Mißbrauch herrscht Uneinigkeit über die Weite der Anwendbarkeit dieses Begriffs. Die Untersuchungen gehen oft von unterschiedlichen Definitionen aus und sind somit kaum vergleichbar. Einen Einblick in diese Problematik gibt Bange. (Bange, in Enders, 327 ff.)

Einen guten Überblick zu den aktuellen Untersuchungen über Sexuellen Mißbrauch unter Berücksichtigung der verschiedenen Begrifflichkeiten, Definitionen und Methoden liefert Jönnssohn. (Jönnssohn, 11 ff.)

Ich benutze den Begriff „Sexuellen Mißbrauch“, trotz der berechtigten Kritik, daß dieser Begriff einen möglichen „guten“ sexuellen Gebrauch eines Kindes suggerieren würde und verharmlosend wirke, weil dieser Begriff am weitesten verbreitet ist und mittlerweile jede (r) sich etwas darunter vorstellen kann. Die meisten von mir zitierten Arbeiten benutzen diesen Terminus, so daß die Verwendung des von mir favorisierten Begriffes „sexualisierte Gewalt“ zu Verwirrungen führen würde. Trotzdem stelle ich noch einmal meine Beweggründe für die Bevorzugung dieses Begriffes dar : „sexualisierte Gewalt“ macht den Gewaltcharakter der Handlung deutlich, denn sexualisierte Gewalt ist Gewalt gegen Kinder, die nicht primär durch sexuelle Bedürfnisse des Täters oder der Täterin motiviert ist, sondern sie dient der Zementierung von Macht und Hierarchien mithilfe eines sehr wirksamen Rückgriffs auf sexuelle Handlungen. Ich bin der Meinung, daß es vor allem in Fachkreisen nötig ist, neue Ausdrücke, die ein Phänomen besser charakterisieren können, auszuprobieren, zu diskutieren und langsam einzuführen. Denn Sprache konstruiert die Wirklichkeit. (vgl. Foucault)

Aus den oben genannten Gründen verwende ich im folgenden hauptsächlich den Begriff „Sexuellen Mißbrauch“.

Zur Verdeutlichung des Charakters von Sexuellem Mißbrauch noch ein Zitat von Botens :

„Sexuelle Gewalt dient dazu, daß Mädchen lernen, daß sie als Mädchen und später als Frauen den männlichen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen müssen, um überhaupt Liebe und Anerkennung von Männern zu bekommen. Sexuelle Gewalt unterstützt somit die von der patriarchalen Gesellschaft geforderte Konditionierung auf Heterosexualität. > ...< Im Vordergrund steht für den Täter die Demonstration seiner Macht und Überlegenheit durch die Ausübung von körperlicher und psychischer Gewalt mittels sexueller Handlungen.“ (Botens, 41 / 42)

Steinhage formuliert es folgendermaßen :

„Durch den sexuellen Mißbrauch werden sie (die Mädchen, Anm. d. V.) auf ihre Rollen als Frauen in dieser Gesellschaft vorbereitet : Frauen erfahren von jüngster Kindheit an, daß Zuneigung und Nähe, aber auch Ausbeutung, Erniedrigung und Demütigung an dieselbe Person gekoppelt sind. Meist ist der Täter ihre erste männliche Be-

zugsperson, nämlich ihr Vater / Stiefvater und sie sind von ihm abhängig. Gerade Frauen, die in ihrer Kindheit vom Vater mißbraucht wurden, können sich im Erwachsenenalter nur selten gegen die sexuelle Gewalt ihres Ehemannes wehren. Als Mädchen haben sie gelernt : Gewalterfahrungen innerhalb der Familie sind Privatsache; sie haben keine Möglichkeit sich zu wehren; sie wissen auch, daß sie nicht darüber sprechen dürfen; sie müssen die Demütigungen ertragen, niemand würde ihnen glauben, was ihnen angetan wird. Zusätzlich vermittelt man ihnen, an den sexuellen Übergriffen selbst Schuld zu sein. Sie haben gelernt, daß sie verantwortlich sind für das emotionale Wohl der gesamten Familie, das vom Einsatz ihrer Sexualität abhängig ist.“ (Steinhage, 29)

Hinsichtlich des Ausmaßes und der Folgen habe ich mich entschlossen, mich als Basis meiner Ausführungen auf die Untersuchungen von Bange und Deegener zu beziehen, da mir die Definition, die Darstellung der Untersuchung und deren kritische Beleuchtung sehr klar und umfassend vorkamen.

Deshalb werde ich zunächst diese beiden Untersuchungen genauer darstellen.

Bange hat 1992 in Dortmund eine Fragebogenuntersuchung zum Ausmaß und den Folgen Sexuellen Mißbrauchs durchgeführt. Ziel war es unter anderem, durch die Präsentation empirischer Daten zur Versachlichung, der zum Teil sehr emotionalisierten und unsachlich geführten Auseinandersetzung über das Ausmaß und die Folgen Sexuellen Mißbrauchs beizutragen. (Bange & Deegener, 107) Er entschied sich für eine Fragebogenuntersuchung, aufgrund der geringeren Kosten bei einer großen TeilnehmerInnenanzahl, außerdem konnte die Anonymität so besser gewährleistet werden, die Fragen können von den TeilnehmerInnen ausgiebiger durchdacht und zu einem frei gewähltem Zeitpunkt beantwortet werden. Durch identische Frageformulierungen konnte die Durchführungsobjektivität besser gewährleistet werden und der Befragende übte nicht durch sein Auftreten Einfluß aus auf das Antwortverhalten (es fällt Betroffenen oft schwer, offen über ihre Erlebnisse zu sprechen). StudentInnen wurden zur Befragung ausgewählt, weil sie leichter und kostengünstiger erreichbar waren, sich mit schriftlichen Befragungen auskennen und ihnen weniger Skepsis entgegenbringen, was eine größere Gültigkeit der Ergebnisse aufgrund geringerer Fehlerhäufigkeit und niedrigerer Verweigerungsrate zur Folge hat.

Der Fragebogen setzte sich aus vier Teilen mit insgesamt 57 Fragen zusammen, beigelegt war ein Anschreiben, welches unter anderem auf die Art der Fragen hinwies, und darauf, daß es belastend sein könnte, sie zu beantworten.

Der erste Teil erhob statistische Daten, der zweite enthielt Fragen zu familiären und sozialen Bedingungen, der dritte Fragen zum Sexuellen Mißbrauch in der Kindheit und der vierte zu der derzeitigen psychischen Befindlichkeit der Betroffenen.

Im Oktober 1990 wurden 1500 dieser Fragebögen in zufällig ausgewählten Vorlesungen und Seminaren verteilt, 861 zurückgeschickte gingen in die Auswertung ein, davon 518 von Frauen. Die Rücklaufquote betrug damit 57 %.

Nach ausführlicher Abwägung der Überlegungen zur Gültigkeit der Ergebnisse, kommen Bange und Deegener zu dem Schluß, daß Opfer vermutlich eher unterrepräsentiert sind in dieser Untersuchung. (Bange & Deegener, 122)

Deegener machte 1994 / 95 in Homburg eine Nachfolgeuntersuchung mit demselben Fragebogen. Um eine etwas größere Repräsentativität zu erlangen, bezog er diesmal, neben 528 Studierenden, auch 325 KrankenpflegeschülerInnen und 340 Auszubildende und Angestellte einer Schulungseinrichtung für Beamte im öffentlichen Dienst mit ein. Ein repräsentativer Bevölkerungsdurchschnitt wurde dadurch aber auch nicht erreicht. Von den 1193 Fragebögen gingen 72, 8 % in die Bewertung mit ein, davon 431 von Frauen.

Bange und Deegener benutzten in beiden Untersuchungen folgende Definition von Sexuellem Mißbrauch :

„Sexueller Mißbrauch an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht - und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“ (ebd., 105)

Die Altersgrenze setzten sie bei 16 Jahren an.
(ebd.)

6. 3. 2 Das Ausmaß Sexuellen Mißbrauchs

In Bezug auf das Ausmaß Sexuellen Mißbrauchs gab und gibt es immer wieder heftige Diskussionen, obwohl die vorhandenen, von Bange und Deegener genannten deutschen Untersuchungen alle ein ähnliches Ausmaß aufweisen, nämlich zwischen 17 und 31 % betroffene Frauen.

Verschiedene deutsche und auch internationale Studien sind oft nicht miteinander vergleichbar, da sie unterschiedliche Definitionen für Sexuellen Mißbrauch benutzen, mit unterschiedlichen Instrumentarien forschen (zum Beispiel Tiefeninterviews oder Fragebögen) und in unterschiedlichem Umfang nach Mißbrauchserfahrungen fragen, was auch die Einfluß auf die gefundenen Prävalenzen hat. (vgl. Jönsson, 12 / 13)

Bange kam bei seiner Untersuchung zu folgenden Ergebnissen hinsichtlich des Ausmaßes :

25 % der Frauen gaben an, in der Kindheit sexuell mißbraucht worden zu sein, gegenüber 8 % der Männer. Deegener fand 1994 / 95 22 % sexuell mißbrauchte Frauen und 5 % Männer.

(Personen, die keine Fragen zu näheren Umständen ausfüllten, versuchte sexuelle Übergriffe, Erfahrungen mit Exhibitionisten und sexuelle Belästigungen wurden in diese Ergebnisse nicht miteinbezogen)

Bei der Frage nach den Tätern / Täterinnen antworteten 22 % der Dortmunder Frauen und 23 % der Homburger Frauen, daß sie von Familienangehörigen mißbraucht wur-

den; 50 %, bzw. 33 % durch Bekannte oder Freunde und 28 % bzw. 44 % durch Fremde.

Innerhalb der Familie waren bei Sexuellem Mißbrauch an Mädchen am häufigsten die Onkel (33 bzw. 34 %) die Täter, gefolgt von Brüdern (14 bzw. 16 %), Vätern (28 bzw. 14 %), Cousins (11 bzw. 18 %), Großvätern (8 bzw. 11 %), Stiefvätern (3 bzw. 6 %) und Müttern (0 bzw. 2 %).

34 % der sexuell mißbrauchten Dortmunder Frauen und 41 % der Homburger Frauen gaben an, mehrmals sexuell mißbraucht worden zu sein.

Bange und Deegener unterteilten die Erfahrungen Sexuellen Mißbrauchs in vier Kategorien, dabei betonen sie, daß der Grad der Intensität nicht unbedingt mit der Schwere der Folgen korrelieren müsse :

Sehr intensiver Sexueller Mißbrauch

- Versuchte oder vollendete vaginale Vergewaltigung
- Versuchte oder vollendete anale Vergewaltigung
- Opfer mußte Täter anal penetrieren
- Versuchte oder vollendete orale Vergewaltigung
- Opfer mußte Täter oral befriedigen

19 % der interviewten Dortmunder und 14 % der Homburger mißbrauchten Frauen gaben an sehr intensiven Sexuellen Mißbrauch erlebt zu haben.

Intensiver Sexueller Mißbrauch

- Opfer mußte vor Täter masturbieren
- Täter masturbierte vor Opfer
- Täter fasste Opfer an die Genitalien
- Opfer mußte Täter an die Genitalien fassen
- Opfer mußte Täter die Genitalien zeigen

36 % der Dortmunder und 28 % der Homburger sexuell mißbrauchten Frauen gaben an, intensiv sexuell mißbraucht worden zu sein.

Weniger intensiver Sexueller Mißbrauch

- Täter versuchte die Genitalien des Opfers anzufassen
- Täter fasste Brust des Opfers an
- Sexualisierte Küsse, Zungenküsse
- Sexualisiertes Anfassen

Von den sexuell mißbrauchten Dortmunder Frauen gaben 34 % an, weniger intensiv sexuell mißbraucht worden zu sein, gegenüber 43 % der Homburger Frauen.

Sexueller Mißbrauch ohne Körperkontakt

- Exhibitionismus
- Opfer mußte sich Pornos anschauen
- Täter beobachtete Opfer beim Baden, Anziehen

11 % der interviewten sexuell mißbrauchten Frauen aus Dortmund berichteten von Sexuellem Mißbrauch ohne Körperkontakt und 15 % der Homburger.

(Bange & Deegener, 134 ff.)

Der Sexuelle Mißbrauch begann durchschnittlich mit 11, 3 Jahren bei den Frauen.
(ebd., 143)

Ich werde im folgenden nur die Antworten der Frauen auf den Fragebogen zitieren, da sich meine Arbeit nur auf Frauen bezieht.

6. 3. 3 Folgen Sexuellen Mißbrauchs

Sexueller Mißbrauch in der Kindheit und Jugend trifft auf eine noch nicht vollständig entwickelte Persönlichkeit. Kinder und Jugendliche können sich oft nicht erfolgreich gegen Erwachsene wehren - die Taten überfordern das psychische System, dies kann dann zu vielen unmittelbaren - oder Langzeitfolgen führen. Verschiedene AutorInnen differenzieren die Folgen für die Kinder und Jugendlichen je nach Entwicklungsstufe. (vgl. Wolterreck, 83; Cole & Putnam, 174 ff.)

Es ist aber wichtig darauf hinzuweisen, daß es immer wieder Menschen gibt, die sagen, sie fühlten sich durch erfahrene sexualisierte Gewalt nicht beeinträchtigt. (vgl. Bange & Deegener, 75; Brockhaus & Kolshorn, 148)

Die unmittelbaren Reaktionen und die Psychodynamik der Betroffenen in der Mißbrauchssituation, haben oft die Funktion, die Situation überhaupt erträglich zu machen. Diese psychischen Reaktionen führen zu den frühen Folgen, manchmal werden diese dann fest in das Verhaltensrepertoire der Betroffenen eingebaut. Andere Folgen treten erst später auf, zum Beispiel in der Pubertät oder kommen in Krisensituationen zum Vorschein.

Ich unterteile die Folgen Sexuellen Mißbrauchs in das Erleben des Sexuellen Mißbrauchs, bzw. unmittelbare Reaktionen, Folgen bei Kindern und Jugendlichen und Folgen bei Erwachsenen (Folgen bei Erwachsenen entspricht ungefähr dem, von anderen AutorInnen benutzten, Begriff Langzeitfolgen). Bange und Deegener geben an, daß ihre Untersuchungsergebnisse zu den aktuellen Beschwerden der befragten Frauen zwischen Früh - und Langzeitfolgen einzuordnen seien, da das Durchschnittsalter der Befragten relativ gering war und der Sexuelle Mißbrauch zum Teil noch nicht so lange her war. (Bange & Deegener, 171)

Es gibt einige Faktoren, die sich verstärkend auf eine Traumatisierung auswirken. Bange und Deegener haben sie anhand vorhandener Untersuchungen zusammengestellt und zum Teil durch ihre Untersuchungen belegt. (ebd., 68 ff.)

Folgende primäre Faktoren haben demnach verstärkenden Einfluß auf die Traumatisierung :

- eine enge und vertraute Beziehung zwischen dem Opfer und dem Täter

Dazu will ich aus einer Studie von Moggi und Clémenton zitieren, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Beziehungsnähe und sexueller Gewalt beschäftigen :

„Es sind also vorwiegend Inzestopfer, die langfristig unter psychischen Problemen des sexuellen Traumas leiden. Der Bekanntheitsgrad des Täters und die

Gewaltanwendung sind zwei der wenigen Bedingungen, die hier und in anderen Untersuchungen immer wieder als wichtige Faktoren für das Ausmaß des Traumas gefunden werden.“ (Moggi & Clémenton, 19)

- die Intensität des Sexuellen Mißbrauchs (besonders orale, anale und vaginale Penetration wirken extrem traumatisierend)
- die Anwendung von Zwang und Gewalt
- eine lange Dauer und größere Häufigkeit des Sexuellen Mißbrauchs

Außerdem spielten auch sekundäre Traumatisierungsfaktoren eine Rolle, zum Beispiel wirke sich eine verleugnende, ablehnende oder bestrafende Reaktion der Eltern verstärkend auf die Traumatisierung aus, dementsprechend sei eine positive Eltern - und Geschwisterbeziehung als protektiver Faktor zu nennen. (vgl. dazu auch Egle et al., 693) Noch nicht ausreichend gesichert sei die Folge von institutionellem Umgang mit sexuell mißbrauchten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, so Fürniss; es deute sich jedoch an, daß Mehrfachbefragungen vor Gericht oder eine lange Verfahrensdauer weitere psychische Beeinträchtigungen mit sich bringen könnten. Die Wirkung von Therapie auf das Ausmaß der Traumatisierung könne nicht für alle Betroffenen als nachgewiesen gelten.

Gesichert sei allerdings der Einfluß von antezedenten Faktoren, das heißt, daß sich eine hohe Belastung, viele Streßfaktoren und Entwicklungsverzögerungen des Kindes vor dem Sexuellen Mißbrauch ebenso verstärkend auf emotionale Probleme, depressive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten auswirkten. (Fürniss, 74 - 76)

Diese Tatsache weist auch hin auf ein Problem der Folgenforschung. So ist es aufgrund der retrospektiven Befragungen nicht möglich, Sexuellen Mißbrauch als einzige Ursache der Folgen zu isolieren. Bange und Deegener weisen darauf hin, daß Sexueller Mißbrauch oft mit emotionaler Vernachlässigung und körperlicher Mißhandlung einhergeht und diese Faktoren somit die Folgen mitbedingen. (Bange & Deegener, 75)

Aus dem Vergleich mit Studien zu den Folgen von Kindesmißhandlung und multivariaten Regressionsanalysen allerdings kann man Rückschlüsse auf die spezifischen Folgen sexualisierter Gewalt ziehen. (vgl. Draijer, 1990)

Zunächst ein Exkurs zur Traumatheorie, da Sexueller Mißbrauch von vielen AutorInnen als Trauma verstanden wird und die Traumatheorie einen Beitrag leistet zum Verständnis der Folgen Sexuellen Mißbrauchs. Danach werde ich die Psychodynamik des Sexuellen Mißbrauchs bei dem Kind oder der Jugendlichen beschreiben, um die Entstehung der Folgen besser erklärlich zu machen.

Exkurs Traumatheorie

Sexueller Mißbrauch wird von vielen AutorInnen als Trauma angesehen. (vgl. Wirtz, 1989; Hirsch, 1987; Herman, 1994; Shengold, 1995; Draijer, 1990; van der Kolk, 1998)

Draijer beschreibt die Grundgedanken der Traumatheorie von Freud und Breuer :
„Traumatische Erfahrungen gehen mit so starken Emotionen einher, daß diese Emotionen nicht direkt bewältigt werden können, sondern zusammen mit den Erinnerungen oder Erinnerungsfragmenten, die mit den ursprünglichen Erfahrungen verknüpft sind, unterdrückt oder dissoziiert werden.“ (Draijer, 128)

Sachsse nennt aus psychoanalytisch - psychodynamischer Perspektive mögliche Realtraumata der Kindheit : Deprivation, aggressive Mißhandlung, Elternteilverlust, Sexueller Mißbrauch, Inzest. (Sachsse, 1995b, 50)

Herman schreibt, daß traumatische Reaktionen dann aufträten, wenn Handeln keinen Sinn mehr hätte, wenn weder Widerstand, noch Flucht möglich wäre - dann würde das Selbstverteidigungssystem des Menschen überfordert im Chaos zusammenbrechen. Traumatische Ereignisse würden tiefgreifende und langfristige Veränderungen in der physiologischen Erregung, bei Gefühlen, Wahrnehmung und Gedächtnis bewirken. Sie unterteilt die Folgen von Traumata in drei Kategorien : Bei manchen Menschen hält der physiologische Erregungszustand unvermindert an, es besteht chronische Übererregung, einige erleben das Trauma immer wieder erneut, in Gedanken, Träumen und Handlungen und Andere entfliehen der Situation durch einen veränderten Bewußtseinszustand - die Wahrnehmung kann verändert sein, bis zur Dissoziation, diese Zustände können dann im späteren Leben immer wieder auftreten. (Herman, 56 ff.)

Traumatische Ereignisse wirken sich aber nicht nur direkt auf die psychischen Strukturen aus, sondern genauso auf Bindungen und Wertvorstellungen :

„Sie zersetzen die Bindungen an Familie, Freunde, Partner und Nachbarn, sie zerstören das Selbstbild, das im Verhältnis zu anderen entsteht und aufrechterhalten wird. Sie untergraben das Wertesystem, das der menschlichen Erfahrung Sinn verleiht. Sie unterminieren das Vertrauen in eine natürliche oder göttliche Ordnung und stoßen es in eine existentielle Krise.“ (Herman, 77)

Van der Kolk beschreibt in seiner Arbeit zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata die Auswirkungen, die eine frühe Traumatisierung auf die kindliche Entwicklung haben kann. Er meint, daß traumatische Erfahrungen im Kindesalter besonders schwerwiegende Auswirkungen auf das Selbst - und Weltbild haben könnten und Einfluß darauf hätten, wie auf spätere Belastungen reagiert wird. Die Traumatisierung könne außerdem, wenn sie ein Kind in der jeweiligen Entwicklungsphase trafe, die kognitive Entwicklung, die Bindungsfähigkeit und die Entwicklung der Regulation von Affekten beeinträchtigen. Auch abweichende neurobiologische Prozesse könnten traumabedingt sein, so wurde festgestellt, daß es als Reaktion auf Streß und Trauma zu einer erhöhten, neuronalen Aktivität in der rechten Hemisphäre komme und zu einer Abnahme in der Linken (die linke Hemisphäre ist unter anderem dafür zuständig, Probleme in aufeinanderfolgende Schritte zu zerlegen, sie entwickelt symbolische Repräsentationen, d.h. Worte und benennt Wahrnehmungsinhalte; die

rechte Hemisphäre ist für Gefühlszustände und autonome Erregung zuständig). (vgl. van der Kolk, 32)

Traumatisierungen, die sich über lange Zeit fortsetzen, wie es für Sexuellen Mißbrauch in der Familie häufig beschrieben wird, können zu einem Verlust der Empfindungsfähigkeit führen (vgl. Draijer, 129) oder im schlimmsten Fall die Persönlichkeit vernichten. (vgl. Wirtz, 84)

Shengold nennt dementsprechend sein Buch über Kindesmißbrauch und - mißhandlung entsprechend „Soul murder“, Wirtz schreibt über Sexuellen Mißbrauch in „Seelenmord“.

Sachsse et al. sehen die Borderline Persönlichkeitsstörung als typische Traumafolge und mögliche Auswirkung Sexuellen Mißbrauchs an. Sie erklären die Entstehung dieser Störung psychoanalytisch / psychodynamisch, wobei sie Selbstverletzendes Verhalten unter anderem als Mechanismus zur Abwehr traumatischer Erinnerungen darstellen :

„Traumatische Erfahrungen induzieren dissoziative Mechanismen als Trauma - Coping. Induzierte Depersonalisation, induzierte Derealisation, der Rückzug in eine geschützte Phantasiewelt, Spaltung wichtiger Objekte in nur schlecht (traumatisierend / frustrierend) und nur gut (nie traumatisierend / nie frustrierend oder enttäuschend) sind die wichtigsten Coping - Mechanismen, die sich zu Abwehrmechanismen und Verhaltenautomatismen verselbstständigen und generalisieren können. Erinnerungen, die weder durch neurotische Abwehrmechanismen, noch durch solche der BPS (Borderline Persönlichkeitsstörung, Anm. d. Verf.) aus dem Bewußtsein ferngehalten werden, können durch Abususverhalten, soziales Agieren, SVV oder Eßstörungen abgewehrt werden.“ (Sachsse et al., 17)

6. 3. 3. 1 Das Erleben der Mißbrauchssituation

Hildebrandt beschreibt die Dynamik einer fiktiven Inzestsituation, um den spiralförmigen Prozeß deutlich zu machen, der zu selbstdestruktiven Verhaltensweisen und Minderwertigkeitsgefühlen führen kann :

„Ein Kind hat seinen Vater gern und wünscht zu ihm engen, körperlichen Kontakt; von Eltern und Gesellschaft hat das Kind gelernt, daß es richtig und gut ist, seinen Vater gern zu haben und zu respektieren. Froh läuft das Kind zu seinem Vater und setzt sich auf seinen Schoß. Der Vater fängt an, das Kind zu lieblosen und geht dann dazu über, es sexuell zu mißbrauchen, indem er etwa ein > Laß mich meinen Penis in deinen Mund führen - Spiel < >spielt<. Dabei erzählt er seinem Kind, wie gut das tue und wie lieb er sein kleines Mädchen finde. Das Kind fühlt sich einerseits wohl und geborgen bei den ersten Liebkosungen und andererseits befremdet und unwohl, vielleicht leidet es auch unter Erstickungsanfällen (Gefühl) durch den großen Penis in seinem Mund. Der Vater sagt, das tue gut, und dem Vater kann man vertrauen; nach ihrem Verständnis

bedeutet das, daß sie ein schlechtes und böses Mädchen ist, wenn sie dabei unangenehme Empfindungen hat. (Verständnis) Sie muß Vater und Mutter gegenüber verbergen, wie mißraten sie ist, weil sie die Liebkosungen des Vaters nicht leiden kann und läuft in ihr Zimmer und weint allein mit dem Kopf unter dem Kissen (Verhalten). Wenn dieser Prozeß weitergeht und das Kind sich immer mißratener und schuldiger fühlt, wird sein Verhalten zunehmend selbstdestruktiv.“

(Hildebrandt, 1986, 63)

Finkelhor et al. haben ein Modell entwickelt, mit dem sie Folgen Sexuellen Mißbrauchs anhand der traumabedingten Psychodynamik des Sexuellen Mißbrauchs erklären. Nach ihrem Modell ist die Situation des Sexuellen Mißbrauchs gekennzeichnet von traumatischer Sexualisierung, Stigmatisierung, Vertrauensmißbrauch und Hilflosigkeit. Diese Aspekte des Erlebens haben jeweils spezifische Auswirkungen. (Finkelhor et al., 185 ff.)

Ich stelle dieses Modell kurz in Tabellenform dar, erläutere dann die vier Aspekte der Dynamik, unterstütze sie dann jeweils mit den Ergebnissen von Bange und Deegener, sowie Erkenntnissen anderer AutorInnen und ergänze es zum Schluß durch weitere, die Situation bestimmende Gefühle nach Enders. (Enders, 42 ff.)

Dynamik der Situation	Auswirkungen auf die Gefühlsebene	Verhaltensebene
Stigmatisierung Dem Opfer wird die Schuld zugewiesen; Scham; Geheimhaltungszwang; andere reagieren schockiert; Opfer wird wie beschädigte Ware behandelt	Scham – und Schuldgefühle, geschwächtes Selbstbewußtsein, Gefühl anders zu sein, als die anderen	Drogenkonsum, Kriminalität, Selbsterstörerisches Verhalten, Selbstmordversuche, Isolation
Hilf - und Machtlosigkeit Mißachtung kindlicher Grenzen und Bedürfnisse; Kind fühlt sich nicht fähig, sich selber zu schützen und ist nicht in der Lage, anderen das Geschehene glaubhaft zu machen	Selbsteinschätzung als Opfer; Ohnmacht und Angst; Kontrollbedürfnis; Identifizierung mit dem Angreifer	Alpträume, Angstzustände, Phobien, Konzentrationsstörungen, psychosomatische Krankheiten, Eß - und Schlafstörungen, Depression, Dissoziation, Weglaufen, Schulprobleme Reviktimisierung, selber zum Mißbraucher werden, Aggressivität, Delinquenz
Vertrauensbruch Ausnutzen von Vertrauen durch nahestehende, eigentlich schutzgebende Personen; Das Wohlergehen des Kindes wird nicht beachtet; Mangelnde Unterstützung und Schutz durch die Eltern	Kummer, Depression, Mißtrauen, Haß, Verlust, Trauer, extreme Abhängigkeit, Feindseligkeit	Vulnerabilität für weiteren Mißbrauch und Ausbeutung, Mißtrauen, Ängste vor Menschen / Männern, Rückzug in sich selbst, Aggressivität, soziale Isolation, Kontaktlosigkeit, Eheprobleme
Traumatische Sexualisierung Erwachsenensexualität als Antwort auf kindliche Zuwendungsbedürfnisse; Täter vermittelt falsche Moralvorstellungen und falsche Auffassungen von Sexualität; Konditionierung von sexueller Aktivität mit negativen Emotionen und Erinnerungen	Zuwendung ist an Sexualität gekoppelt Ekel, Abscheu, Angst beschädigt zu sein, Verwirrung durch körperliche Erregung, Verwirrung der sexuellen Identität und sexueller Normen, Aversion gegen Sex oder Intimität	Sexuelle Probleme, sexualisiertes Verhalten, Abscheu vor dem eigenen Körper, sexuelle Aggressivität bei Jungen, Reviktimisierung, Abspalten von Gefühlen, Angst vor körperlicher Nähe (Prostitution, Promiskuität)

(nach Finkelhor et al., 185 ff.)

6. 3. 3. 1. 1 Der Vertrauensbruch

Der Vertrauensbruch, den das Kind erlebt, wenn eine ihm nahestehende Person, die vertrauenswürdig schien, seine Grenzen dermaßen verletzt, wie es beim Sexuellen Mißbrauch der Fall ist, kann dazu führen, daß das Kind das Vertrauen in sich und andere verliert.

Wenn die Kinder oder Jugendlichen von dem Mißbrauch einer ihnen wichtigen Person erzählen und ihnen nicht geglaubt wird oder hinter ihrem Rücken gehandelt wird, stellt dies einen erneuten Vertrauensbruch dar. (vgl. Finkelhor et al., 182)

Die Betroffenen verlieren das Vertrauen in sich und ihre eigene Kraft, ihre Fähigkeit sich zu wehren. (vgl. Enders, 42 ff.)

Diese Dynamik kann auch dazu führen, daß sexuell mißbrauchte Frauen später Schwierigkeiten haben, soziale Situationen richtig einschätzen zu können, dies, gepaart mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und geringer Selbstsicherheit kann zu einem erhöhten Risiko, erneut Opfer zu werden, führen. (vgl. Brockhaus & Kolshorn, 155)

Hilsenbek verweist in diesem Zusammenhang auf die verwirrende Double - Bind Situation, in der das Kind / die Jugendliche steckt und nennt dafür einige Beispiele :

Es tut ihr weh, sie empfindet extremen Ekel # er nennt es Liebe

er sagt, er liebt sie # und wird sie töten, wenn sie davon spricht

sie kann der Mutter sonst alles sagen # aber der Täter suggeriert ihr, es würde die Mutter umbringen, wenn sie erzählt, was er tut

oder er würde dann ins Gefängnis kommen # sie will beide nicht verlieren, da sie existentiell auf die Familie angewiesen ist. (Hilsenbek, 1996, 49 / 50)

6. 3. 3. 1. 2 Stigmatisierung

Zentral für die Stigmatisierung sind Scham - und Schuldgefühle.

Der Sexuelle Mißbrauch beginnt oft langsam. Schleichend intensivieren die, oft emotional nahestehenden Täter / Täterinnen die Beziehung und lassen Grenzen verschwinden. Wenn das Kind merkt, daß etwas an dem Verhalten nicht stimmt, es ihm unangenehm wird, ist es oft so weit darin verstrickt, daß der Täter / die Täterin ihm weismachen kann, es sei (mit) Schuld an dem Geschehenen. (vgl. Finkelhor et al., 184)

In dieser Gesellschaft besteht ohnehin der Mythos, daß kleine Mädchen erwachsene Männer verführen wollen - gestützt durch die klassisch - psychoanalytische Theorie über die psychosexuelle Entwicklung von Mädchen. Männer deuten den spielerischen Umgang der Mädchen mit Rollenzuschreibungen mit ihrem erwachsenen Blick - für ihre Zwecke. Seinen Ausdruck findet dies unter Anderem in den beliebten „Lolita“ - Geschichten, Pädophilie und Entlastung der Täter vor Gericht. Es ist gerade aufgrund dieses immer noch weit verbreiteten Mythos wichtig, zu betonen, daß das Kind niemals die Schuld an dem Mißbrauch trägt. Die Erwachsenen (oder gegebenenfalls ältere Geschwister, u.a.) sind wegen ihres Entwicklungs - , Wissens - und Machtvorsprunges

verantwortlich. Zusätzlich fühlen sich sexuell mißbrauchten Kinder oft auch schuldig, weil sie es nicht geschafft haben, den Mißbrauch zu beenden, weil sie eventuell Belohnungen für die Handlungen entgegengenommen haben oder manchmal Lustgefühle empfunden haben und schuldig gegenüber der Mutter, weil sie vom Vater vorgezogen werden. (vgl. Steinhage, 27)

26 % der Dortmunder und 29 % der Homburger von Bange und Deegener interviewten Frauen gaben an, daß durch den sexuellen Mißbrauch bei ihnen Schuldgefühle in intensiver Ausprägung ausgelöst wurden. (Bange & Deegener, 173)

Schamgefühlen entstehen, weil sexuell mißbrauchte Kinder etwas erleben, worüber in dieser Gesellschaft nicht gerne gesprochen wird - Sexualität, die Genitalien, viele Körperfunktionen sind schambesetzt. Der Sexuelle Mißbrauch verletzt die Schamgrenzen des Kindes und löst häufig bleibende Ekelgefühle und das Gefühl, beschmutzt zu sein aus. Auch diese Schamgefühle hindern das Kind daran, vom Mißbrauch zu erzählen. (vgl. Enders, 51)

Bange und Deegener berichten von 63 % der Dortmunder und 77 % der Homburger Frauen, die Schamgefühlen, ausgelöst durch den Sexuellen Mißbrauch empfanden, 71 %, bzw. 73 % empfanden Ekel. (ebd.)

Hildebrandt bestätigt, daß Inzestopfer oft ein tiefes Schamgefühl gegenüber ihrem eigenen Körper empfinden würden, insbesondere in Bezug auf die erogenen Zonen, wie Brüste, Geschlechtsorgane und das Gesäß, außerdem fühlten sie sich häßlich, schmutzig und körperlich abstoßend. (Hildebrandt, 1986, 55)

6. 3. 3. 1. 3 Hilf - und Machtlosigkeit

Die Situation des Sexuellen Mißbrauches ist auch gekennzeichnet von Hilf - und Machtlosigkeit. Kinder sind tatsächlich vielfältig ohnmächtig : sie sind körperlich und oft psychisch nicht in der Lage, sich zu wehren, oft wird ihnen nicht geglaubt, auch gesellschaftlich haben sie keine Einflußmöglichkeiten und sie sind von ihrer Familie abhängig.

Wenn Kinder gegen den Sexuellen Mißbrauch Widerstand leisten und dieser gebrochen wird, bleibt ein Gefühl von Hilflosigkeit, Resignation und Ohnmacht zurück. (vgl. Finkelhor et al., 183)

Das Ohnmachtserleben bei inzestuös mißbrauchten Kindern ist besonders stark, da Eltern oder andere nahe Verwandte dem Kind gegenüber eine „natürliche“(durch die Gesellschaft auferlegte) Schutzfunktion haben, diese Kinder bilden dann, gewissermaßen aus Notwehr, das Bedürfnis nach vollkommener Kontrolle aus und versuchen Situationen zu meiden, die scheinbar nicht kontrollierbar sind. (vgl. Dulz / Schneider, 52)

66 % der Dortmunder und 78 % der Homburger Frauen in Banges und Deegeners Untersuchung berichteten von Hilflosigkeitsgefühlen.

Auch Moggi und Cl  men  on fanden in ihrer anonymen Fragebogenuntersuchung mit 124 sexuell mißbrauchten Frauen ähnliche Ergebnisse : Inzestopfer glaubten eher als nicht mißbrauchte Frauen über keine Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, um ihre Ziele zu erreichen und Probleme zu lösen; sie erlebten sich stärker abhängig von anderen Personen und fühlten sich dem Schicksal ausgeliefert; sie erlebten sich hilfloser; wiesen mehr und stärkere depressive Symptome auf und ihre Selbstwertsch  tzung war geringer.

Aus dem Gefühl der Hilf - und Wehrlosigkeit heraus kann das Kind auch durch Dissoziation versuchen, die Situation des Sexuellen Mißbrauchs zu überstehen. Teegen und Cerney - Seeler fanden in ihrer Untersuchung heraus, daß 81 % der sexuell mißbrauchten Frauen Dissoziation als Bewältigungsstrategie benutzten. (Teegen & Cerney - Seeler, 22, siehe Kapitel 2. 5)

Dazu die Beschreibung einer Betroffenen, wie sie sich vom Mißbrauch „ausklinkte“ :

„Schließlich sagte ich mir, daß er ja nur meinen Körper für kurze Zeit in Beschlag nahm, meine Seele war jenseits seines Zugriffs, mich selber als Persönlichkeit konnte er nicht vereinnahmen. > ... < Indem ich sozusagen nur meinen Körper benutzen ließ, konnte ich innerlich eine gewisse Distanz bewahren, die mich sch  tzte.“

(Gardiner - Sirtl in Enders, 73)

Eine andere Frau berichtet, wie sich diese Überlebensstrategie verselbstständigte :

„Ich fand Mittel und Wege, mich abwesend zu machen - ich dachte an ein Gespräch mit einer Nachbarin, eine Hausaufgabe, eine Einkaufsliste, irgendetwas Nichtsexuelles - , mich aus dem Zentrum des Geschehens zu entfernen, so zu tun, als geschähe es gar nicht. ... Ich verstand es immer besser die Realität zu verdrängen und mitunter ganz auszulöschen, eine Fertigkeit, die ich mir später nur unter gr  o  ten Schwierigkeiten >...< wieder abgewöhnen konnte. Ich versetzte meinen Geist in andere Zeiten und Räume.“

(Brady, zitiert nach Rijnaarts, 301)

6. 3. 3. 1. 4 Traumatische Sexualisierung

Die Traumatische Sexualisierung kann auftreten, wenn ein Kind konfrontiert ist mit Sexualität, die nicht der Entwicklung des Kindes entspricht oder zu der es gezwungen wird. Das Kind lernt eventuell, daß es im Austausch für Sex Geschenke, Aufmerksamkeit und Privilegien bekommen kann und Menschen dadurch manipulieren kann. Kinder zeigen dann oft unangemessenes sexuelles Verhalten und falsche Vorstellungen über die eigene Sexualität.

(vgl. Finkelhor et al., 185 - 189)

6. 3. 3. 1. 5 Weitere, die Situation des Sexuellen Mißbrauchs bestimmende Gefühle

Enders nennt noch weitere Gefühle, die in der Mißbrauchssituation entstehen können :

- Zweifel an der eigenen Wahrnehmung : Die Wahrnehmung des Kindes wird oft gezielt verwirrt, so behauptet der Täter / die Täterin eventuell, daß der Sexuelle Mißbrauch etwas ganz „normales“ wäre, oder daß das jeder Vater mit seiner Tochter mache, oder er / sie leugnet das in der vorigen Nacht Geschehene - tut so, als ob nichts passiert sei. Das kann dann dazu führen, daß das Kind selber an seiner Wahrnehmung zweifelt und glaubt, das Geschehene nur geträumt zu haben oder, daß es wohl doch nicht so schlimm sei. Erschwerend wirkt, wenn in das Vertrauen gezogene Bezugspersonen das Berichtete nicht wahrhaben wollen und leugnen, indem sie zum Beispiel sagen : „Sowas würde Onkel Fritz doch nie tun!“ . (vgl. Enders, 55 / 56)

Fürniss sieht die langfristige Verwirrung von kognitiver, emotionaler und sexueller Beziehungsebene zwischen den Generationen als zentralen psychopathogenetischen Faktor bei innerfamiliären sexueller Kindesmißhandlung an. (Fürniss, 73)

Bange und Deegener fragten nicht nach Zweifeln an der eigenen Wahrnehmung, aber sie erhoben, wieviel Frauen nach dem Sexuellen Mißbrauch intensive Gefühle der Verwirrung gespürt hatten : 71 % der Dortmunder und 74 % der Homburger Frauen machten dahingehend Angaben. (Bange & Deegener, 173)

- Angst : Angst entsteht durch den Sexuellen Mißbrauch in mehreren Beziehungen, zum Beispiel Angst vor dem Sexuellen Mißbrauch an sich, Angst vor den Drohungen des Täters / der Täterin (so zum Beispiel : „Wenn du das erzählst, dann komme ich ins Gefängnis / kommst du ins Heim“), vor Veröffentlichung des Geheimnisses, vor dem Zerfall der Familie, vor Reaktionen der Umwelt, vor Schwangerschaft, vor Verlust von Liebe und vor Nähe. (vgl. Enders, 57 / 58)

49 % der Dortmunder und 53 % der Homburger Frauen gaben an, Angst in der Situation des Sexuellen Mißbrauchs verspürt zu haben. (Bange & Deegener, 173)

- Rückzug auf sich selbst : Damit ist eine Strategie gemeint, mit dem das Kind sich zu schützen versucht. Der Körper kann abgespalten werden, als fremd erlebt werden und das Selbst kann sich in einen schützenden Kern zurückziehen, der unerreichbar für den Mißbrauch ist. Diese Strategie wirkt allerdings nicht nur in der konkreten Mißbrauchssituation, sondern generalisiert sich häufig und hat Konsequenzen für den Kontakt des Kindes zu sich selber und zu anderen. (vgl. Enders, 60 / 61)

- Identifikation mit dem Aggressor : Der Täter oder die Täterin ist oft ein Mensch, den das Kind liebt. Im Zwiespalt zwischen der Zuneigung und dem Vertrauen und den schlimmen, verletzenden Handlungen dieses Menschen, versuchen die Kinder oft den Täter / die Täterin zu entlasten. Aus psychoanalytischer Perspektive wird dieser Ab-

wehrmechanismus als „Identifikation mit dem Aggressor“ bezeichnet. (vgl. Dulz / Schneider, 53)

Ferenczi schreibt, daß die ungeheure Angst des Kindes es dazu zwingen würde, sich mit dem Täter zu identifizieren, durch diese Introjektion des Täters würde dieser als äußere Realität verschwinden und das Kind könne sich die frühere Zärtlichkeitssituation aufrechterhalten. (Ferenczi, 324)

Durch die Identifikation hätte der Täter in der Phantasie des Opfers das Recht, ihm etwas derartiges anzutun, das Opfer fühle sich unwert, geliebt zu werden und übernehme die Verantwortung und damit die Schuld am Inzestgeschehen, so Schneider und Dulz. (zitiert nach Dulz & Schneider, 50)

Von diesem Punkt der Identifizierung mit dem Angreifer und der Übernahme der Schuld, sei es nur noch ein kleiner Schritt hin zur Durchführung autoaggressiver Handlungen, so Dulz und Schneider. (ebd.)

Aus diesem Abwehrmechanismus folgen kann außerdem eine Übernahme von Eigenschaften und Einstellungen des Täters / der Täterin und eine Reinszenierung des Geschehenen mit anderen Personen (Reviktimisierung oder aber durch Sexuellen Mißbrauch der eigenen Kinder / Jüngerer) oder ein Ausleben an sich selbst. (vgl. Eckhardt, 1994, 133)

- Sprachlosigkeit : Oft beginnt der Sexuelle Mißbrauch in einem so frühen Alter, daß die Kinder ihre Erlebnisse gar nicht in Worte fassen können. Hinzu kommt, daß sie oft wenig oder nichts über Sexualität wissen und gar nicht nachvollziehen können, was mit ihnen passiert. Um ein Aufdecken zu verhindern, belegen die TäterInnen die Kinder durch massiven Druck oder mit Drohungen mit einem Schweigegebot. Das Thema Sexualität und die dafür benötigten Worte unterliegen ohnehin einem Tabu. Wenn Kinder trotz Allem über den Sexuellen Mißbrauch reden, wird ihnen oft nicht geglaubt und das kann im schlimmsten Fall zu endgültigem Schweigen führen. (vgl. Enders, 44)

So gaben 53 % der Dortmunder und 65 % der Homburger Frauen an, Sprachlosigkeit in intensiver Ausprägung nach dem Sexuellen Mißbrauch gefühlt zu haben. (Bange und Deegener, 173)

Die Fragen Banges und Deegeners zu den bisher noch nicht genannten Gefühlen, die bei den Frauen in intensiver Ausprägung durch den Sexuellen Mißbrauch ausgelöst wurden, ergaben folgende Ergebnisse (in Klammern jeweils die Angaben der Dortmunder und Homburger Frauen):

Bei den sexuell mißbrauchten Frauen wurden Wut (55 %, bzw. 57 %), Haß (40 %, bzw. 53 %), Trauer (39 %, bzw. 54 %), Lustgefühle (9 %, bzw. 3 %), Neugier (16 %, bzw. 2 %) und Freude (0 %, bzw. 0 %) ausgelöst. (Bange & Deegener, 173)

6. 3. 3. 2 Folgen Sexuellen Mißbrauchs bei Kindern und Jugendlichen

Finkelhor et al. zählen zu unmittelbaren, psychischen Folgen die Auffälligkeiten, die bis zu zwei Jahre nach dem Sexuellen Mißbrauch auftreten.

Sie unterteilen sie in vier Bereiche : emotionale Reaktionen und Selbstwahrnehmungsveränderungen (etwa Ängste, Phobien, Ärger, Feinseligkeit, Schuld - und Schamgefühle, Depressionen, Selbstwertprobleme), körperliche Folgen und somatische Beschwerden (zum Beispiel Schwangerschaften während der Adoleszenz, körperliche Angst - und Stresssymptome, Schlafstörungen und Veränderung des Eßverhaltens), Effekte auf die Sexualität (zum Beispiel frühe sexuelle Kontakte, offene Masturbation, exzessive sexuelle Neugier, häufiges Zur - Schau - Stellen von Genitalien) und Folgen für das Sozialverhalten (zum Beispiel Schulschwierigkeiten, Fernbleiben vom Unterricht, Weglaufen). (Finkelhor et al., 144)

Bange und Deegener fassen die durch Untersuchungen verschiedener AutorInnen belegten Folgen Sexuellen Mißbrauchs im Kindesalter zusammen :

Körperliche Verletzungen : Verletzungen im Genital - und Analbereich (z.B. unerklärliches Bluten, Hämatome, Scheiden - oder Analsrisse, Fremdkörper in der Scheide oder im After), Geschlechtskrankheiten (z.B. Pilze, Herpes, Gonorrhoe, Aids) und Schwangerschaft.

Psychosomatische Symptome : Kopf - , Hals - , Magen - und Unterleibsschmerzen ohne erkennbare organische Ursachen, Eßstörungen, Schlafstörungen, Alpträume, Erstickungsanfälle, Sprachstörungen und Konzentrationsstörungen.

Psychische Probleme : niedriges Selbstwertgefühl, wenig Vertrauen in eigene Fähigkeiten, depressive Reaktionen, Rückzugsverhalten, Angstgefühle, regressive und psychotische Verhaltensweisen.

Soziale Auffälligkeiten : Leistungsverweigerung und Schulprobleme, hyperaktives Verhalten, aggressive Verhaltensweisen, delinquentes Verhalten, Von - Zu - Hause - Ausreißen, bewußte Selbstverletzungen und Suizidgedanken.

Auffälliges Sexualverhalten : altersunangemessenes Sexualverhalten, exzessives Beschäftigen mit Sexualität, Angst vor sexuellen Dingen und sexuelle Dysfunktionen. (Bange & Deegener, 78 ff.)

6. 3. 3. 3 Folgen Sexuellen Mißbrauchs bei Erwachsenen / Langzeitfolgen

Unter Langzeitfolgen verstehen Finkelhor et al. die Folgen, die zwei oder mehr Jahre nach dem Sexuellen Mißbrauch auftreten. (Finkelhor et al., 144 / 152)

Sie sind zum Teil fest in der Persönlichkeit verankert, werden oft von den Betroffenen nicht ursächlich mit dem Sexuellen Mißbrauch in Verbindung gebracht und treten manchmal aufgrund von Verdrängung erst viele Jahre später plötzlich auf. (vgl. Herman, 159)

Eine spezifische Symptomatik gibt es nicht, es ist höchstens möglich von einer typischen Häufung bestimmter Störungen und Krankheitsbildern zu sprechen, die aber auch alleine für sich oder in Zusammenhang mit anderen Krankheiten auftreten können. Hildebrand schreibt :

„Es gibt gewisse körperliche und psychische Symptome, die mich in den ersten Gesprächen mit den Frauen ahnen lassen, daß sexueller Mißbrauch, Inzest vorliegt. Deutliche physische Symptome sind Verletzungen des eigenen Körpers, gewaltsame Verletzungen durch Messer oder andere scharfe Instrumente, Brandwunden durch Zigaretten, abgeschnittene Finger, im schlimmsten Fall auch abgeschnittene Brüste oder Genitalien. Die physische Verstümmelung kann auch stärker verborgen sein, wie z.B. in die Adern gepritzte Milch oder andere Flüssigkeiten, häufigeres Katheterisieren der Blase, Masturbation bis zum Wundsein und zu offenen Hautverletzungen u.a.m. Die meisten Fälle sind Beispiele aus meiner Arbeit. Alle zeigen das Bedürfnis der Klientin, sich selbst physische Schmerzen zuzufügen.“ (Hildebrandt, 54)

Ich übernehme die Unterteilung von Bange und Deegener mit der Ausnahme, daß ich psychische und soziale Folgen getrennt voneinander behandle, da ich finde, daß dies zwei völlig verschiedene Kategorien sind.

6. 3. 3. 3. 1 Psychosomatische Folgen

Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht wurden, leiden häufiger unter psychosomatischen Beschwerden, dabei scheinen bestimmte Körperteile eine besondere Rolle zu spielen und besonders häufig betroffen zu sein.

Die von Bange und Deegener befragten Frauen machten folgende Angaben :

40 % der sexuell mißbrauchten Dortmunder Frauen und 35 % der Homburger gaben an Eßstörungen zu haben, 37 %, bzw. 38 % hatten Unterleibsbeschwerden, 16 %, bzw. 11% hatten Sprachstörungen, 8 %, bzw. 11 % berichteten von Erstickungsanfällen. Dabei waren alle Werte erhöht gegenüber der nicht - mißbrauchten Kontrollgruppe, die Unterschiede bei den Angaben zu Eßstörungen, Unterleibsbeschwerden und bei den Dortmunder Frauen auch zu den Sprachstörungen waren statistisch signifikant. Außerdem berichteten beide Gruppen häufiger von unruhigem und unterbrochenem Schlaf, Einschlafproblemen und Alpträumen im Vergleich zu den nicht mißbrauchten Frauen. Bange und Deegener fanden außerdem, daß die sexuell mißbrauchten Teilnehmerinnen ihren Körper weniger mochten, als die nicht mißbrauchten. (Bange & Deegener, 176 ff.)

Steinhage nennt außerdem : Migräneartige Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schwindelanfälle mit Übelkeit und Erbrechen, Hautkrankheiten und Allergien. (Steinhage, 28)

Ein weiterer Aspekt ist, daß Frauen, die während des Inzestgeschehens gelernt haben ihren Körper gefühllos zu machen, später nur schwer einschätzen können, ob sie krank sind und deshalb oft erst bei fortgeschrittener Krankheit zum Arzt / zur Ärztin gehen. (Hildebrandt, 55)

6. 3. 3. 3. 2 Psychische Folgen Sexuellen Mißbrauchs

Bange und Deegener zählen mehrere belegte psychische Folgen Sexuellen Mißbrauchs auf, aber aufgrund methodischer Erwägungen stellten sie nur eine Frage zu Depressionen. Die Betroffenen gaben häufiger als die nicht - mißbrauchten Frauen an, sich im allgemeinen niedergeschlagen und traurig zu fühlen.

Desweiteren nennen Bange und Deegener als mögliche Folgen Sexuellen Mißbrauchs psychotische Symptome, Borderline - Persönlichkeitsstörung, Dissoziation, Multiple Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, zwanghaftes Verhalten und Ängste. (Bange & Deegener, 183 ff.)

An dieser Stelle werde ich eine Arbeit von Draijer darstellen. Ziel ihrer 1990 in den Niederlanden durchgeführten Untersuchung war es, die Prävalenz und die Erscheinungsformen, die familiären Bedingungen und die kurz - und langfristigen Auswirkungen des Sexuellen Mißbrauchs festzustellen.

Die zugrundeliegende Definition von Sexuellem Mißbrauch ist relativ eng : Sexueller Kontakt mit direkter Berührung zwischen Familienangehörigen und einem Mädchen unter 16 Jahren, der gegen den Wunsch des Mädchens stattfand, bzw. gegen den sie sich nicht wehren konnte, weil der über körperliche oder psychische Formen der Gewalt erzwungen wurde.

Es wurde eine nationale, repräsentative Stichprobe gezogen, davon nahmen 49 % der gefragten Frauen, d.h. 1054 an den standardisierten Tiefeninterviews teil. Vor dem Interview wurden seelische Probleme und spezifische Beschwerden anhand von zwei standardisierten Fragebögen schriftlich abgefragt. Das Interview enthielt unter anderem allgemeine Fragen (Familienkonstellation, Umgebung, etc.) und Fragen zu sexuellen Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr, mit Benennung möglicher spezifischer Handlungen. Wenn die Frauen solche sexuellen Kontakte bejahten, wurden sie mithilfe eines gesonderter Fragebogens nach dem Erleben und der Verarbeitung des Sexuellen Mißbrauches befragt.

Die Antworten ergaben, daß 15, 6 % der Frauen innerfamiliär sexuell mißbraucht wurden, 54 % davon waren als Erwachsene psychisch beeinträchtigt. Die sexuell mißbrauchten Frauen zeigten in erhöhtem Maße alle genannten psychischen und psychosomatischen Probleme (unter anderem Ängste, Depressionen, selbstzerstörerisches Verhalten, sexuelle - und Beziehungsprobleme, Eß - und Schlafstörungen, Alpträume). Die

größte Differenz zur nicht - mißbrauchten Kontrollgruppe bestand bei Gefühlen der eigenen Wertlosigkeit, der Einsamkeit, Minderwertigkeit und der Unfähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen.

Draijer betont aber, daß die genannten Beeinträchtigungen nicht unbedingt ursächlich auf den Sexuellen Mißbrauch zurückzuführen seien, da sexuell mißbrauchte Kinder oft aus „Multi - Problem – Familien“ kämen und außerfamiliärer Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung, Vernachlässigung, Ablehnung, Versagen der Eltern durch Krankheit, Labilität, etc. auch zu den Problemen beitragen könnten. Deshalb verband sie alle Daten in einer multivariaten Regressionsanalyse und faßt die Ergebnisse wie folgt zusammen :

„Spätere psychische Probleme hängen offenbar in bedeutsamer Weise mit der emotionalen Vernachlässigung in der Kindheit zusammen > ...< Gleichmaßen scheint eine kalte, autoritäre und kontrollierende elterliche Haltung zu diesen Problemen beizutragen. Sexueller Mißbrauch und körperliche Mißhandlung sind per se traumatisch, und zwar unabhängig von elterlicher Ablehnung und Vernachlässigung, mit denen sie im allgemeinen einhergehen.“ (Draijer, 138)

6. 3. 3. 3. 2. 1 Autoaggressionen als Folge Sexuellen Mißbrauchs

Eine besondere Form psychischer Folgen Sexuellen Mißbrauchs stellen die Autoaggressionen dar.

Sexuell mißbrauchte Frauen scheinen signifikant häufiger Selbstmordversuche zu unternehmen. (Bange & Deegener, 193)

Die Untersuchung von Bange & Deegener bestätigt diese Ergebnisse : die sexuell mißbrauchten Dortmunder und Homburger Frauen zeigten jeweils hochsignifikant erhöhte Werte bei Suizidgedanken und bei Suizidversuchen, auch hierbei scheint das Vorkommen von Suizidversuchen mit der Intensität des Sexuellen Mißbrauchs zu korrelieren.

Zu den Autoaggressionen zählen Bange und Deegener auch bewußte Selbstverletzungen, was ihrer Definition nach dem Selbstverletzenden Verhalten entspricht.

Von den Dortmunder und Homburger mißbrauchten Frauen gaben 27 %, bzw. 30% an, sich bewußt selbst zu verletzen. (Bange & Deegener, 193)

	Bewußte Selbstverletzungen	Suizidgedanken	Suizidversuche
Frauen / Dortmund mißbraucht	27 %	67 %	13 %
nicht mißbraucht	10 %	35 %	1 %
Frauen / Dortmund Täter waren : Angehörige	38 %	73 %	9 %
Bekannte	28 %	68 %	17 %
Fremde	15 %	52 %	6 %
Frauen / Homburg mißbraucht	30 %	64 %	15 %
nicht mißbraucht	18 %	38 %	4 %
Frauen / Homburg Täter waren : Angehörige	28 %	65 %	21 %
Bekannte	34 %	62 %	24 %
Fremde	44 %	67 %	17 %

(Tabelle von Bange und Deegener, 194)

Auch Alkohol - und Drogenkonsum kann als Autoaggression gedeutet werden und kann mißbrauchten Frauen helfen, das Geschehene zu verdrängen und sich nicht mehr zu spüren.

In der Dortmunder Befragung gaben die sexuell mißbrauchten Frauen signifikant häufiger an, regelmäßig Alkohol zu trinken und „weiche“ Drogen (Haschisch, Marihuana) zu nehmen, als die nicht mißbrauchten Frauen. Bei der Homburger Befragung ergaben sich allerdings keine Unterschiede bezüglich des Alkohol - und Drogenkonsums.

In Hinblick auf die Häufigkeit selbstzerstörerischen Verhaltens bei sexuell mißbrauchten Frauen halten es Bange und Deegener für notwendig, bei der Behandlung von Menschen, die diese Verhaltensweisen zeigen, immer auch an Sexuellen Mißbrauch, als einen möglichen, ursächlichen Faktor zu denken. (ebd., 198)

Auf den Zusammenhang zwischen Selbstverletzendem Verhalten und Sexuellem Mißbrauch komme ich in Kapitel 6. 3. 4 zurück.

6. 3. 3. 3. 2. 2 Besonderheiten psychischer Folgen Sexuellen Mißbrauchs

Auf die Folgen für die psychische Gesundheit werde ich besonders eingehen, um dann speziell zum Zusammenhang von Sexuellem Mißbrauch und dem Symptom Selbstverletzendes Verhalten zu kommen.

Betroffene von sexueller Gewalt in der Kindheit suchen öfter psychiatrische Hilfe als Nicht - Betroffene. Aufgrund von Amnesie, Verdrängung oder Scham werden die ver-

schiedensten Symptome berichtet und ein zugrundeliegender Sexueller Mißbrauch oft erst später benannt. (vgl. Herman, 170 / 171)

Herman nennt drei häufige Diagnosen, die Frauen, die sexuell mißbraucht wurden, gestellt werden : Somatisierung, Borderlinepersönlichkeitsstörung und Multiple Persönlichkeitsstörung. Alle drei Störungen hätten stark negative Konnotationen, so Herman. Deshalb und aufgrund der größeren Spezifität für Folgen Sexuellen Mißbrauchs schlägt sie eine neue Diagnose vor : Die „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“. Diese zeige die Bandbreite möglicher, typischer, psychischer Beeinträchtigungen von sexuell mißbrauchten Frauen auf :

1. Der Patient war über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) totalitärer Herrschaft unterworfen, wie zum Beispiel Geiseln, Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern oder Aussteiger aus religiösen Sekten, aber auch Menschen, die in sexuellen oder familiären Beziehungen totale Unterdrückung erlebten, beispielsweise von Familienangehörigen geschlagen, als Kinder physisch mißhandelt oder sexuell mißbraucht wurden oder von organisierten Banden sexuell ausgebeutet wurden.
2. Störungen der Affektregulation, darunter anhaltende Dysphorie, chronische Suizidgedanken, Selbstverstümmelung, aufbrausende, oder extrem unterdrückte Wut (eventuell alternierend) und zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität.
3. Bewußtseinsveränderungen, darunter Amnesie oder Hypermnésie, was die traumatischen Ereignisse anbelangt, zeitweilig dissoziative Phasen, Depersonalisation / Derealisation und Wiederholung des traumatischen Geschehens, entweder als intrusive Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung oder als ständige grüblerische Beschäftigung.
4. Gestörte Selbstwahrnehmung, darunter Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative, Scham - und Schuldgefühle, Selbstbeächtigung, Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung, Gefühl sich von anderen grundlegend zu unterscheiden (der Patient ist etwa überzeugt, etwas ganz besonderes zu sein, fühlt sich mutterseelenallein, glaubt, niemand könne ihn verstehen oder nimmt eine nichtmenschliche Identität an).
5. Gestörte Wahrnehmung des Täters, darunter ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (auch Rachegeanken), unrealistische Einschätzung des Täters, der für allmächtig gehalten wird (Vorsicht : Das Opfer schätzt die Machtverhältnisse eventuell realistischer ein, als der Arzt), Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit, Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung und Übernahme des Überzeugungssystems oder der Rationalisierungen des Täters.
6. Beziehungsprobleme, darunter Isolation und Rückzug, gestörte Intimbeziehungen, wiederholte Suche nach einem Retter (eventuell alternierend mit Isolation und Rückzug), anhaltendes Mißtrauen und wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz.

7. Veränderung des Wertesystems, darunter Verlust fester Glaubensinhalte, Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.
(Herman, 169 / 170)

Wie schon zuvor erwähnt, haben die, im Erwachsenenalter als psychische Auffälligkeiten erscheinenden, Phänomene in der Mißbrauchssituation oft die Funktion gehabt, überhaupt zu überleben, die Situation zu bewältigen, das Schreckliche abzuspalten. Dissoziation, Derealisation, Verdrängung und Amnesie sind solche Mechanismen, die sich verselbständigen können und im Erwachsenenalter erhebliche Probleme bereiten können.

Besonders häufig wird vom „Fühllos – machen“ verschiedener Körperteile gesprochen oder vom Heraustreten aus dem eigenen Körper, dies kann später zum Beispiel zu Problemen der Selbstwahrnehmung, zur Verunmöglichung von sexuellen Reaktionen und Gefühlen der Leere, des Abgestorbenseins und der Entfremdung führen. (vgl. Wirtz, 108 und 147)

Depersonalisation kann dem Kind in der Mißbrauchssituation helfen, Überstimulation und Schmerzgefühle durch „Verlassen“ des Körpers abzuspalten, da eine andere Flucht nicht möglich ist. Manche Betroffene haben gelernt, einzelne Körperteile, die dem Sexuellen Mißbrauch ausgesetzt sind, gefühllos zu machen bis hin zum Gefühl des Gelähmt - Seins. Andere Betroffene berichten, daß sie im Körper bleiben, aber Gefühle nicht mehr wahrnehmen. Dissoziationen können im Extremfall und bei häufigen traumatischen Erschütterungen zu Persönlichkeitsspaltungen im Sinne der Dissoziativen Identitätsstörung führen. (vgl. Wirtz, 144)

Eckhardt und Hoffmann beschreiben den Auslöser für die Depersonalisation einer, in der Kindheit sexuell mißbrauchten Frau, die sich selbst verletzt :

„ ... Zuletzt kam es zu einem erneuten Depersonalisationszustand, als sie sich nach langer Zeit zum ersten Mal wieder verliebt hatte und es zum Austausch von Zärtlichkeiten mit einem gleichaltrigen Mann kam. ...“
(Eckhardt & Hoffmann, 1993, 294)

In der Untersuchung von Teegen berichteten 81 % der sexuell mißbrauchten Frauen davon, als Kind oder Jugendliche durch Dissoziation von Gefühlen und Körperempfindungen versucht zu haben, die Situation zu bewältigen. Bei der Frage nach aktueller Symptomatik gaben 38 % an, Erinnerungsstörungen zu haben und 46 %, Depersonalisation zu erleben, 33 % hatten Angst, verrückt zu werden. (Teegen, 22)

Der von Dulz und Schneider erwähnte Mechanismus der Spaltung in gute und böse Objektrepräsentanzen, der beim Sexuellen Mißbrauch durch nahestehende Personen vorkäme, da das Kind die schlimme Erfahrung nicht in das Bild von der guten, geliebten Bezugsperson integrieren könne, ist auch ein typischer Mechanismus der Borderline - Persönlichkeitsstörung und kann die hohe Anzahl sexuell mißbrauchter Frauen mit dieser Diagnose erklären helfen. (Dulz & Schneider, 50; vgl. Herman et al. und Sachsse et al.)

6. 3. 3. 3 Soziale Folgen

Das mißbrauchte Vertrauen des Kindes kann - zusammen mit dem geringen Selbstwertgefühl und psychischen Problemen - zu weitreichenden Beziehungsschwierigkeiten führen.

Frauen, die durch Verwandte oder Bekannte mißbraucht wurden, hatten häufiger Probleme mit Beziehungen und Vertrauen als Frauen, die von Fremden mißbraucht wurden, fanden Bange und Deegener. In der Dortmunder Studie wirkte sich zudem sehr intensiver Mißbrauch besonders traumatisierend auf die Stärke des Mißtrauens in Beziehungen aus. Sexuell mißbrauchte Frauen gaben in dieser Untersuchung an, mehr Sorge zu haben, in Beziehungen ausgenutzt zu werden, Angst vor Nähe, langen Beziehungen und Mißtrauen in Beziehungen zu haben.

(Bange und Deegener, 189 / 190)

6. 3. 3. 4 Folgen Sexuellen Mißbrauchs für die Sexualität

Es ist naheliegend, daß Sexueller Mißbrauch - ein Angriff auf die (sexuelle) Selbstbestimmung und die Grenzen des Kindes oder der Jugendlichen - direkte Auswirkungen auf die Sexualität und das Körpergefühl der Betroffenen haben kann.

Finkelhor et al. sprechen dabei von einer traumatischen Sexualisierung. (Finkelhor et al., 181).

Wirtz interpretiert diesen Begriff und sagt, daß die traumatische Sexualisierung beim Kind zu einer Konditionierung führen würde : Sexuelle Aktivität würde so mit negativen Gefühlserinnerungen gekoppelt werden, auch würden dem Kind oft falsche sexuelle Normen und Moralvorstellungen vermittelt und es lerne, daß Sex ein Mittel sei, um Zärtlichkeit und liebevolle Zuwendung zu bekommen. (Wirtz, 90)

Bange nennt verschiedene mögliche Folgen für die Sexualität : Sexualisieren von sozialen Beziehungen, Probleme mit der Sexualität, Gefährdung bezüglich erneuter sexueller Ausbeutung und seltener Prostitution, sexuell aggressives Verhalten und sexuelle Phantasien mit Kindern.

Bezüglich der Probleme mit der Sexualität gaben die sexuell mißbrauchten Dortmunder und Homburger Frauen seltener an, nach Sexualität zufrieden zu sein und häufiger Schwierigkeiten in sexuellen Beziehungen zu haben, desweiteren gaben sie häufiger an, kein Interesse an Sexualität zu haben und zu viel über Sexualität nachzudenken. (Bange & Deegener, 203)

6. 3. 4 Der Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Selbstverletzendem Verhalten

Die meisten aktuellen AutorInnen berichten von einem Zusammenhang zwischen Selbstverletzendem Verhalten und sexuellen Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit.

Einige messen jedoch dem Sexuellen Mißbrauch in der Ätiologie keine größere Bedeutung zu als anderen traumatischen Faktoren, wie zum Beispiel Kindesmißhandlung und Deprivation in der Kindheit (vgl. Kaplan, 1993); einige fragen sexuelle Mißbrauchserfahrungen bei der Anamnese oder in Untersuchungen gar nicht erst ab (vgl. Holitzner, 1993), für andere AutorInnen wiederum ist Sexueller Mißbrauch und seine Psychodynamik zentral für die Entstehung von Selbstverletzendem Verhalten. Selbstverletzendes Verhalten wird von ihnen als eine typische „Überlebensstrategie“ der Betroffenen betrachtet. (vgl. Hilsenbek; Rijnaarts)

Ich schließe mich dieser Sichtweise an und begründe diese sie anhand von Untersuchungen und Zitaten.

Ein statistischer Zusammenhang zwischen Selbstverletzendem Verhalten und Sexuellem Mißbrauch ist in beide Richtungen gefunden worden.

Sexuell mißbrauchte Frauen zeigen häufiger als nicht sexuell mißbrauchte Frauen Selbstverletzendes Verhalten :

Untersuchung	Stichprobe / Kontrollgruppe	Prävalenz von Selbstverletzendem Verhalten
Bange, 1992, BRD	124 <u>sexuell mißbrauchte</u> Frauen / 371 nicht - mißbrauchte Frauen	27 % / 10 %
Deegener, 1994 / 1995, BRD (Nachfolgeuntersuchung Banges)	121 <u>sexuell mißbrauchte</u> Frauen / 289 nicht - mißbrauchte Frauen	30 % / 18 %
Hotte & Rafman, 1992, Kanada	57 Mädchen (8 - 14) aus Dysfunktionalen Familien <u>Inzestbetroffen</u> / nicht - Betroffen (Klinisches Kollektiv)	60 % denken daran, sich selber zu verletzen, wenn sie Probleme haben / Vs. 25 %
McClellan & Adams, 1995, USA	psychisch kranke, jugendliche PatientInnen eines psychiatrischen Krankenhauses <u>sexuell mißbraucht</u> / nicht mißbraucht	erhöht
Draijer, Nel, 1990, Niederlande	1054 Frauen der Bevölkerung 15, 6 % <u>inzestuös</u> sexuell mißbraucht / 84, 4 % nicht inzestuös sexuell mißbraucht	erhöht
Romans et al., 1995, Neuseeland	252 Frauen der Bevölkerung, die von <u>Sexuellem Mißbrauch</u> berichteten und 225, die keinen Mißbrauch berichteten	8, 7 % / 0, 4 % (Selbstbeschädigungen implizierten Suizidversuche)
Teegen & Cerney - Seeler, 1998, BRD	541 Frauen aus der Bevölkerung, die sich <u>Sexuellem Mißbrauch</u> bewußt waren	29 %
Shapiro, 1987, USA	11 <u>inzestuös</u> mißbrauchte Frauen	6 Frauen das entspricht über 50 %, 3 hatten sich nur einmal geschnitten, eine Frau mehrmals und 2 Frauen regelmäßig

Und umgekehrt sind Frauen, die sich selbst verletzen häufig in ihrer Kindheit oder Jugend sexuell mißbraucht worden :

Untersuchung	Stichprobe / Kontrollgruppe	Prävalenz von Sexuellem Mißbrauch / Inzest
Favazza & Conterio, 1989, USA	240 Frauen, die sich selber verletzen	46 %
Caroll & Schaffer, 1980, USA	14 sich selbst verletzende PatientInnen (10 Frauen) / 14 PatientInnen, die sich nicht selber verletzen	5 der sich selber verletzenden Frauen hatten von <u>Inzest</u> berichtet / eine Kontrollpatientin
Herpertz, 1995, BRD	60 PatientInnen (53 Frauen), die sich selber verletzen, der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik / 60 PatientInnen, die sich nicht selber verletzen	20 PatientInnen berichten von <u>Sexuellem Mißbrauch</u> / 6 PatientInnen der Kontrollgruppe (Daten sind leider nicht nach Geschlecht getrennt)
Tameling & Sachsse, 1996, BRD	28 psychisch kranke, sich selbst verletzende PatientInnen (21 Frauen) / 35 PatientInnen, die sich nicht selber verletzen	10 von 21 Frauen gaben <u>Inzest</u> an, d.h. 48 %
Romans et al., 1995, Neuseeland	252 Frauen aus der Bevölkerung, die von Sexuellem Mißbrauch berichteten / 225 Frauen, die keinen Sexuellen Mißbrauch angaben	95, 7 % der 23, sich selbst beschädigenden Frauen (Selbstmordversuche waren mit einbezogen) berichteten von <u>Sexuellem Mißbrauch</u>
Sachsse et al., 1997, BRD	43 PatientInnen mit Selbstverletzendem Verhalten (40 Frauen)	46 % der Stichprobe, d.h. 50 % der Frauen gaben <u>Sexuellen Mißbrauch</u> an

Exkurs : Wendung der Aggression gegen sich selbst

Autoaggressionen bei sexuell mißbrauchten Mädchen / Frauen können verstanden werden als eine Ausdrucksform der Schuldgefühle und der enormen Wutgefühle, die eigentlich dem Täter / der Täterin gelten. Steinhage schreibt dazu :

„Mädchen richten in der Regel ihre Aggressionen und ihre Wut, die dem Täter und der Mutter gelten, gegen sich selbst. Sie versuchen, ihren Körper, den sie als Ursache für das betrachten, was ihnen angetan wird, zu zerstören : Sie dämpfen mit Medikamenten, Alkohol und Drogen die eigene Wahrnehmung.> ... < Weitere Autoaggressive Verhaltensweisen, die als schädigende Folge sexueller Mißbrauchshandlungen auftreten können, sind : Nägelkauen, Haarausreißen, sich selbst mit Messer und Schere Verletzungen zufügen; Nikotinabusus, Magersucht und Bulimie.“ (Steinhage, 25)

Selbstverletzendes Verhalten kann verstanden werden als Wendung der Aggressionen gegen sich selbst. Es ist verstehbar, einmal auf dem Hintergrund der weiblichen Sozialisation und zum anderen aufgrund der speziellen Dynamik des Sexuellen Mißbrauchs.

Dulz und Schneider wollten dem Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Autoaggressionen nachgehen, sie analysierten die Angaben von 42 PatientInnen mit Borderline - Persönlichkeitsstörung, die im Rahmen der regulären Therapie gemacht wurden und fanden, daß die Gerichtetheit der Aggressionen weniger abhängig vom Geschlecht, als abhängig von der Form der Traumatisierung war, das heißt, daß Frauen, die körperlich mißhandelt worden sind Aggressionen eher nach außen wendeten und Frauen, die sexuell mißbraucht worden sind eher gegen sich selber. (Dulz & Schneider, 54)

	Männlich Mißbrauch	Männlich Beides	Männlich Mißhand- lung	Weiblich Mißbrauch	Weiblich Beides	Weiblich Mißhand- lung
Autoag- gression	4	1	1	11	0	0
Beides	0	8	2	0	8	0
Fremdag- gression	0	1	5	1	0	0
Summe	4	10	8	12	8	0
Gesamtzahl PatientIn- nen	22			20		

Tabelle von Dulz & Schneider, 54)

Hotte und Rafman untersuchten 1988 in Kanada siebenundfünzig 8 - 14jährige Patientinnen einer relativ offenen psychiatrischen Station, die aus Multiproblemfamilien stammten (d.h. die Eltern hatten eine schwere Kindheit, ein niedriges Bildungsniveau, vermehrt persönliche Probleme wie Alkoholismus und Drogensucht), um herauszufinden, welche Probleme ursächlich mit Inzest zusammenhängen.

29 Mädchen hatten Inzest erlebt, die Kontrollgruppe bestand aus 28 Mädchen aus entsprechend dysfunktionalen Familien, bei denen Sexueller Mißbrauch nicht bekannt war und nicht vermutet wurde. Die Kinder wurden interviewt und die MitarbeiterInnen erhielten Fragebögen für die Einschätzung.

Aggressionen wurden bei beiden Gruppen gefunden, aber hinsichtlich der Autoaggressionen ergaben sowohl die Befragungen der MitarbeiterInnen als auch die der Kinder, signifikant höhere Werte bei den Inzestbetroffenen.

Hotte und Rafman meinen, daß diese Ergebnisse eine Unterstützung für die These einiger AutorInnen sein könnte, nach der das inzestuös sexuell mißbrauchte Kind eine enorme Wut zum einen auf den Täter / die Täterin und zum anderen auf die Mutter, die es nicht geschützt hat, hätte, das Kind dieses Gefühl aber nicht ausdrücken könne, weil es Zurückweisung, die Auflösung der Familie, Liebesverlust und anderes fürchten würde. Diese Wut würde dann gegen das Selbst gerichtet.

(Hotte & Rafman, 281)

Anhand der Psychodynamik des Sexuellen Mißbrauchs (vgl. Kapitel 6. 3. 3. 1) werde ich nun einen Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Selbstverletzendem Verhalten herstellen.

6. 3. 4. 1 Der Zusammenhang zwischen dem Vertrauensverlust und Selbstverletzendem Verhalten

Der Vertrauensverlust wirkt sich vor allem auf spätere zwischenmenschliche Beziehungen aus.

Ein Kind, daß bei seinen ersten Bezugspersonen Urvertrauen nicht erleben kann, wird später extrem mißtrauisch in Beziehungen sein. Bei Frauen, die sich selbst verletzen besteht oft eine große Angst davor, allein zu sein. (vgl. Herman, 142; Sachsse, 33)
Oft sind reale oder gefühlte Momente des Alleinseins Auslöser für Selbstverletzungen. (vgl. 3. 1.)

Objektbeziehungstheoretisch betrachtet führt der Mißbrauch des kindlichen Vertrauens zu einer Spaltung in nur gute und nur schlechte Objekte. Dulz sieht Impulsdurchbrüche im Sinne des Schnippelns, des suizidalen Agierens sowie der Fremdaggressionen als direkte Manifestation dieser Spaltungsvorgänge. (Dulz, 20)

6. 3. 4. 2 Der Zusammenhang zwischen der Stigmatisierung und den daraus resultierenden Scham - und Schuldgefühlen und Selbstverletzendem Verhalten

Sowohl Opfer Sexuellen Mißbrauchs, als auch Frauen, die sich selbst verletzen berichten vermehrt von Schuldgefühlen.

Schamgefühle und eine negative Einstellung zum eigenen Körper - wie Haß und Verachtung - können zu Selbstverletzungen führen.

Hirsch sieht Selbstbeschädigung, Psychogenen Schmerz und Suizidalität als Symptome aufgrund von Schuldgefühlen an. Er sagt, daß die Selbstbeschädigung ein Element der Selbstbestrafung enthalte und auf diesem Weg zur Verminderung der Schuldgefühle beitrage. (Hirsch, 1987, 221)

Auch Kinzl und Biebl benennen Scham - und Schuldgefühle, sowie ein niedriges, instabiles Selbstwertgefühl und das Gefühl wert - und nutzlos zu sein als Ursachen für extreme Depressionstendenzen und ein Ausagieren im Sinne von Selbstverletzungen und Suizidversuchen. (Kinzl & Biebl, 428)

6. 3. 4. 3 Der Zusammenhang zwischen der erlebten Hilf - und Machtlosigkeit und Selbstverletzendem Verhalten

Shapiro schreibt über die Dynamik der Hilflosigkeit :

„The child who does not disclose the abuse remains powerless; her anger and disappointment in others are directed inward, and her coping mechanism becomes a complex of self - destructive behaviors.“ (Shapiro, 46)

Das sexuell mißbrauchte Kind ist dem Täter ausgeliefert, es entwickelt aus der Not heraus das Bedürfnis nach vollkommener Kontrolle und versucht alle Situationen zu meiden, die scheinbar nicht kontrollierbar sind. (vgl. Dulz & Schneider, 52)

Selbstverletzendes Verhalten kann dazu dienen, die Kontrolle über den Körper, die Gefühle, das Selbst wiederherzustellen und den Kontakt zur Außenwelt und zum Leben nicht zu verlieren. (vgl. Kapitel 5.)

Dissoziation, Depersonalisation und Derealisation sind Zustände, die sowohl von Opfern Sexuellen Mißbrauchs, als auch von Frauen, die sich selbst verletzen immer wieder beschrieben werden. Auch die Dissoziation von Gefühlen und Körperempfindungen ist auf dem Hintergrund von Hilf- und Machtlosigkeit in der Dynamik Sexuellen Mißbrauchs zu betrachten.

Eckhardt und Hoffmann berichten von einer inzestuös mißbrauchten Patientin, die sich während des Mißbrauches aus dem Körper „ausklinkte“, diese Überlebensstrategie blieb bis ins Erwachsenenalter bestehen, sie konnte diesen Depersonalisationszuständen durch Selbstverletzungen ein Ende setzen. (Eckhardt & Hoffmann, 293)

Teegen und Cerney - Seeler schreiben dazu :

„Depersonalisation, Substanzmißbrauch, Störungen des Eßverhaltens - u.U. auch Selbstverletzendes Verhalten - sind vermutlich automatisierte Strategien, die zur Stabilisierung des Selbstgefühls bei erhöhter Erregung einsetzen.“ (Teegen & Cerney - Seeler, 27)

Selbstverletzendes Verhalten kann auch interpretiert werden, als Versuch die sexuelle Traumatisierung dadurch zu verarbeiten, daß die Frau die Situation des Mißbrauches unbewußt immer wieder an sich selber inszeniert, am Körper stellvertretend Rache übt, aber diesmal kontrolliert. (vgl. Eckhardt, 1994, 127)

Die Identifikation mit dem Angreifer und die Übernahme von Schuld und Verantwortung führt zur Unterdrückung der Aggressionen gegen den Täter / die Täterin und kann sich in selbstzerstörerischen Verhaltensweisen äußern. (vgl. Kapitel 6. 3. 3. 1. 5 und Dulz & Schneider, 53)

Selbstverletzendes Verhalten hat, wie im fünften Kapitel dargestellt, für die betroffenen Frauen oft die Funktion, sich von Schuldgefühlen zu befreien oder stellt eine Art Selbstopferritual dar.

Die Hilflosigkeit und Ohnmacht in der Situation des Sexuellen Mißbrauchs kann auch dazu führen, daß das Kind seinen Körper oder seine Gefühle abspaltet. Wenn dieser Mechanismus bestehen bleibt, kann es dazu kommen, daß die erwachsenen Frauen sich selbst verletzen müssen, um überhaupt wieder Kontakt zu ihrem Körper herzustellen. Eßstörungen, Körperverletzungen und Beziehungen zu gewalttätigen Partnern können fehlgeleitete Versuche darstellen, ein Zärtlichkeitsbedürfnis zu befriedigen. (vgl. Hildebrandt, 55)

6. 3. 4. 4 Der Zusammenhang zwischen der traumatischen Sexualisierung und Selbstverletzendem Verhalten

Die traumatische Sexualisierung hat Auswirkungen auf die Sexualität und das Körpergefühl der Betroffenen.

Der Täter / die Täterin benutzt den Körper des Kindes für seine / ihre Bedürfnisse und Zwecke. Sexuell mißbrauchte Kinder glauben oft ihr Körper sei Schuld, er habe den Täter / die Täterin zu sehr gereizt (auch hier wird der Lolita - Mythos wirksam), als Konsequenz davon hassen oder verachten sie ihren Körper und bestrafen ihn durch Selbstverletzendes Verhalten oder andere Formen von selbstzerstörerischem Verhalten (Sucht, Eßstörungen) oder spalten ihn ab und benötigen Selbstverletzung, um ihn wieder zu spüren. (vgl. Völkel, 106 ff.)

Auch Eckhardt sagt, daß die meisten, sich selbstbeschädigenden Frauen ihren Körper hassen und verachten würden, besonders dessen weiblichen Anteile. Erlebnisse von teils gewaltsamen Grenzüberschreitungen und der Mißachtung körperlicher Bedürfnisse würden die ohnehin vorhandenen Ängste (Angst vor Kontrollverlust, Penetriertwerden, Geschwängertwerden, Grenzüberschreitungen, Verlust und Enteignung des Körpers durch männliche Blicke, Werbung, Pornographie, etc.) und Körpererlebensstörungen (Frauen erleben ihren Körper fragmentierter und diskontinuierlicher), die Frauen in dieser Gesellschaft erwerben, verstärken. (ebd., 150 / 151)

Hildebrandt meint, daß Inzestopfer insbesondere in Bezug auf die erogenen Zonen, ein tiefes Schamgefühl gegenüber ihrem Körper empfinden würden, und daß sie sich häßlich, schmutzig und körperlich abstoßend finden würden, unabhängig von ihrem realen Aussehen. (Hildebrandt, 55)

Auch Frauen, die sich selbst verletzen lehnen zumeist ihren Körper ab und empfinden ihn als schmutzig - so haben Selbstverletzungen ja auch manchmal eine reinigende Funktion. (vgl. Kapitel 5. 2. 4)

Von den sich selbstverletzenden Frauen in der Untersuchung von Favazza und Conterio gaben 34 % an, ihre Brüste zu hassen, 58 % ihre Menstruation und 19 % sagten, sie hätten lieber keine Vagina. (Favazza & Conterio, 285)

So zeigten auch 45 % der sexuell mißbrauchten, von Teegen und Cerney - Seeler untersuchten Frauen eine Ablehnung des eigenen Körpers. (Teegen & Cerney - Seeler, 23, siehe Kapitel 2. 5.)

Tameling und Sachsse fanden 1994 in ihrer Untersuchung zum Symptomkomplex, Traumaprävalenz und Körperbild von psychisch Kranken mit Selbstverletzendem Verhalten - gemessen anhand der Holtzman - Inkblot - Technik -, daß psychisch Kranke mit Selbstverletzendem Verhalten ein gestörteres Körperbild hatten, als psychisch kranke ohne Selbstverletzendes Verhalten, dabei korrelierte die Häufigkeit der Selbstverletzung negativ mit dem Körperbild, sie fanden allerdings keinen Zusammenhang zwischen Sexuellem Mißbrauch und Störung des Körperbildes. (Tameling & Sachsse, 64)

Daß der Körper Austragungsort für solche Konflikte wird, ist auch verständlich auf dem Hintergrund von weiblichen Konfliktlösestrategien und der besonderen Bedeutung des weiblichen Körpers in dieser Gesellschaft. (vgl. Kapitel 6. 1)

Die traumatische Sexualisierung kann auch dazu führen, daß Schmerz eng mit sexueller Erregung verbunden wird. Eventuell auftretende masochistische Phantasien können dann wiederum zu Schuld - und Schamgefühlen führen, diese wiederum zu Selbstverletzungen. (vgl. Eckhardt & Hoffmann, 293; Eckhardt, 1994, 154 und Hildebrandt, 55)

6. 3. 5 Erklärung des gehäuften Auftretens Selbstverletzenden Verhaltens in der Pubertät

Eckhardt meint, daß die verwirrenden Veränderungen der Pubertät und die damit verbundenen Verunsicherungen bei einem Mädchen, daß Sexuellen Mißbrauch in der Kindheit erlebt und nicht bewältigt hat, zum Ausbruch von seelischen Störungen und Krankheiten, wie z.B. Selbstbeschädigung oder Eßstörung führen könne, da die Hilflosigkeit, die angesichts dieser Körperveränderungen empfunden würde, die Mädchen an die quälenden Gefühle von Hilflosigkeit, verursacht durch sexuelle und körperliche Übergriffe in ihrer Kindheit erinnern würden.

Dabei spiele die Menstruation eine besondere Rolle, denn selbstbeschädigende Frauen würden oft von der Menstruation überrascht werden, sie würden diese plötzliche Veränderung wie eine Vergewaltigung oder Zerstörung erleben, etwas das sie nicht unter Kontrolle haben. (Eckhardt, 1994, 139 und 141)

Auch das Auftreten von sexueller Erregung und sexuellen Wünschen in der Pubertät könne als etwas Verbotenes, Schuldhaftes erlebt werden, etwas wofür sie bestraft werden müssen, wofür sie ihren Körper hassen, denn Sexualität wäre für sie mit Schmerz, Angst und völliger seelischer Überforderung verbunden. Selbstverletzung könne als ein Versuch angesehen werden, diese sexuellen Gefühle zu unterdrücken oder zu bestrafen. (ebd., 141 / 142; vgl. Janus, 25)

7 Konsequenzen für die sozialpädagogische Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen

Die sozialpädagogische Arbeit mit Frauen, die sich selber verletzen kann sehr unterschiedlich aussehen, je nach Arbeitsgebiet und Beziehung zu der betroffenen Frau. In manchen Einrichtungen hat die Arbeit therapeutische Züge, zum Beispiel bei Einzelgesprächen in Wohngruppen oder offenen Treffs oder sie ist eher im Freizeitbereich anzusiedeln, zum Beispiel in Mädchentreffs.

Ganz allgemein kann man sagen, daß die Prinzipien feministischer Mädchen - oder Frauenarbeit auch die Grundlagen für den Umgang mit sich selber verletzenden Frauen darstellen. Zusätzlich sind noch weitere spezielle Grundsätze zu beachten. Deshalb stelle ich nach der Benennung der betroffenen Arbeitsfelder zunächst die Grundlagen feministischer Frauensozialarbeit dar und komme dann zu den Prinzipien, die speziell im Umgang mit sich selbst verletzenden Frauen zu berücksichtigen sind.

Voranstellen will ich ein Zitat von Mitrovic, welches den politischen Kontext feministischer Sozialarbeit deutlich macht :

„Wenn feministische Sozialarbeit nicht nur in Krisensituationen den Frauen zu Hilfe kommen will, dann muß sie ihre Wirkungsmöglichkeiten in einem gesellschaftlichen Kontext verstehen und praktizieren. D.h. sie muß zurückgreifen auf bereits vorhandene feministische Theoriebildungen und Analysen und diese weiterentwickeln. Und sie muß einen Zusammenhang herstellen zu den organisierten Gruppen der Frauenbewegung. Nur so kann ein Rahmen dafür geschaffen werden, über die individuelle, sozialarbeiterische Hilfe im Einzelfall hinaus gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen, die die Rolle der Frau in ökonomischen, politischen und sozialen Sektoren sowie in der Familie und außerhalb der Familie grundlegend verändern und eine Befreiung aus der geschlechtlichen Unterdrückung ermöglichen.“ (Mitrović, 108)

7.1 Sozialpädagogische Arbeitsfelder, in denen Selbstverletzendes Verhalten bei Frauen auftreten kann

Grundsätzlich können SozialpädagogInnen in jedem Arbeitsgebiet in der Praxis mit Selbstverletzendem Verhalten konfrontiert sein. Ich nenne jetzt die am häufigsten betroffenen Arbeitsfelder mit ihren spezifischen Charakteristika und Ansprüchen an die Sozialpädagoginnen.

7.1.1 Selbstverletzendes Verhalten in der Psychiatrie

In der Psychiatrie würden oftmals Gewaltstrukturen und Unterdrückung fortgesetzt werden, durch entwertende, pathologisierende, verdinglichende Sprache, überfüllte,

laute Stationen, zu wenig gut ausgebildetes Personal, Zwangseinlieferung, Fixierung, männliche Leitung und weibliches Personal in untergeordneten Positionen, so Hilsenbek. (Hilsenbek, 1998, 119)

Zur Prävalenz Sexuellen Mißbrauchs in klinischen Kollektiven gibt es einige Untersuchungen, Sachsse et al. stellen diese in ihrer Arbeit „Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung“ dar. (Sachsse et al., 14)

Aufgrund der hohen Prävalenz Sexuellen Mißbrauchs muß auch verstärkt mit Selbstverletzendem Verhalten gerechnet werden.

Sozialarbeiterinnen im sozialpädagogischen Dienst haben vor allem die Aufgabe, Angelegenheiten für oder mit den Patientinnen zu regeln (z.B. Wohnungs - und Krankenkassenangelegenheiten, Anträge, die Entlassung durch Auswahl von geeigneten ggf. teilstationären Wohn - und Arbeitsmöglichkeiten vorbereiten). Bei dieser Art von Arbeit ist der Kontakt zur Patientin oft nicht so intensiv. Kenntnisse über Spezialeinrichtungen, die sich mit Selbstverletzendem Verhalten beschäftigen oder Einrichtungen in der Umgebung, die zumindest mit dem Symptom vertraut sind, sind nützlich, um geeignete Folgebetreuung zu gewährleisten.

Als Betreuerin von Freizeitmaßnahmen oder Leiterin von Kursen, Gesprächskreisen, etc. in der Psychiatrie (vor allem der Kinder - und Jugendpsychiatrie) ist der Kontakt zu den Patientinnen intensiver und eine Konfrontation mit den selbstschädigenden Verhaltensweisen der Frauen wahrscheinlich. Die extremen Gefühle, die dabei auftreten können, sollten reflektiert und im Team und / oder der Supervision besprochen werden. Die oftmals vorhandenen Fähigkeiten der Frauen das Team zu spalten machen eine gute Kommunikationsstruktur im Team nötig. Es kann wichtig sein, die Mechanismen der einzelnen Frauen zu kennen, die zu der selbstverletzenden Handlung führen, um die auslösenden Situationen rechtzeitig zu erkennen und, wenn möglich, einer Überforderung der Frauen vorzubeugen und die Handlung zu verhindern, bzw. unnötig werden zu lassen. Außerdem kann es hilfreich sein, Hintergründe zu kennen, die zu einer Ansteckung der Patientinnen untereinander mit Selbstverletzendem Verhalten führen können.

7. 1. 2 Selbstverletzendes Verhalten in ambulanter Betreuung

In einer Tagesstätte oder einem Treff für psychisch kranke Frauen oder bei der Betreuung von Wohngruppen psychisch Kranker geht es zum einen um Freizeitangebote und Tagesstrukturierung, zum anderen um Betreuung und Beratung bei Problemen und Unterstützung auf dem Weg zur Selbstständigkeit. Oft fungieren sie als Nachsorgeeinrichtung für die Psychiatrie. Für die Prävalenz Sexuellen Mißbrauchs gilt entsprechend das unter 7. 1. 1 Genannte. So gaben etwa 28 %, der von Lotta e.V. - Psychosoziale Betreuung von jungen Frauen in Wohngruppen - betreuten Frauen an, in der Herkunftsfamilie oder im engsten sozialen Umfeld sexuell mißbraucht worden zu sein, bei 7 % der Frauen wurde Sexueller Mißbrauch vermutet, 22 % hatten körperliche Mißhandlung und andere psychische Gewalt erlitten und 11 % wurde eine Zwangsheirat angedroht.

Die Prävalenz selbstverletzender Verhaltensweisen ist in diesen Wohngruppen sehr hoch. (vgl. 11 Jahre Lotta Frauenwohngruppen - Dokumentation, 112)

Die Beratung oder Betreuung von psychisch kranken Frauen ist oftmals kaum von einer Therapie zu unterscheiden, zumal viele Sozialpädagoginnen in diesem Bereich Zusatzausbildungen in therapeutischer Richtung gemacht haben. Diese Ähnlichkeit kann zu Problemen führen (rechtlicher Natur, Abgrenzung, mangelnde Fähigkeiten, die Frauen aufzufangen), hat aber auch positive Seiten (Nähe zu der Frau, Integration von Problembewältigung in den Alltag).

Ein Beispiel für feministische Gruppenarbeit mit „Psychotikerinnen“ im Rahmen des Frauentherapiezentrum München gibt Polina Hilsenbek. Ihre Gruppe ist entstanden aus einem offenen Cafétreff heraus aus dem Bedürfnis der Besucherinnen nach tiefergehender Arbeit. Zentral für ihre Arbeit sind Langfristigkeit und Kontinuität, es gibt zum Beispiel keine Urlaubspausen; die Symptome der Frauen werden als Bewältigungsstrategien angesehen, nicht als Krankheit. Ziel ist die Entwicklung einer selbstbestimmten, weiblichen Identität und über einen langen Prozess der Selbstwahrnehmung, über Schmerz, Angst und Wut, über Ahnungen, Träume und Pläne die Entstehung eines „Eigensinns“, das bedeutet für Hilsenbek :

„Ein eigener Wille, etwas Eigensinniges, ein eigener Lebenssinn, eine eigene Sinneserfahrung, der sie zu vertrauen lernen.“ (Hilsenbek, 1991, 39)

Die Gruppe hat folgende Inhalte : Es gibt Gesprächs - und Kontaktarbeit, Rollenspiele und Übungen aus der Gestalttherapie (kreatives Arbeiten mit Farben, Ton, Musikinstrumenten und Gegenständen, Geschichten - und Gedichteschreiben), Körperarbeit (Bewegung, Tanz, Orientierung gebende Übungen zur Selbstwahrnehmung), Bewegung und Genuß in der Natur, Rituale, Aufgreifen der magischen Neigungen. Außerdem findet Einzelarbeit zur Alltagsbewältigung statt. Hilsenbek als Begleiterin und Therapeutin der Gruppe eröffnet, trägt und beendet den Prozeß der Gruppe, sie regt Verbindungen an zwischen Frauen, zwischen abgespaltenen Anteilen und Erfahrungen, zwischen kreativen Produkten und verbalen Äußerungen der Frauen, sie ordnet das Chaos, stellt Fragen und Aufgaben, schlägt Themenkreise vor, faßt zusammen und wird unter Umständen Objekt der Aggressionen der Frauen. Für die teilnehmenden Frauen ist die Gruppe zu einem tragenden Unterstützungs - und Freizeitnetz geworden. (ebd., 40)

7. 1. 3 Selbstverletzendes Verhalten in Zufluchteinrichtungen für Mädchen und Frauen

In Zufluchteinrichtungen für Mädchen und Frauen (zum Beispiel das Mädchenhaus - in Kiel Name einer Zufluchtstätte für Mädchen und junge Frauen, die sexuelle, körperliche oder psychische Gewalt erlebt haben oder davon bedroht sind - und die Frauenhäuser) ist aufgrund der häufigen Gewalterfahrungen der Zuflucht suchenden Mädchen und Frauen, sowie auch den entsprechenden Angeboten, mit einem hohen Potential an selbstschädigenden Verhaltensweisen zu rechnen.

(vgl. Nitschke & Voss)

Diese selbstschädigenden Verhaltensweisen und deren potentieller Zusammenhang mit Mißbrauchserfahrungen sind den Frauen aber eventuell noch nicht so bewußt, die Möglichkeit einer Therapie wird oft noch nicht in Betracht gezogen oder es besteht auch gar keine Therapiemotivation - im Gegensatz zu Frauen in der Psychiatrie, die oft schon eine lange Erfahrung im Umgang mit dem Symptom Selbstverletzung haben. Das wiederholte Auftreten von Selbstverletzungen erfordert ein hohes Maß an Akzeptanz und Selbstreflexion der Sozialpädagoginnen über die eigenen Reaktionen darauf. Außerdem muß sich jede Mitarbeiterin überlegen, wann für sie der Punkt für eine Intervention erreicht wäre. Die Kumulation von Mädchen / Frauen mit Gewalterfahrungen und den dementsprechenden typischen Symptomen kann - ähnlich wie in Heimen oder in der Kinder - und Jugendpsychiatrie - leicht zur gegenseitigen Ansteckung führen. (vgl. 1.4.7.) Die Interaktionen in solchen Gruppen müssen gut beobachtet werden, die Frauen und Situationen, die das höchste Ansteckungspotential besitzen, sollten herausgefunden werden, um so der Verbreitung des Symptoms vorzubeugen. Dies kann zum Beispiel mit der Methode von Rosen und Walsh geschehen, die ein Soziogramm über die Kontakte der Frauen untereinander und die Häufigkeit von Selbstverletzungen aufstellten. (Rosen & Walsh, 656)

Das Phänomen der Ansteckung und die dahinterstehenden Mechanismen könnten auch Thema einer Gesamtgruppensitzung sein.

7. 1. 4. Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen von Jugendarbeit

In der Jugendarbeit (Mädchentreff, Jugendzentrum) kann es vorkommen, daß ein Mädchen im Treff ist, das sich selber verletzt - entweder zeigt sie dies offen oder offenbart sich der Pädagogin als Vertrauensperson. Auch hier kann Wissen über das Symptom nützlich sein, denn die erste Reaktion kann das Vertrauen des Mädchens in die Pädagogin beeinflussen. Pädagoginnen, die vorher nichts mit Selbstverletzendem Verhalten zu tun hatten, reagieren oft schockiert, ungläubig, mit Gefühlen von Ekel, Abgestoßen - Sein oder Wut. Sinnvoll hingegen ist eine akzeptierende, gefaßte, sachliche aber auch aufmerksam und gegebenenfalls fürsorgliche Reaktion.

7. 1. 5. Selbstverletzendes Verhalten in Heimen / öffentlicher Erziehung

In Heimen ist ähnlich wie in Zufluchtseinrichtungen mit einem hohen Potential an Mädchen mit Gewalterfahrungen zu rechnen. Hartwig, als ehemalige Mitarbeiterin eines Heimes und Leiterin diverser Fortbildungen für ErzieherInnen zum Thema Sexueller Mißbrauch und Heimerziehung, schätzt nach einjähriger Feldforschung die Prävalenz Sexuellen Mißbrauchs in öffentlicher Erziehung auf die Hälfte bis zwei Drittel der Mädchen. (Hartwig, 79)

Auch in Heimen besteht die Gefahr der epidemischen Verbreitung. (zu Konsequenzen siehe unter 7. 1. 3.)

Die Theorie der Deprivation, sowie die Vermutung von Pembroke (siehe 4. 8.), daß Orte, wo die Freiheit und das Selbstbestimmungsrecht von Menschen eingeschränkt werde und erwartet werde, daß sie sich angepaßt verhalten, zu Selbstverletzungen führen, kann auf notwendige Veränderungen der Struktur von Heimen aufmerksam machen. (Pembroke, 85)

7. 1. 6. Selbstverletzendes Verhalten in Gefängnissen

Für die Situation in Gefängnissen gilt das zuletzt genannte ebenfalls und noch in verschärfter Form. Auch hier ist mit einer erhöhten Anzahl von Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen zu rechnen, sowie einer hohen Rate an Selbstverletzungen, vermutlich auch aufgrund der spezifischen Haftsituation, die durch Deprivation, Verlassenheitsgefühle, Einsamkeitsgefühle, Ausgeliefert - Sein, Sich – Schuldig - Fühlen, etc., sowie mangelnder Anregung durch Außenreize gekennzeichnet ist. (vgl. Eckhardt, 1994, 224) Eine Konsequenz könnte sein, mehr Möglichkeiten der Stimulation zu schaffen, zum Beispiel in Form von Bewegung, Sportangeboten, kreativen und konstruktiven Tätigkeiten und Möglichkeiten für Sinneserfahrungen.

7. 2. **Therapiemöglichkeiten bei Selbstverletzendem Verhalten**

Es gibt verschiedene Modelle, um Selbstverletzendes Verhalten zu behandeln. Zum einen gibt es den medizinischen Zugang und andere Bemühungen, das Symptom zu unterdrücken (Fixierung, Sitzwache, Verbot) und auf der anderen Seite therapeutische Ansätze, um Selbstverletzendes Verhalten zu beeinflussen (verhaltenstherapeutische, psychoanalytische, körperorientierte, gestalttherapeutische, gruppentherapeutische, familienorientierte und feministische Ansätze) und Selbsthilfegruppen.

7. 2. 1 Medizinische Intervention bei Selbstverletzendem Verhalten

Medizinische Interventionen zielen meistens darauf ab, durch Medikamente, Kontrolle, und Fixierungen, das Symptom Selbstverletzung zu unterdrücken.

Sachsse gibt jedoch zu bedenken, daß wenn Selbstverletzendes Verhalten durch Fixierung oder Bemühen der Patientin, nicht mehr auf die Symptomatik zurückzugreifen unterbunden werden würde, es zu psychosenahen optischen Halluzinationen (Sachsse, 1995, 43) oder zu einer Überflutung mit Deprivationserlebnissen (ebd., 123) kommen könnte, welche an Horrortrips erinnerten.

Voranstellen will ich den Umgang mit einer konkreten Selbstverletzung, bzw. mit der Wunde, der sowohl medizinisches Personal, als auch, bei weniger starken Verletzungen, ErzieherInnen und SozialpädagogInnen betreffen kann.

7. 2. 1. 1 Die Wundbehandlung / der Umgang mit der Verletzung

Frauen, die sich selber verletzen, stoßen zum Teil immer noch auf großes Unverständnis, dabei stellt vor allem der Umgang mit der Verletzung ein kritisches Moment dar. Gerade in der Notaufnahme, zur akuten Behandlung einer Verletzung, treffen die Frauen oft auf ÄrztInnen, die mit diesem Symptom nicht vertraut sind und im schlimmsten Fall erzieherisch oder bestrafend auf die Frauen einwirken wollen, eventuell eigene sadistische Impulse auslebend. Die starken Emotionen, die durch Selbstverletzendes Verhalten ausgelöst werden, zum Beispiel Ekel, Ablehnung, Fassungslosigkeit, Wut, usw., können das Selbstverletzende Verhalten verstärken, indem sie unbewußte Bestrafungswünsche der Betroffenen befriedigen. (vgl. Eckhardt, 1994, 93)

Und Bestrafungsimpulse könnten die Tendenz vieler SelbstverletzerInnen fördern, mit ihrer Umwelt in einen Kampf um Kontrolle und Autonomie einzutreten, so Herpertz (Herpertz, 123)

Eckhardt bringt ein Beispiel zum Umgang von ÄrztInnen mit Selbstverletzendem Verhalten :

„Eine junge Frau wird, nachdem sie sich mehrere Schnitte an Armen und Beinen zugefügt hatte, zur chirurgischen Wundversorgung in die entsprechende Klinik geschickt. Nachdem der dortige behandelnde Arzt erfahren hatte, daß sie sich die Verletzungen selber zugefügt hatte, erklärt er ihr, daß er die Wundversorgung (Nähen der Hand) ohne Betäubung durchführen werde. Sie habe sich ja selbst so zugerichtet, nun könne sie auch die Schmerzen beim Nähen ertragen!“ (Eckhardt, 1994, 86)

Ähnliches beschreibt Pembroke bei der Schilderung ihrer Erfahrungen als Patientin in der Notaufnahme und auf der psychiatrischen Station :

„Ich wendete mich an das Pflegepersonal nur dann, wenn die Verletzungen so schlimm wurden, daß ich allein nicht mehr zurechtkam. Meine Mitpatientinnen warnten mich davor und meinten, daß das Personal Selbstverletzungen nicht tolerieren würde. Sie sagten, sie würden sich von mir abwenden. < ... > Die Antwort der Psychiatrie auf meine Selbstverletzungen reichte von Ärger über Bestrafung bis zu Gleichgültigkeit. Die Reaktionen, die ich erlebte, vermittelten mir das Gefühl, menschlicher Abfall zu sein. Eine Krankenschwester erklärte mir, ich setzte meine Chancen auf's Spiel, eine Psychotherapie zu bekommen, denn < Therapeuten mögen keine Schnippler >. Um mir eine Lektion zu erteilen, nähte man meine Wunden ohne Betäubung.“ (Pembroke, 83) und :

„Wenn ich ins Krankenhaus gehe, nachdem ich mich selbst verletzt habe, habe ich große Angst vor der Behandlung dort. Wenn der Arzt mich untersucht, möchte ich vom Erdboden verschluckt werden. Jedesmal, wenn man mir mit Abscheu oder Unwissenheit begegnet, verlängert sich der Zyklus der Selbstverletzung. Es ist wirklich anders, wenn ich mit Würde und Respekt behandelt werde. Zumindest erleichtert es mir den Weg nach Hause. Jemand, der sich um mich kümmert, hilft mir, mich selbst wegen der Selbstverletzungen weniger zu bestrafen.“ (Pembroke, 88)

Ähnliches berichten die von Himber interviewten Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten. Sie empfanden die bestrafenden, sarkastischen oder scherzhaften Bemerkungen der Ärzte oder Krankenschwestern als demütigend. (Himber, 627)

Sachsse nennt zwei Extreme im Umgang mit Selbstverletzendem Verhalten :
Einmal maximale Kontrolle, um eine erneute Verletzung zu verhindern, d.h. Beobachtung, hohe Medikation, Fixierung, Sitzwache, oder aber sachliche Versorgung der Wunden, aber Akzeptanz des Symptoms.

Sachsse selber plädiert bei einer oberflächlichen Hautwunde für eine medizinisch korrekte, emotional gelassene Wundversorgung, bei schweren Hautverletzungen, die bleibende Narben nach sich ziehen, entscheidet er sich eher für die Kontrollmöglichkeiten einer geschlossenen Station. (Sachsse, 1995a, 24 / 25)

7. 2. 1. 2 Zwangseinweisung wegen Selbstverletzenden Verhaltens

Bei schweren, eventuell lebensbedrohlichen Formen von Selbstverletzendem Verhalten besteht die Möglichkeit einer Zwangseinweisung und einer Fixierung, dies stellt jedoch das äußerste Mittel dar. Sachsse schreibt über seine Kriterien für eine Zwangseinweisung :

„Wenn ich die Patientin gut kenne und weiß, daß mit der Selbstverletzung < der Druck > entscheidend nachgelassen hat, nehme ich sie nicht gegen ihren Willen auf. Ich lasse eine Patientin aber nur selten nach einer solchen Situation allein sein. Meist gibt es noch irgendeine Bezugsperson, bei der die Patientin übernachten oder vorübergehend unterkommen kann. Kenne ich die Patientin nicht, bestehe ich auf einer Aufnahme wie bei einer Patientin nach einem Suizidversuch und veranlasse gegebenenfalls eine gerichtliche Zwangseinweisung auf dem Boden der bestehenden Landes - Gesetze. Ich bestehe immer auf einer Aufnahme, wenn die Patientin auch nur leicht alkoholisiert oder tablettenintoxikiert wirkt, selbst wenn ich sie sehr gut kenne.“ (Sachsse, 1995a, 14)

Sachsse gibt zu bedenken, daß eine Zwangseinweisung zu einer Regression führen könnte, in dem Sinne, daß die Patientin die Verantwortung für sich selber abgibt. (ebd., 15 / 16)

Von seiten der von Himber interviewten Patientinnen wurde geäußert, daß sie Isolierung oder geschlossene Unterbringung als Reaktion auf Selbstverletzungen nicht als hilfreich ansahen, diese Maßnahmen wurden als unnötig für die Sicherheit und bestrafend empfunden und endeten in Gefühlen von Isolation. (Himber, 627)

7. 2. 1. 3 Fixierung bei Selbstverletzendem Verhalten

Fixierungen vertritt Sachsse unter ganz bestimmten Bedingungen, nur bei schweren Selbstverletzungen und gepaart mit drastischer Gesprächszeiterhöhung. (Sachsse, 1995a, 120)

Er erwähnt außerdem eine Abwandlung der Fixierung – die sogenannte „Kaltpackung“, die aber hierzulande nicht gesetzlich erlaubt sei und ein hohes Mißbrauchspotential berge. (ebd., 119)

7. 2. 1. 4 Medikation bei Selbstverletzendem Verhalten

Bezüglich der Medikation vertritt Sachsse die Meinung, daß sie in der stationären psychiatrischen und zeitweise in der stationären psychotherapeutischen Behandlung unverzichtbar sei, er gibt jedoch zu bedenken :

„Solange es aber keine spezifisch wirksame Medikamentengruppe gibt, frage ich mich manchmal, ob die Medikation nicht überwiegend der allgemeinen Beruhigung dient : derjenigen der Patientin und derjenigen des Behandlungsteams.“ (Sachsse, 1995a, 30)

Auch Favazza stellt fest, daß bisher keine Medikation nachweisbar auf Dauer wirksam sei und daß es wichtig sei, zu bedenken, daß SelbstverletzungspatientInnen hohe Risiken aufwiesen, von mehreren Medikamenten abhängig zu werden und Tabletten - Überdosen einzunehmen. (Favazza, 1990, Letters)

Sachsse berichtet von zwei zentralen Erfahrungen, die er in seiner jahrelangen Arbeit mit SelbstverletzungspatientInnen gemacht hat : SelbstverletzungspatientInnen vertrüngen und benötigten viel höhere Dosierungen von Psychopharmaka, als andere PatientInnen und da Selbstverletzendes Verhalten mit vielen verschiedenen emotionalen Symptombildungen assoziiert sei, würde eine vielfältige Medikation erforderlich sein. Er beschreibt die Vor - und Nachteile verschiedener Medikamentengruppen (Antidepressiva, Neuroleptika, Carbamazepin, Lithium, Benzodiazepine und Psychostimulantien) ausführlich. Eine Darstellung davon in meiner Arbeit würde zu weit führen. (Sachsse, 1995a, 27 / 28)

7. 2. 2 Therapeutische Ansätze zur Beeinflussung von selbstverletzendem Verhalten

Es gibt verschiedenste therapeutische Ansätze zur Behandlung von Selbstverletzendem Verhalten für ambulantes und stationäres Setting. Viele können auch (bei stationärer Behandlung) nebeneinander angewandt werden. (vgl. Eckardt, 1994, 194 und 205, Sachsse, 1995a, 100)

Gemeinsam haben sie, daß sie die zugrundeliegenden Konflikte, Probleme und Funktionen für die Betroffenen aufdecken oder lösen wollen und auf eine längere, kontinuierliche Arbeit mit den PatientInnen angelegt sind.

7. 2. 2. 1 Psychodynamisch – Psychoanalytisch - orientierte Therapie

Exemplarisch werde ich die Therapiestrategien von Sachsse darstellen, tätig seit 1976 als Psychotherapeut, zur Zeit in einer Spezialabteilung für Selbstverletzendes Verhalten der niedersächsischen Landesklinik.

Sein Therapieziel ist,

..., „daß die Patientin durch die Therapie Möglichkeiten entwickelt anders - in meinem persönlichen Verständnis besser - mit sich selbst und ihrem Körper umzugehen, ihr Erleben aktiv befriedigender zu gestalten und die unabwendbaren Frustrationen und Widernisse des Lebens anders zu bewältigen, als durch SVV.“ (Sachsse, 1995a, 49)

Dieses Ziel will er durch Veränderung der, die Symptomatik bestimmenden, pathogenen psychodynamischen Prozesse erreichen. Seinem Verständnis zugrunde liegen allgemeine Ziele der Psychoanalyse :

„Einsicht und Erkenntnis, verbunden mit dem Angebot, aufgrund erwachsener Selbsterkenntnis veränderte Neukonstruktionen zu versuchen, sich mit Begrenztheiten abzufinden und sich mit der eigenen Geschichtlichkeit anzufreunden.“
(ebd. , 49 / 50)

Die Beziehung zur Klientin hat für Sachsse absoluten Vorrang, diese aufzubauen ist sein erster Schritt. Er lehnt TherapeutInnenwechsel ab und versucht Beziehungsabbrüche von Seiten der Patientin zu verhindern und wenn nötig, zu verstehen. Er ist zwar bereit, sich zugunsten der Beziehung über übliche Klinikarrangements hinwegzusetzen, weiß aber, daß die Beziehung für die PatientInnen subjektiv sowieso immer unzureichend ist, insofern ist er der Meinung, daß seltene, verlässliche Termine besser seien, als häufige, aber oft verlegte oder ausfallende.

Um Verlassenheitsgefühlen vorzubeugen, bietet er für urlaubsbedingte Ausfallzeiten seinen Patientinnen zum Beispiel ein Übergangsobjekt in Form einer Muschel aus dem Behandlungszimmer an und hat auch schon einmal einer Patientin kurze Postkarten aus dem Urlaub geschrieben, um zu zeigen, daß er noch da sei. (Sachsse, 1995a, 58 ff.)

In der Anfangsphase der Therapie überprüft Sachsse Äußerungen (Worte, Tonfall, Mimik) der Patientin daraufhin, welche guten und welche schlechten Anteile darin enthalten sind, er benennt Beides und bearbeitet Schlechtes dekonstruktiv und nimmt Gutes auf. (ebd. , 53)

Zentral für ihn ist der Umgang mit der eigenen Gegenübertragung, da Selbstverletzungspatientinnen eine hohe interaktionelle Potenz besitzen und ihre Konflikte sich

sowohl in der Beziehung zum Therapeuten / zur Therapeutin niederschlagen, als auch im Team zum Ausdruck kommen. (ebd., 53)

Er benutzt auch Behandlungspakte mit seinen Patientinnen, zum Beispiel „Ich werde versuchen mich am Wochenende nicht zu schneiden“ - meint aber, daß er selber sich dabei nicht aus der Verantwortung nehmen könne und der Patientin gleichzeitig eine Möglichkeit anbieten müsse, wie sie handeln könne, wenn sie sich trotzdem verletzen würde. Bei zu harten Absprachen könne ein Scheitern eine erneute Aggression der PatientInnen gegen sich selber auslösen und die Symptomatik verstärken.

Es kommt ihm darauf an, die selbstfürsorglichen Anteile, die in allem stecken würden, aufzuspüren und schon kleinste Therapiefortschritte zu bestätigen. (ebd., 1995a, 70)

Sachsse hat folgende Themen in seiner Therapie :

Bearbeitung von Ich - Funktions - Defiziten durch psychoanalytisch interaktionelle Psychotherapie (u.a. Förderung der Binnenwahrnehmung und Introspektionsfähigkeit durch Affektdifferenzierung mithilfe des Verbalisierens emotionaler Inhalte), Bearbeitung emotional verzerrter Realwahrnehmungen (Realwahrnehmung wird bestätigt, was übertrieben, überzogen oder verzerrt ist, davon distanziert er sich), Förderung der synthetischen Ich - Funktion (Akzeptieren können, daß Leben nicht möglich ist, ohne sich schuldig zu machen und ohne Widersprüche), Selbstfürsorge für den eigenen Körper (Möglichkeit der Regression im Dienste des Ichs), dekonstruktive Arbeit am Schlechten (Bearbeitung von Objektumkehr, destruktivem Neid, Bearbeitung der narzißtischen Besetzung des Symptoms)

Er betrachtet die Therapiephasen analog zu den Phasen der kindlichen Entwicklung : Zuerst kommt die Symbiose, dann Separation, danach die Wiederannäherungsphase mit Ambitendenz, Stillstand, Verweigerung und zum Schluß die Individuation. (ebd., 133 ff.)

Als Progression sieht Sachsse einen Symptomwandel von Selbstbeschädigungen über Suchtverhalten und fremdaggressive Durchbrüche, passager psychosenahe Phasen mit meist optischen Halluzinationen, Unfälle und psychosomatische Erkrankungen hin zu „normalen“ Krankheiten an. (ebd., 137)

Sachsse und Eckhardt schlagen zur stationären Behandlung Selbstverletzenden Verhaltens eine Intervalltherapie vor. Dabei wechseln sich stationärer Aufenthalt und „normales“ Alltagsleben ab (jeweils mehrere Wochen oder Monate). Auf diese Weise soll einer Hospitalisierung vorgebeugt werden, die Patientin kann sich leichter wieder in die Alltagssituation hereinflinden und sich damit auseinandersetzen. (Sachsse, 1997 und Eckhardt, 1994, 186)

Im niedersächsischen Landeskrankenhaus ist Sachsse Leiter einer Spezialstation für Patientinnen mit Selbstverletzendem Verhalten und / oder dissoziativen Störungen. Als spezielles Verfahren für die Behandlung in der Kindheit traumatisierter PatientInnen haben Reddemann und Sachsse ein Konzept zu einem imaginativen Psychotherapieverfahren (Aufsuchen von Realtraumata durch „Eye movement Desensitization and reprocessing“ oder imaginative Techniken) vorgestellt. Diese Methode, die sie auch bei Selbstverletzungspatientinnen anwenden, nutzt - ähnlich wie der Ansatz von Hilsenbek

- die Ressourcen der Betroffenen. Dieser Ansatz ist sehr interessant, ihn genauer darzustellen würde jedoch den Rahmen meiner Arbeit sprengen.

In Bezug auf Traumarbeit ist es jedoch wichtig zu betonen, daß eine Traumaexposition sehr dosiert und nur im Rahmen einer gewachsenen, therapeutischen Beziehung erfolgen sollte. Unterstützt werden sollte sie im stationären Rahmen durch stabilisierende und die Abwehr stützende Körper - und Ergotherapie. (vgl. Sachsse et al., 18)

Denn der Umgang mit Realtraumata dürfe nicht zu einer Retraumatisierung werden, so Sachsse. (Sachsse, 1995a, 93)

Herpertz meint daß bei der Behandlung von Selbstverletzendem Verhalten vor allem Flexibilität und Kreativität gefordert seien, sie schlägt eine Integration von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden vor. (Herpertz, 122)

7. 2. 2. 2 Ein feministischer Therapieansatz

Um den Hintergrund feministischer Therapie darzustellen, sagt Kreyszig in einem Referat unter anderem :

„Therapeutisch arbeiten mit Frauen meint, die Verschränkung von gesellschaftlicher (Irr) Rationalität und individuellem Kampf um Befriedigung aufzuspüren.“ (Kreyszig, 71)

Feministische Therapie sieht es als ein Zeichen von Gesundheit an, wenn Frauen Probleme mit dem herrschenden Geschlechterverhältnis haben, wenn sie sich nicht anpassen, sondern widersetzen. (Freitag, 1992a, 14)

Exemplarisch stelle ich hier eine Methode von der Psychotherapeutin Polina Hilsenbek, Mitbegründerin des Frauentherapiezentrum in München und Leiterin von Wochenendseminaren zum Umgang mit Selbstverletzendem Verhalten, dar.

Sie sieht Autoaggressionen und Selbstverletzung vor allem als Folge von schweren Gewalterfahrungen an - häufig sexueller oder sadistischer Art. (Hilsenbek, 1998, 104) Hilsenbek schreibt über ihr Symptomverständnis :

„Wenn wir Symptome, auch die scheinbar bizarrsten und destruktivsten nicht primär als eine zu beseitigende Störung begreifen, sondern in ihrer Funktion als den besten Kompromiss und die beste Überlebensstrategie in einem nur durch Gewalt strukturierten Kontext, dann wird folgendes verstehbar, alle drücken entweder das Leiden in symbolisierter Form aus, projizieren Tat und Täter auf die aktuelle Außenwelt, teilen nicht zu bewältigendes in lebbare Portionen oder / und stellen direkte Bewältigungsstrategien dar.“ (ebd.,1996, 59)

Ziel ist es nach Hilsenbek nicht, diese Symptome oder Erfahrungen schnell verschwinden zu lassen, sondern, die Frauen sollen lernen, zu bestimmen, wann, wo und in welchen Grenzen sie diese Erfahrungen zulassen wollen und wann nicht. (ebd., 1992, 128)

Die therapeutischen Konsequenzen ihres Verständnisses von Trauma und Dissoziation bezeichnet sie als ressourcenorientierter Ansatz, strategisches Verstehen, Utilisation und Empowerment.

Diese Begriffe erläutere ich im folgenden :

Ressourcenorientiertes Vorgehen bedeutet alle Erfahrungen von positiven Bindungen aufzugreifen (auch zum Beispiel an imaginierte Fabelwesen), Gruppenarbeit, Vernetzung und den Aufbau neuer sozialer Zusammenhänge zu fördern.

Strategisches Verstehen erklärt Hilsenbek nicht.

Unter Empowerment versteht sie die Würdigung und Anerkennung der, in die Selbstdestruktion und auch in Schuldgefühle gesteckten Kraft, erst so könnten diese sich in Konstruktives verwandeln.

Mit Utilisation meint Hilsenbek die Nutzung der Stärken und Überlebensstrategien. So können zum Beispiel dissoziative Fähigkeiten für die Verstärkung der aktiven therapeutischen Dissoziation und Imagination genutzt werden.

Weitere wichtige Therapieziele sieht sie im Erlernen der Fähigkeit, Grenzen wahrzunehmen, dafür ist es wichtig, daß die Therapeutinnen selber eindeutig mit ihren Grenzen umgehen.

Parteilichkeit drückt sich in ihrer Arbeit aus durch die Benennung von Gewalt und Unrecht, die Verstärkung der Lebenskräfte und des Rechts auf Dasein durch die Therapeutin und die Legitimierung und Differenzierung verschiedener Ebenen von Wirklichkeit. (Hilsenbek, 1996, 61ff)

Hilsenbek beschreibt nicht nur die Gefahren für die Therapeutin durch mögliche Gegenübertragungen (zum Beispiel Ohnmacht oder aggressive Impulse) und sekundäre Traumatisierung, sondern berichtet auch von den möglichen positiven Resonanzen einer Therapie von Gewaltüberlebenden, dazu zählt sie :

mehr Zugang zur eigenen Wut als Kraftquelle, Bewußtseinsweiterung, Engagement, neue Kräfte entfalten, neue Dimensionen von Liebe und Mitgefühl, Stärkung von Zuversicht und Glauben, Impulse zu öffentlichem Engagement, Verbündete suchen, Vernetzung und Zugang zu spirituellen Quellen. (Hilsenbek, 1996, 67 ff.)

7. 2. 2. 3 Körpertherapien bei Selbstverletzendem Verhalten

Bei Selbstverletzendem Verhalten spielen Störungen der Körperwahrnehmung und des Körpererlebens eine wichtige Rolle. Die Betroffenen können oft ihren Körper nicht annehmen und empfinden ihn als fragmentiert, fremd und häßlich, oft kommt Fühllosigkeit ganzer Körperteile und eine Störung des Schmerzempfindens vor. Körpertherapie scheint daher ein adäquates Mittel zur Ergänzung anderer Therapieformen zu sein. Durch gezielte Körperübungen, auch mit verschiedenen Materialien sollen die Körpergrenzen erfahrbar gemacht werden und die allgemeine Körperwahrnehmung gefördert werden. Im Kontakt mit der Therapeutin kann zu einem späteren Zeitpunkt die Betroffene lernen, ihren Körper zu spüren, lernen, wie sie sich oder ihren Körper abgrenzen kann und lernen, selber die Art des Kontaktes zu bestimmen. Ein weiteres Ziel von

Körpertherapie ist es, Scham - und Ekelgefühle gegenüber dem Körper abzubauen.(vgl. Eckhardt, 1994, 205)

Das Fernziel der Körpertherapie sei ein pfleglicher, fürsorglicher und schließlich auch lustvoller Umgang mit dem eigenen Körper und durch Bewegung und Sport könnten neue Möglichkeiten der Spannungsabfuhr erlernt werden, so Eckhardt. (ebd.)

Körpertherapie, als präverbale Therapie, könne die Anfangsphase der Behandlung von Selbstverletzungspatientinnen abkürzen und zu einer schnellen Akzeptanz des eigenen Körpers führen, so Sachsse, dabei müsse sie als Einzeltherapie angewandt werden, da die Patientinnen in Gruppen von Angst, Scham, Peinlichkeit, Minderwertigkeitsgefühlen und Neid unerträglich überflutet werden würden.

Sachsse nennt verschiedene Schritte der Selbstfürsorge, die nacheinander folgen können : Zuerst die Selbsterfahrung der Haut, dann der Muskulatur, später des Vegetativum und der Viscera, noch später Berührung und Körperkontakt mit der Körpertherapeutin.

Atemtechniken - insbesondere das Schließen der Augen - würden viel Angst machen, eine solche Hingabe an das eigene Innere sei erst später möglich. (Sachsse, 1995a, 100)

Sachsse ermutigt seine Patientinnen, Körpererfahrungen mit Bädern, Massagehandschuhen, Hautcremes, Duschen und Heilgymnastik zu machen und davon zu berichten. (ebd., 1989, 110)

Probleme in Form von negativen therapeutischen Reaktionen (Symptomrückfälle, Medikamentenintoxikationen, parasuizidale Handlungen) würden regelmäßig auftauchen, wenn die Patientinnen Fortschritte bei der Akzeptanz ihres Körpers machen würden, zum Beispiel in Form des Genießens, unter anderem von Sexualität, weil dieses schnell als schuldhaft erlebt werden würde. (vgl. Eckhardt, 1994, 207; Sachsse, 1989, 110 und Sachsse, 1995, 100)

Schmoll warnt bei Bewegungstherapie vor zu schneller Entladung von Spannungen im Sinne vom Ausagieren (zum Beispiel Boxen, Tauziehen, spielerisches Kämpfen, Rennen), dies hätte keinen Abbau innerer Spannungen zur Folge, sondern könne leicht außer Kontrolle geraten und so die Gefahr weiterer Autoaggressionen nach sich ziehen. Zur Problematik der Anwendung von Körpertherapien bei Frauen aufgrund der darin fortgeführten Festschreibung von Frauen auf Gefühl und Körper, d.h. Reproduktion bestehender Verhältnisse vergleiche Hoppe. (Hoppe, 1991)

7. 2. 2. 4 Gestaltungstherapie bei Selbstverletzendem Verhalten

Auch die Gestaltungstherapie sollte nur als Ergänzung von anderen Therapien eingesetzt werden. Sie stellt eine Möglichkeit dar, auf nichtsprachlicher Ebene Gefühle, Phantasien und Gedanken auszudrücken, indem mit verschiedenen Techniken und verschiedenen Materialien frei gearbeitet wird. Anschließend wird das Werk mit der Therapeutin besprochen. Gestaltungstherapie kann auch in der Gruppe erfolgen. (vgl. Eckhardt, 1994, 194)

7. 2. 2. 5 Verhaltenstherapie bei Selbstverletzendem Verhalten

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen finden vor allem bei Selbstverletzungen von Menschen mit Behinderungen Anwendung (vgl. Tantam & Whitakker, 458), aber auch im kinder - und jugendpsychiatrischen Bereich werden sie diskutiert und können auch bei der Therapie von erwachsenen Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten als Ergänzung eingesetzt werden. Selbstverletzendes Verhalten ist oft über die Jahre so in das Verhaltensrepertoire eingebaut worden, daß es wichtige intra - und interpersonelle Funktionen bekommen hat. Diese unfunktionalen Verhaltensweisen will die Verhaltenstherapie gezielt abbauen. (vgl. Eckhardt, 1994, 208)

Tantam und Whitakker schreiben, daß die Methoden der klassischen Verhaltenstherapie nicht unbedingt auf Menschen, die sich selber schädigen, anwendbar seien, da Bestrafung für die Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und PatientInnen nicht förderlich sei. Außerdem werde Bestrafung nicht unbedingt als aversiver Reiz erlebt, da Bestrafung zum Teil in den Herkunftsfamilien als eine angenehmere, elterliche Reaktion erlebt worden wäre, als die sonst vorherrschende Indifferenz oder sexuelle Verführung. Auch könne aufgrund der Psychodynamik und eventueller masochistischer Tendenzen eine Bestrafung als Belohnung wahrgenommen werden. (Tantam & Whitakker, 458)

Kognitive Verhaltenstherapie kann helfen, die - vor allem bei Frauen - typischen, dysfunktionalen Denkschemata, wie „Ich bin machtlos und verletzlich“, „Die Welt ist gefährlich und feindselig“, „Ich bin von Natur aus unakzeptabel“, sowie Kognitionen der Selbstkritik, Selbstverurteilung und Selbstbestrafung abzubauen. (vgl. Herpertz, 117 und Kapitel 4. 2.)

Herpertz beschreibt kognitive Behandlungsinterventionen innerhalb einer psychodynamisch - psychoanalytisch orientierten Therapie :

„Hier werden typischerweise zur Selbstschädigung führende zwischenmenschliche Situationen gemeinsam mit dem Patienten aufgedeckt. Dabei wird die Kette der Ereignisse und insbesondere die reziproke Interaktion zwischen Umwelt und Patient zunächst kognitiv genau nachvollzogen und den extremen Interpretationen des Patienten realistischere kontinuierliche Denkdimensionen gegenübergestellt. Veränderte kognitive Bewertungen können dem Patienten helfen, mit weniger extremen emotionalen Reaktionen zu reagieren.“ (Herpertz, 122 / 123)

Auch Katz und Levensky wollen durch kognitive Therapie die Fähigkeiten der PatientInnen unterstützen, ihre Impulsivität besser zu steuern. (Katz & Levensky, 400 ff.)

7. 2. 2. 6 Sonstige Therapierichtungen

Weiterhin gibt es unter anderem noch andere eher klassisch - psychoanalytische Therapiemethoden (vgl. Schmoll, 1992); Gruppentherapie (Tantam & Whittaker, 460), Versuche der Therapie durch Entgiftung, basierend auf der Endorphinhypothese

(vgl. Crowley et al., zitiert nach Tantam & Whittakker, 459) und familienorientierte Therapie. (Vgl. Eckhardt, 1994, 187 ff., Tantam & Whittakker, 460)

Bei der familienorientierten Therapie wird das Symptom Selbstverletzendes Verhalten als Ausdruck eines familiären Konfliktes angesehen und es wird angenommen, daß dieses Symptom der Betroffenen eine Funktion für die Familie erfüllt - es quasi stabilisiert -, indem es von den Problemen der übrigen Familienmitglieder ablenkt. (vgl. Eckhardt, 1994, 187 ff.)

Diese Form von Therapie, die klassischerweise mit allen Familienmitgliedern stattfindet, ist meines Erachtens, aufgrund der häufigen Mißbrauchserlebnisse der Patientinnen und dem damit zusammenhängendem psychischen Druck, nicht indiziert.

Einzelne Elemente werden jedoch auch von feministischen Therapeutinnen genutzt. (vgl. ebd., 168 ff.)

Eine neue Methode haben Favazza und Dos Santos entwickelt. Nach zahlreichen erfolglosen Versuchen mit Medikamenten, Psychotherapie und Stimulation durch eine kalte Dusche oder Gummibänder - gegen - die - Haut - schnappen - lassen, haben sie bei zwei Frauen mit hartnäckigem Selbstverletzenden Verhalten eine wirksame Technik entdeckt :

Zunächst sprechen die Therapeuten mit den PatientInnen anhand von Erfahrungsberichten über ihre Depersonalisationserfahrungen und demystifizieren diese. Es wird dabei betont, daß diese Zustände nur temporär sind und die Symptome, die am Anfang einer Depersonalisationsepisode stehen, werden mit der Patientin herausgearbeitet. Wenn diese ersten Anzeichen auftreten, sollen die Frauen ein Radio mit Kopfhörern nehmen, einen Rockmusiksender suchen und die Lautstärke aufdrehen. Es ist nicht möglich zu sagen, ob diese Technik die Depersonalisationsepisode verkürzt oder nur erträglicher macht, die Patientinnen fühlen sich damit aber weniger entfremdet, mehr unter Kontrolle und schneiden sich weniger, um die Depersonalisation zu beenden. (Favazza & DosSantos, 1390)

7. 2. 2. 7 Selbsthilfegruppen für Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten

In verschiedenen US - amerikanischen Städten existieren Selbsthilfegruppen, speziell für Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten, einige von ihnen arbeiten leicht modifiziert nach dem Vorbild von den „Anonymen Alkoholikern“. (Winchel & Stanley, 313)

Kritik an der sexistischen Ausrichtung der verschiedenen Therapierichtungen hat Freytag geleistet. (Freytag, 1992a, 20 ff.)

Es kann den Sozialpädagoginnen und den Frauen, die sich selber verletzen, helfen, sich der subtilen, zum Teil unbewußten Botschaften und Beeinflussung herkömmlicher Therapien bewußt zu werden, die meistens auf ein Wiederherstellen der Funktionstüchtigkeit der Frau in ihrer Rolle aus sind, Einzelschicksale behandeln und das System hinter den „Störungen“ verleugnen.

Allerdings hat jede Therapierichtung auch wertvolle Bestandteile, die für die Arbeit mit Frauen genutzt werden können.

7.3 Grundgedanken feministischer Sozialarbeit

Ich beschreibe nun die Grundgedanken feministischer Sozialarbeit nach Tiede. Tiede unterteilt sie in drei Bereiche : der Umgang mit traditionellen Geschlechterrollen, die Entwicklung und Erweiterung von Bedürfnissen und erweiterte Handlungsfähigkeit und begreifende Erkenntnis. Diese Bereiche stelle ich nun genauer dar:

Die traditionelle Frauenrolle impliziert nach Tiede genau solche Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zu Passivität und Anpassung führen, was zur Folge hat, daß Lösungsstrategien von Frauen eher individuell als kollektiv sind und Frauen eher apathisch, ohnmächtig und depressiv auf Probleme reagieren. Daher sei das Ziel feministischer Sozialarbeit, Frauen darin zu bestärken, eigene Bedürfnisse und Interessen zu entwickeln und dabei initiativ zu werden, Forderungen und Ansprüche zu stellen und Verantwortung für sich selbst, nicht mehr nur für andere, zu übernehmen. Dazu gehört auch, die Selbstständigkeit von Frauen zu fördern. Für die Sozialarbeit bedeutet das, Frauen zu helfen eigene Erfahrungen bei der Behebung von Konflikten zu machen, dafür ist es nötig, die Frauen in ihrer Lebenssituation ernst zu nehmen, an ihren (Rest -) Kompetenzen anzuknüpfen.

Dieser Prozeß ist ohne das Aufbrechen traditioneller Geschlechterrollen nicht möglich.

Die Entwicklung und Erweiterung von Bedürfnissen ist eine weitere zentrale Aufgabe feministischer Sozialarbeit. Frauen würden sich oft aufgrund ihrer Sozialisation als bedürfnislos erleben und versuchen den Ansprüchen anderer an sie gerecht zu werden. Anerkennung bekommen Frauen eher für das, was sie vollbringen, als dafür wie sie sind. Daraus folgt auch die Notwendigkeit von selbstbestimmten Frauenräumen, wo Frauen selber bestimmen können, was gemacht wird und wo ihre Erfolge erfahrbar sind. Eine Hierarchie von Helferinnen und „Hilfsbedürftigen“ soll vermieden werden, Sozialarbeiterinnen sollten lieber als Unterstützerinnen angesehen werden, die sich als Frauen für Frauen einsetzen.

Frauen sollen lernen, selbstbestimmter zu handeln und zu leben. Dafür ist es wichtig, den Frauen ihre eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen bewußt zu machen, den Reflexionsprozeß zu unterstützen und einen Raum zu schaffen, wo Frauen neu erworbenes Können ausprobieren und neue Erfahrungen machen können. Frauen sollen durch aktives Handeln erfahren, was es heißt, auf eigenen Füßen zu stehen. (Tiede, 109 ff.)

7. 4 Grundsätze für die sozialpädagogische Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen

Ich werde nun zusammenfassend die, für sozialarbeiterische Tätigkeit, wichtigsten Prinzipien im Umgang mit sich selbst verletzenden Frauen darstellen.

7. 4. 1 Herstellung eines Zusammenhangs zwischen dem individuellen Symptom Selbstverletzendem Verhalten und gesellschaftlicher Realität von Frauen

Kost beschreibt ein Ziel feministischer Therapie, das auch für soziale Arbeit mit sich selbst verletzenden Frauen Gültigkeit besitzt :

„In Gruppen, Selbsthilfegruppen und Einzeltherapie wird die Frau durch den feministischen Blick auf patriarchale Sozialisation vom Erleben des alleinig individuellen Versagens bei psychischen Störungen entlastet.“ (Kost, 93)

7. 4. 2 Den von Selbstverletzendem Verhalten betroffenen Frauen neue oder andere Lebensmöglichkeiten aufzeigen oder vorleben

Frauen mit psychischen Krankheiten sind oft gefangen in patriarchalen Vorstellungen und Erwartungen an ein normales Leben.

Autonomie der Mädchen und Frauen zu unterstützen und zu fördern, je nach ihren Bedürfnissen, ist ein Ziel feministischer Mädchen - und Frauenarbeit. (vgl. Schäfter, 153 ff.)

Das Aufzeigen neuer oder anderer Lebensmöglichkeiten kann über den Prozeß der Identifizierung geschehen.

Das Mädchen / die Frau kann sich mit der Pädagogin identifizieren, die gegebenenfalls Modell ist für emanzipatorische Prozesse und eine Lebensgestaltung jenseits von üblichen, patriarchalen Rollenvorstellungen führt. (dabei ist es wichtig, Identifikationsprozesse offenzulegen, Abhängigkeiten zu vermeiden, um eine freie Entscheidung der Mädchen / Frauen für einen eigenen Weg zu ermöglichen). (vgl. ebd.)

Hilsenbek hält es für wesentlich und heilsam, den Frauen innerhalb der Betreuungsbeziehung Raum für eigene Entwicklungen zu geben :

„Freiräume, Wahlmöglichkeiten, Austesten und Vielfalt im Hinblick auf die zentralen Thematiken, innerhalb des sicheren Rahmens der Zeit und der Beziehung jenseits des Entweder - Oder, jenseits von Ausbeutung und Übergriffen geben einer Klientin die ganz konkrete Erfahrung von Alternativen.“ (Hilsenbek, 1998, 125)

7. 4. 3 Förderung des Bewußtwerdens und des Äußerns von eigenen Bedürfnissen und Gefühlen, sowie der Wahrnehmung eigener Grenzen

Wie zuvor beschrieben zeigen Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten oft mangelnde Fähigkeiten, ihre Gefühle und Befindlichkeiten wahrzunehmen, sie zu erkennen und zu äußern. (vgl. 5. 1. 3.)

Sachsse spricht von der Möglichkeit, die Binnenwahrnehmung von Gefühlen durch Affektdifferenzierung zu fördern, dabei verbalisiert er die Emotionen seiner Patientinnen. Diese Methode kann in eingeschränktem Rahmen auch in der sozialpädagogischen Arbeit eingesetzt werden.

Der fehlende Kontakt zum eigenen Körper kann sich darin äußern, daß die Frauen ihre eigenen Bedürfnisse nicht wahrnehmen können, zum Beispiel nicht einschätzen können, ob sie wirklich krank sind und sich eventuell erst zu spät ärztliche Hilfe holen.

Aufgrund der vorhandenen Defizite in diesem Bereich, ist es notwendig, den Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten behilflich zu sein im Aushalten und Dosieren von Emotionen, Ambivalenzen und Impulsen. (Hilsenbek, 1998, 126)

Pembroke berichtet als Betroffene, wie sehr ihr die Erlaubnis geholfen hat, Schmerz und Zorn zu äußern, sie zertrümmerte zum Beispiel Geschirr, wenn die innere Spannung stieg, sozusagen als Alternativhandlung zu Selbstverletzungen. (Pembroke, 86)

Grenzen bei sich und bei anderen Menschen adäquat wahrzunehmen, ist oft ein Problem für Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten. Eckhardt berichtet davon, daß diese Frauen in zwischenmenschlichen Beziehungen oft sehr schnell sehr viel von sich zeigen würden, z.B. über Mißbrauchserlebnisse sprechen und sich dann ganz schnell wieder abwenden, wenn nicht die erhoffte Reaktion kommt.

Sozialpädagoginnen oder Therapeutinnen können den Frauen dabei helfen, zu lernen, sich zu schützen, dabei müssen sie aber zunächst oft die Schutzfunktion übernehmen, wie eine Mutter oder Hilfs - Ich. (vgl. Eckhardt, 1994, 180)

Selber Grenzen setzen zu können und die Grenzen der Frauen wahrzunehmen und zu respektieren, ist deshalb eine unablässige Kompetenz für Sozialpädagoginnen, die mit sich selbst verletzenden Frauen arbeiten.

Hilsenbek spricht auch von der Gefahr, daß Patientinnen Grenzüberschreitungen provozieren könnten. Dazu schreibt sie :

„Jede hatte schon Klientinnen, die sehr schnell in eine starke Abhängigkeit geraten, aber alles tun, um die Beziehung zu zerstören, oder uns durch andauerndes Austesten und Überschreiten der Grenzen dazu zu bringen versuchen, diese abzubrechen.“
(Hilsenbek, 1998, 123)

Da die Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten oft kaum Formen der Selbstfürsorge kennen oder praktizieren ist es sinnvoll, eine Atmosphäre zu schaffen, die die Sinne

anregt und genußfördernd ist. Dazu können zum Beispiel die Einrichtung der Aufenthaltsräume, Ausflüge, gemeinsames Kochen, Körpererfahrungen durch Baden und Spiele zählen. (vgl. Sachsse, 1995a, 67 und 97ff.)

Streck - Fischer ist klar für Grenzziehung seitens der Therapeutin, sie schlägt vor, den sich selbst verletzenden Frauen Raum zu geben, der selbstzerstörerisches Verhalten eingrenzt; haltende und grenzziehende Funktionen schützen vor Gefahren und böten Entwicklungsmöglichkeiten.

Hilfreich sei eine feste Tagesstrukturierung mit geplanten Aktivitäten und die Unterstützung vorhandener Hobbies und Interessen. (Streck - Fischer, 110)

7. 4. 4 Der Sozialpädagogin muß die eigene Erfahrung und Betroffenheit von selbstschädigendem Verhalten bewußt sein / Reflexion der eigenen Gefühle, alleine und im Team

Hilsenbek schreibt, daß fast jede Frau durch ihre Sozialisation typisch weibliche autoaggressive Bewältigungsmuster, wie etwa Selbstabwertung, chronisches Überarbeiten oder habituelles Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse und Grenzen, gelernt habe. (Hilsenbek, 1998, 107)

Sich über eigene selbstschädigende Verhaltensweisen bewußt zu werden, kann die Notwendigkeit verringern, daß Symptom als etwas Fremdes aus sich auszugrenzen. (vgl. Sachsse, 1995a, 55)

Vor allem die eigenen Gefühlsreaktionen auf Selbstverletzungen müssen gut reflektiert werden.

Was in herkömmlichen Therapien meist Gegenübertragung genannt wird, bezeichnet Hilsenbek als Resonanzen, weil dadurch die betroffenen Frauen und die Beraterinnen / Therapeutinnen / Betreuerinnen, beide aktiv und fühlend, in einem System gesehen würden. (Hilsenbek, 1998, 116)

Sie benennt folgende Aspekte der Resonanzen bei Autoaggressionen : Macht und Ohnmacht, Aggression und Abwehr, Fürsorge, Entsetzen und Distanz, Gut / Schlecht - Werten und Moralisieren, Schuldgefühle, Schmerzen und Trauer, Angst und Schutzbedürfnis, Kontrollzwang und Gleichgültigkeit. Dies seien Themen, die nicht nur bei den Resonanzen, sondern auch bei den selbstverletzenden Frauen und im Team vorkämen. Die Resonanzen bei der Betreuerin oder Therapeutin wahrzunehmen und zu deuten, sei sehr wertvoll, da oftmals die sich selbst verletzenden Frauen zunächst nicht direkt ihre Gefühle ansprechen können. (ebd., 117 / 118)

Die oftmals bei Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten vorhandenen, borderlinetypischen Beziehungsdynamiken erfordern einen besonders reflektierten Umgang.

Die Ambivalenz zwischen Wünschen nach Nähe und Kontakt und Angst vor Vereinahmung, Gewalt oder Verlust der Freiheit äußere sich, laut Hilsenbek, im „Phänomen der Schaukel“ - der jeweilig gegenläufige Impuls würde auf die Therapeutin übertragen.

Weitere Zeichen dieser widersprüchlichen Dynamik seien Machtkämpfe, Kontrollieren, Manipulieren bis hin zu Grenzüberschreitungen beiderseits. Hilsenbek sieht es als sinnvoll an, diese Spaltungen, Entweder - oder, No - win -, oder Double - Bind - Situationen aufzuzeichnen, den Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten zu spiegeln und unterschieden Zwischenwege zu suchen.

Wenn diese Machtkämpfe unter anderem eskalierten, sei dies ein Warnsignal und ein Zeichen dafür, daß es zunächst angezeigt sei, an einer besseren Stabilisierung, Symptomreduzierung, Ich - Stärkung und einer stabileren Vertrauensbeziehung zu arbeiten. (ebd., 122)

Durch häufige Krisen, ausgelöst durch hohe (emotionale) Sensibilität und Erregbarkeit bei inadäquater Steuerung, Selbstinvalidierung, Verzerrung von Wahrnehmung und Negativität, könnten Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten es vermeiden, sich Verlusten und Trauer zu stellen, den Verlust der Subjektbildung anzuerkennen und aufzuholen; andererseits böten diese Krisen den Frauen und der Therapeutin eine interessante, herausfordernde Aufgabe, eine Allianz. (ebd., 122)

Es ist nötig, im Team Absprachen über den Umgang mit der Patientin oder auch dem Selbstverletzendem Verhalten und über aufgestellte Regeln auf der Station, in der Wohngruppe, etc. zu treffen. (Sachsse, 1995a, 22)

Sachsse schreibt zur Notwendigkeit solcher Regeln :

„Verlässliche Stationsregeln, die alle Teammitglieder kennen, gemeinsam erarbeitet haben und solidarisch vertreten, sind gerade auf psychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen wichtige soziale Signale und Orientierungspunkte. Bei Patientinnen mit Spaltungstendenzen reduzieren Regelungen, die für alle Mitarbeiter und alle Schichten verbindlich sind, die Möglichkeiten zur Teamsplaltung erheblich.“ (ebd., 25)

Außerdem meint Sachsse, daß ein fürsorglicher Umgang der Teammitglieder für sich selbst und untereinander vor allem bei belastenden Patientinnen wichtig sei. (ebd., 22)

Oft sei ein Team damit überfordert, Spaltungsphänomene oder inszenierte Externalisierungen präödipl gestörter Patientinnen mit starker interaktioneller Potenz durch Selbstreflexion zu bewältigen, so Sachsse, dann sei Supervision und Verständnishilfe von außen nötig. (Sachsse, 1995a, 21)

7. 4. 5 Ganzheitliche Wahrnehmung der Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten

Es ist wichtig, die Frauen als ganze Person mit allen Stärken und Schwächen wahrzunehmen, nicht nur als Frauen, die sich selber verletzen. (vgl. Hilsenbek, 1991, 125)

Ganzheitlichkeit bedeutet auch an den Ressourcen der Betroffenen anzusetzen. Fähigkeiten oder Stärken sollten wertneutral betrachtet werden, damit die Frauen dann selber entscheiden können, welche Fähigkeiten für sie erstrebenswert sind. (vgl. Schäfter, 153 ff.)

Außerdem heißt Ganzheitlichkeit Ernstnehmen aller Erfahrungen der Frauen. Erfahrungen oder Symptome werden nicht als Anzeichen von Krankheit wahrgenommen, sondern als (Über) Lebensstrategien der Frauen. (vgl. Hilsenbek, 1992, 125)

Auf struktureller Ebene bedeutet Ganzheitlichkeit, daß das Mädchen oder die Frau im Kontext der Gesellschaft gesehen wird, weil ihr Leben wesentlich durch diese Strukturen bestimmt ist.

(vgl. Schäfter, 153 ff.)

Zur Ganzheitlichkeit gehört auch, Gefühle der sich selbst verletzenden Frauen ernstzunehmen. Hilsenbek meint, daß es wichtig sei, Gefühle von Stolz nicht abzuwerten (aus Angst vor einem „Masochistischem Triumph“) und der Frau, die sich selbst verletzt, dadurch zu bestätigen, wieviel sie ausgehalten hätte und wie stark sie sei. (vgl. Hilsenbek, 1998, 113)

7. 4. 6 Parteilichkeit für die Frauen

Parteilichkeit bedeutet, daß sich die Sozialpädagogin bewußt für Arbeit ausschließlich mit Mädchen und Frauen entscheidet, für sie Partei ergreift, für ihre Interessen eintritt und sich dem patriarchalen System und seinen konstituierenden Elementen widersetzt und verweigert(zum Beispiel durch : Unterstützen der Mädchen / Frauen in ihrem persönlichen Suchen und Verwirklichen ihrer Lebenspläne und - vorstellungen, Ernstnehmen der Mädchen und Frauen so wie sie sind, ihnen Mittel zur Durchsetzung ihrer Rechte und Interessen geben). (vgl. Schäfter, 153 ff.)

Auch die Autonomie der Einrichtungen, die sich in struktureller und finanzieller Unabhängigkeit von patriarchalen, gesellschaftlichen Institutionen ausdrückt und selbstgesetzte Werte und Ziele verfolgt, ist zentral für eine parteiliche Arbeit. Autonome Mädchen - und Frauenprojekte zeichnen sich durch weitestgehende Vermeidung von Hierarchien aus, ein gleichberechtigtes und - bezahltes Miteinander, sowie Partizipation der Nutzerinnen. (ebd.)

Parteilichkeit heißt auch, Freiräume zu schaffen. Freiräume schaffen bedeutet zum einen, Räume im eigentlichen Sinn zu schaffen, die nur für Mädchen oder Frauen zugänglich sind, wo Mädchen oder Frauen frei von männlicher Überwachung, Blicken und Normen neue Wege und Verhaltensweisen ausprobieren können, sich auf sich und ihre Kraft besinnen und eine eigene Kultur entwickeln können und wo es möglich ist Gewalt und alltäglichen Sexismus zu thematisieren; zum anderen bedeutet es, sich innerhalb des patriarchalen Systems Räume zu nehmen, Platz zu schaffen und aufmerksam zu machen auf die Situation von Mädchen und Frauen. (ebd.)

7. 4. 7 Herstellung einer Beziehung, Offenlegung der Beziehung und aller damit verbundenen Gefühle

Aufgrund der häufig vorhandenen Kindheitstraumata und der damit verbundenen Verlässlichkeitsängste brauchen Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten eine verlässliche, kontinuierliche Beziehung.

Sachsse meint, daß es auch nötig sein könne, in Urlaubs - oder Krankenhausaufenthaltszeiten den Frauen Telefongespräche oder Besuche anzubieten. Sachsse gab manchen Patientinnen auch Übergangsobjekte aus seiner Praxis für diese Zeit mit, einmal auch - allerdings mit ambivalenten Gefühlen - ein Foto von sich. (Sachsse, 1995a, 65)

Er meint, daß jedes Beziehungsangebot subjektiv unzureichend sei :

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

Selbstverletzende Frauen haben oft aufgrund ihrer Geschichte die Tendenz Beziehungsabbrüche zu provozieren. Auch hier ist als Konsequenz besondere Vorsicht geboten, es ist wichtig, sich nicht in diese alten Beziehungsmuster verstricken zu lassen, die Gründe dafür müssen mit der Frau gemeinsam erarbeitet werden und Beziehungsabbrüche dürfen im Sinn von Sachsse nicht einfach so hingenommen werden. (Sachsse, 1995a, 58)

Denn Beziehungsabbrüche seitens der TherapeutInnen würden jede weitere Therapie erschweren, dadurch, daß sie den persönlichen Gehalt der bisherigen Beziehung für die Patientin völlig entwerten und ein neues Realtrauma bedeuten würden. (Sachsse, 1995a, 60)

Diese Feststellung ist meines Erachtens auch auf eine intensive Betreuungsbeziehung übertragbar.

Hilsenbek vertritt eine Haltung des persönlichen Engagements, das Gefühle auch stürmischer Art als Offenheit, Aufnahmebereitschaft und stellvertretendes Engagement schätzt, analysiert und umsetzt (nicht ausagiert) gegenüber der oft propagierten distanzierten, abstinenter Haltung. (Hilsenbek, 1998, 120)

Um zu verhindern, daß man in die Spaltungsprozesse der Patientinnen hineingezogen und davon überwältigt wird, ist es hilfreich sich bestimmte therapeutische Funktionen anzueignen, die wichtige elterliche Funktionen aufgreifen, wie das Mothering, das Containing und das Triangulieren. Streeck - Fischer schreibt zum Umgang mit selbst - und fremddestruktivem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Borderline - Störungen :

„Da Kinder und Jugendliche mit Borderline - Störungen nicht ausreichend Sorge für sich selbst tragen können, Grundbedürfnisse nicht erkennen können, sich von Reizen

überfluten lassen und Belastungsgrenzen nicht wahrnehmen, ist es erforderlich, daß solche Mothering - Funktionen im Alltag von den pädagogischen Betreuern übernommen werden.“ (Streek - Fischer, 110)

Streek - Fischer spricht zwar von Kindern und Jugendlichen, ich glaube aber, daß diese Prinzipien auch auf die Arbeit mit Frauen anwendbar sind.

Containing bedeutet hier die Vermittlung eines Gefühles von Sicherheit durch das Aufnehmen, Halten und Integrieren der gespaltenen, dissoziierten Anteile der Patientinnen. Mit Triangulierung meint sie die Ausweitung einer Beziehung auf drei Personen, um dem borderlinetypischen Mechanismus der Spaltung in gut und böse entgegenzuwirken. Das könnte zum Beispiel so aussehen : Ein Gespräch mit der Patientin und der „guten“ und der „bösen“ Erzieherin, auf diese Weise kann auch deutlich werden, daß das scheinbar nur gute Objekt auch verweigernde Züge hat.

7. 4. 8 Akzeptanz von Selbstverletzendem Verhalten als Symptom, bzw. Überlebensstrategie, Unterstützung der Suche nach einem Umgang damit

Hilsenbek benennt als Therapieziel die Beendigung der Selbstverletzung - allerdings bei absoluter Akzeptanz des Jetztzustandes, dabei sei es wichtig, die Autoaggressionen zu beachten, anzuerkennen, zu validieren, zu erfragen, zur Kenntnis zu nehmen, zu wiederholen und differenzieren zu können. (Hilsenbek, 1998, 125)

Akzeptanz heißt auch, der Klientin zu zeigen, daß man die Selbstverletzung versteht und ihr Anerkennung für ihre schwierige Lage zu geben. Hilsenbek formuliert das folgendermaßen :

„Wir können den Klientinnen für ihre Emotionen Zuwendung, für ihre Lage Anerkennung geben, beispielsweise in folgender Formulierung : > Wenn ich mich hineinversetze in ihre Situation bekomme ich eine solche Wut, daß ich alles zusammenschlagen könnte. Da das ja bei diesem bedrohlichen Mann nur alles schlimmer machen würde, wüßte ich auch erstmal nicht, wohin damit. Da verschafft es ihnen vielleicht Erleichterung, wenn sie sich mit dem Bügeleisen verbrennen und zu ihrer Ärztin müssen - und da sieht eine wenigstens mal, was sie alles leiden.>“ (Hilsenbek, 1998, 118)

Die Anerkennung der Funktion und des Wertes der Selbstverletzungen würde sekundäre Scham - und Schuldgefühle unnötig machen, so Hilsenbek. (ebd, 126)

An dieser Stelle beschreibe ich einige Möglichkeiten bei Selbstverletzendem Verhalten zu intervenieren :

Eine Methode mit Selbstverletzendem Verhalten in der Therapie oder Betreuung umzugehen, ist mit den Frauen „Verträge“ oder Paktabsprachen auszuhandeln. Diese Methode wird von Autorinnen verschiedenster Richtungen erwähnt (Himber, 628, Hilsenbek, 1998, 126; Sachsse, 1995a, 67; vgl. 7. 2. 2. 1))

Eine mögliche Absprache wäre zum Beispiel : Ich werde versuchen mich an diesem Wochenende nicht zu schneiden und wenn ich in Versuchung komme rufe ich in der Einrichtung an und hole mir Hilfe.

Denn nach Sachsse's Verständnis muß ein Pakt auch immer ein Angebot des Therapeuten enthalten, sonst wäre die Gefahr groß, daß er nur zur Entlastung von Verantwortung des Therapeuten dient. Eine Paktabstprache sei oft eine Gratwanderung, da ein Scheitern oft zu heftigen Aggressionen gegen sich selber führe. (Sachsse, 1995a, 67)

Hilsenbek hält es in bestimmten Situationen für sinnvoll, Resonanzen zu spiegeln und paradoxe Interventionen, sowie Vorhersagen anzuwenden, zum Beispiel durch Sätze, wie :

„Wie können sie es am Besten schaffen, diese Beziehung oder diese Therapie zunichte zu machen?“ oder „Was machen wir nur mit der Krise, die sicherlich dieses Wochenende wieder auftreten wird?“ (Hilsenbek, 1998, 124)

Kleine und kleinste Therapiefortschritte sollen wahrgenommen und bestätigt werden und auch das Schlechte spricht Sachsse mit dem Hinweis darauf an, daß es „im Moment noch“ so sei. (Sachsse, 1995a, 71)

7. 4. 9 Förderung von Beziehungskompetenzen

Selbstverletzendes Verhalten tritt, wie im zweiten Kapitel beschrieben, oft nach frustrierenden, zwischenmenschlichen Erlebnissen auf.

Viele Frauen mit Selbstverletzendem Verhalten reagieren sehr viel empfindlicher auf spannungsreiche, konflikthafte zwischenmenschliche Situationen, insbesondere, wenn sie mit Zurückweisung und Kränkung verbunden sind. (Eckhardt, 1994, 177)

Deshalb ist es sinnvoll, mit den betroffenen Frauen an ihren Beziehungskompetenzen zu arbeiten.

Vor allem um Beziehungskompetenzen zu stärken, kann es zu einem bestimmten Zeitpunkt sinnvoll sein, in Gruppen (Gruppentherapie, Wohngruppen) zu arbeiten.

Hilsenbek nennt folgende Kompetenzen, die so erweitert werden können :

Gefühle und Wahrnehmungen mitteilen, in Kontakt bringen, differenzieren, in der therapeutischen Übertragung entfalten lassen; Feedback - Geben; Entwicklungsphasen und Entwicklungen nachvollziehen; Vertrauen finden oder aufbauen; Mißtrauen in Vorsicht verwandeln; Nähe und Distanz regeln und aushandeln; Abgrenzung (Subjekt - Objekt; Nein); Eigenmacht ohne Manipulation; Freiräume und Testen der Beziehung; konstruktive Aggression (Zugehen, Wollen, Ärger); Selbstwert, Selbstachtung, Liebe und Zuneigung geben und annehmen; Abschiede durchleben und Zukunftorientierung ausbilden. (Hilsenbek, 1998, 127)

7. 4. 10 Thematisierung von Selbstverletzendem Verhalten in Aus - Fort- und Weiterbildung

Da Selbstverletzendes Verhalten in vielen sozialpädagogischen Arbeitsfeldern gehäuft vorkommt, ist es meines Erachtens wichtig, Kenntnisse über dieses Symptom, Funktionen von Selbstverletzendem Verhalten, mögliche Interventionen, sowie den Umgang mit ausgelösten Resonanzen (vgl. Hilsenbek, 1998) auch in der Aus -, Fort - und Weiterbildung von den betroffenen Berufsgruppen zu vermitteln.

Gerade SozialpädagogInnen, die mit psychisch oder sozial belasteten Frauen arbeiten, sollten einen sicheren Umgang mit Selbstverletzendem Verhalten haben.

Da es im Rahmen der bisherigen Ausbildung nicht thematisiert wird, sind Fortbildungen für Mitarbeiterinnen sozialpädagogischer Einrichtungen sinnvoll.

So bietet etwa Hilsenbek im Rahmen von Donna Klara e.V. in Kiel regelmäßig Wochenendseminare zu diesem Thema an.

8 Schluß

Mit meiner Diplomarbeit wollte ich Selbstverletzendes Verhalten als häufig vorkommendes, aber wenig verstandenes Phänomen beschreiben, verschiedene Erklärungsansätze darstellen, die hohe Prävalenz bei Frauen durch die gesellschaftliche Situation von Frauen erklären und insbesondere den Zusammenhang zwischen sexualisierter Gewalt und Selbstverletzendem Verhalten deutlich machen.

Die Darstellung der Erklärungsansätze hat gezeigt, daß es keine einzelne Ursache für Selbstverletzendes Verhalten gibt, sondern daß es vielmehr verschiedene Faktoren sind, die dem Symptom zugrundeliegen. Jeder Erklärungsansatz liefert einen Baustein für ein besseres Verständnis dieses Phänomens.

Ich habe deutlich gemacht, wie weibliche Sozialisation, die Abwertung und Ausbeutung des weiblichen Körpers und sexualisierte Gewalt die Grundlagen für Selbstverletzendes Verhalten bilden.

Dabei bin ich insbesondere auf Auswirkungen von Sexuellem Mißbrauch eingegangen und habe die besondere Dynamik des Sexuellen Mißbrauchs als mögliche Ursache von Selbstverletzendem Verhalten dargestellt.

Bei der Arbeit mit Frauen werden Sozialpädagoginnen häufig mit Selbstverletzendem Verhalten konfrontiert. Ich habe gezeigt, in welchen Bereichen genau die Berührungspunkte liegen, welche Therapiemöglichkeiten es gibt, worin Probleme bestehen können und wie ein möglicher, feministischer Umgang mit Frauen, die sich selbst verletzen aussehen kann.

Literaturliste

A

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. - Dokumentation der 3.Jahrestagung - Wege aus Ohnmacht und Gewalt, 1996

B

- Backe & Leick & Merrick & Michelsen : Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien Köln, 1986
Bange, Dirk : Die dunkle Seite der Kindheit Köln, 1992
Bange, Dirk & Deegener, Günther : Sexueller Mißbrauch an Kindern Weinheim, 1996
Bast, Christa : Weibliche Autonomie und Identität Weinheim, 1991
Battegay, Raymond : Die Hungerkrankheiten Bern, Stuttgart, Wien, 1982
Battegay, R. : Autodestruktion Bern, Stuttgart, Toronto, 1988
Beck, James, C. & van der Kolk, Bessel : Reports of Childhood Incest and Current Behavior of Chronically Hospitalized Psychotic Women in : Am.J.Psychiatry, 1987 (144 : 1474 - 1476)
Becker, H. & Hartmann, U. : Genitale Selbstverletzungen - phänomenologische und differentialdiagnostische Überlegungen aus psychiatrischer Sicht in : Fortschr.Neurol.Psychiat., 1997 (65 : 71 - 78)
Bendel, Christine & Brianza, Angela & Rottenmanner, Isabelle (Hg.Innen) : Frauen sichten Süchte Lausanne, 1992
Benedetti, Gaetano : Todeslandschaften der Seele Göttingen, 1983
Bilden, Helga (Hg.in) : Frauentherapiehandbuch 2. Auflage München, 1992
Bilden, Helga : Geschlechtsspezifische Sozialisation in : Hurrelmann, : Neues Handbuch der Sozialisationsforschung, 4. Auflage, 1991 s.o.
Binkert, Dörthe : Ein paar schlechte Eigenschaften sollten wir behalten in : Nuber, Ursula s.o.
Böhm, Nicola : Frauen - Das kranke Geschlecht ? in : Rommelspacher, B. s.o.
Botens, Vienna : Richtlinien für die Arbeit mit Mädchen und Frauen in : Wildwasser Wiesbaden e.V. : Sexueller Mißbrauch an Mädchen ist Gewalt Wiesbaden, 1989
Brähler, Elmar (Hg.) : Körpererleben Gießen, 1995
Brähler, Elmar & Felder, Hildegard (Hg.Innen) : Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit Opladen, 1992
Brezowsky, P. : Diagnose und Therapie selbstverletzenden Verhaltens Stuttgart, 1985
Brockhaus, Ulrike & Kolshorn, Maren : Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen Frankfurt / Main, New York, 1993
Brodsky, Beth S. & Cloitre, Marylene & Dulit, Rebecca A. : Relationship of Dissociation to Self - Mutilation and Childhood Abuse in Borderline Personality Disorder in : Am.J.Psychiatry, 1995 (152 : 1788 -1792)
Buchheim & Seifert (Hg.) : Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion Berlin, Heidelberg, 1990
Burgard, Roswitha : Wie Frauen verrückt gemacht werden Berlin, 1988

C

- Camenzind & von den Steinen : Frauen definieren sich selbst Zürich, 1991
Carr, E.G.: The motivation of self - injurious behavior : A Review of some hypothesis in : Psychological Bulletin, 1977 (84, 4 : 800 - 816)
Caroll, Jacqueline & Schaffer, Charles & Spensley, James & Abramowitz, Stephen I. : Family Experiences of Self - Mutilating Patients in : A.J. Psychiatry, 1980 (137 : 852 - 853)
Chernaik, Steven J. : Opiate System in Self - injurious Behavior in : Am.J.Psychiatry, 1991 (148, 10 : 1421) Letters
Chesler, Phyllis : Frauen - das verrückte Geschlecht Reinbek bei Hamburg, 1977

Cole, Pamela M & Putnam, Frank W : Effect of Incest on Self and Social Functioning : A Developmental Psychopathology Perspective in : J.Consult.Clin.Psychol., 1992 (60, 2 : 174 - 184)
Crowley Jack, Dana : Immer hab ich mich dir angepaßt München, 1993

D

Danker, Oshra Beate & Veith, Monika : Workshop : Ich bin viele und trotzdem nicht verrückt in : Bertoluzza, Eva & Gitzl, Martina & Ralser, Michaela : Pathos - Psychose - Pathologie Wien, 1993
Demuth, Irmgard & Dörfer, Beatrix & Sachsse, Ulrich : Die Behandlung einer phobischen Patientin mit Selbstbeschädigungs - und Suizidendenzen durch das therapeutische Team in : Die Schwester / Der Pfleger, 1982 (9 / 21 : 661 - 664)
Draijer, Nel : Die Rolle von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen in : Martinius & Frank s.o.
DSM - III - R (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), Weinheim, 1989
DSM - IV Weinheim, 1994
Dulit, Rebecca A. & Fyer, Minna, R & Leon, Andrew C & Brodsky, Beth S & Frances, Allen J : Clinical correlates of self - mutilation in Borderline Personality Disorder in : Am.J.Psychiatry, 1994 (151, 9 : 1305 - 1311)
Dulz, Birger : Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch bzw. körperlicher Mißhandlung und Abwehrmechanismen in : Psychotherapeut, 1995 (40:17 - 22)
Dulz, Birger & Schneider : Borderline - Störungen 2. Auflage, Stuttgart / New York, 1996

E

Eckhardt, Annegret : Im Krieg mit dem Körper Hamburg, 1994
Eckhardt, Annegret : Ein Angriffskrieg gegen den eigenen Körper in : Pro Jugend 3 / 1996
Eckhardt, Annegret & Hoffmann, Sven Olav : Depersonalisation und Selbstbeschädigung in : Zsch.psychosom. Med., 1993 (9 : 284 - 306)
Egle, UT & Hoffmann, SO & Steffens, M : Psychosoziale Risiko - und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter in : Nervenarzt, 1997 (68 : 683 - 695)
Enders, Ursula (Hg.in) : Zart war ich, bitter war's Köln, 1996
Engel, Uwe & Hurrelmann, Klaus : Was Jugendliche wagen München, 1994
Ernst & Füller : Schlucken und Schweigen

F

Favazza, Armando R. : Treatment of patients with self-injurious behavior in : Am.J.Psychiatry, 1990 (147 : 7) Letters
Favazza, Armando R. & Conterio, Karen : Female habitual self-mutilators in : Acta Psychiatr.Scand., 1989 (79 : 283 - 289)
Favazza, A.R. & DeRosear, Lori & Conterio, Karen : Self - mutilation and eating disorders in : Suicide and Life - Threatening Behavior, 1989 (19, 4 : 352 - 361)
Favazza, A. R. & Dos Santos, Enrique : Depersonalization Episodes in Self - Mutilation in : Am.J.Psychiatry, 1985 (142 : 11) Letters
Ferenczi, Sandor : Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind in : Masson : Was hat man Dir, Du armes Kind getan ? s.o.
Finkelhor, David et al. : A Sourcebook on Child Sexual Abuse 9. Auflage, Newbury Park, London, New Delhi, 1990
Flaake, Karin : Zur Frau werden in : Nuber, 1995 s. o.
Flaake, Karin & John, Claudia : Räume zur Aneignung des Körpers in : Flaake & King, s.o.
Flaake, Karin & King, Vera (Hg.innen) : Weibliche Adoleszenz Frankfurt / New York, 1992
Focks, Petra : Das andere Gesicht Frankfurt am Main / New York, 1994
Foucault, Michel : Der Wille zum Wissen Frankfurt / Main, 1977

- Franz, Matthias & Schellberg, Dieter & Schepank, Heinz : Epidemiologische Befunde zur Ätiologie psychogener Erkrankungen in : Zsch.psychosom.Med., 1993 (39 : 375 - 386)
- Freytag, Gabriele . Grundlagen der feministischen Therapie in : Bilden : Frauentherapiehandbuch, 1992a, s.o.
- Freytag, Gabriele : Der weibliche Körper in : Bilden : Frauentherapiehandbuch, 1992b s.o.
- Fröschl, Monika : Wege von Mädchen in die Sucht und aus der Sucht... in : Miller & Tatschmurat s.o.
- Fromm, Erich : Anatomie der menschlichen Destruktivität Reinbek bei Hamburg, 1977
- Fürniss, Tilman : Diagnostik und Folgen von sexueller Kindesmißhandlung in : Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, 1986 (134 : 335 - 340)

G

- Ghaziuddin, L.& Tsai, M. Naylor & Ghaziuddin, N. : Mood disorder in a group of self - cutting adolescents in : Acta Paedopsychiatria, 1992 (55 : 103 - 105)
- Gieler, U. : Haut und Körpererleben in : Brähler, Elmar (Hg.) : Körpererleben s.o.
- Gieler, U & Effendy, I & Stangier, U : Kutane Artefakte in : Z.Hautkr., 1987 (62, 11: 882 - 890)
- Gissrau, Barbara : Weiblichkeitskonstruktionen in der Psychoanalyse heute in : Voigt, Diana & Jawad - Estrak, H : Von Frau zu Frau s.o.
- Goldney, Robert D : The Caneis Syndrome in : Am.J.Psychiatry, 1980 (137 : 2) Letters
- Goldney, RD & Simpson, IG : Female genital self - mutilation, dysorexia and the hysterical personality : The Caneis Syndrome in : Can.Psychiatr.Assoc.J., 1975 (20, 6 : 435 - 441)
- Gutjahr, Karin & Schrader, Anke : Sexueller Mädchenmißbrauch Köln, 1988

H

- Hänsli, Norbert : Automutilation Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1996
- Hagemann -White, Carol : Sozialisation : Weiblich - Männlich ? Opladen, 1984
- Hagemann - White, Carol : Berufsfindung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz in : Flaake & King s.o.
- Hartwig, Luise & Weber, Martina : Sexuelle Gewalt in der Jugendhilfe Münster, 1991
- Heiliger, Anita : Frauenforschung und Feminismus in Kofra Nr. 49
- Hellwig - Körner, Gabriela & Kaltenbrunner, Angelika : Helferinnen in der emotionalen Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt in Hentschel, G. s.o.
- Hentschel, Gitti (Hg.in) : Skandal und Alltag Berlin, 1996
- Herman, Judith Lewis : Die Narben der Gewalt München, 1994
- Herman, Judith L.& Perry, Christopher & van der Kolk, Bessel A. : Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder in : A.J.Psychiatry, 1989 (146 : 490 - 494)
- Herpertz, Sabine : Phänomenologie, Genese und Psychodynamik selbstverletzenden Verhaltens und psychotherapeutische Schlußfolgerungen in : Fundamenta Psychiatria, 1995 (9 : 115 - 124)
- Herpertz, Sabine & Saß, H. : Offene Selbstbeschädigung in : Nervenarzt, 1994 (65 : 296 - 306)
- Hildebrand, Britta & Naujoks, Ina : Gegen sich selbst - Therapie bei sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit in : Wege aus Ohnmacht und Gewalt - Dokumentation des Arbeitskreises für Frauengesundheit 1996
- Hildebrand, Eva : Therapie erwachsener Frauen, die in ihrer Kindheit inzestuösen Vergehen ausgesetzt waren in : Backe (Hg.):
- Hilsenbek, Polina : Grenzgängerinnen in : Bilden : Frauentherapiehandbuch, 1992 s.o.
- Hilsenbek, Polina : Traumatherapie - mit Mut und Achtsamkeit in : Arbeitskreis Frauengesundheit : Wege aus Ohnmacht und Gewalt, 1996 s.o.

- Hilsenbek, Polina : Autoaggression und Selbstverletzung in : Folgen der Gewalt - Dokumentation der Vortragsreihe von Donna Klara e.V. Kiel, 1998
- Hilsenbeck, Polina & Blessing, Annemie & Haller, Brigitte : Ist Frausein eine Krankheit ? - unveröffentlichter Vortrag, München, 1990
- Himber, Judith : Blood Rituals : Self - cutting in female psychiatric inpatients in : Psychotherapy, 1994 (31 : 620 - 630)
- Hirsch, M.: Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens - Selbstbeschädigung als psychosomatisches Modell in : Fundamenta Psychiat., 1993 (7 : 72 - 76)
- Hirsch, M. (Hg.) : Der eigene Körper als Objekt Berlin, Heidelberg, New York, 1989
- Hirsch, M. : Der eigene Körper als Objekt (1989a) in : Hirsch, M. (Hg.) : Der eigene Körper als Objekt s.o.
- Hirsch, M.: Der eigene Körper als Übergangsobjekt (1989b) in : Hirsch, M. (Hg.) : Der eigene Körper als Objekt s.o.
- Hirsch, M. : Psychogener Schmerz (1989c) in : Hirsch, M. (Hg.) : Der eigene Körper als Objekt s.o.
- Hirsch, M. : Inzest und Psychoanalyse in : Ramin, G. s.o.
- Hirsch, M. : Realer Inzest Berlin, Heidelberg, New York, London, 1987
- Hoffmann, Sven Olav : Die sogenannte frühe Störung in : Prax.Psychother.Psychosom., 1986 (31: 179 - 190)
- Hoffmann, Sven Olav : Die Ethologie, das Realtrauma und die Neurose in : Zschr.Psychosom.Med., 1986 (32 : 8 - 26)
- Holitzner, Wolfgang Volker : Zur Dynamik spezieller Formen von Selbstbeschädigung in : Zsch.psychosom.Med., 1993 (39 : 319 - 332)
- Hoppe, Birgit : Der Blick auf den weiblichen Körper in : Voigt,D./Jawad-Estrak,H. : Von Frau zu Frau, 1991a s.o.
- Hoppe, Birgit : Körper und Geschlecht Berlin, 1991b
- Horstkotte - Höcker : Die Eß-Brech-Sucht und weiblicher Lebenszusammenhang im Patriarchat
- Hotte, Jean - Pierre & Rafman, Sandra : The Specific Effects Of Incest On Prepuberal Girls From Dysfunctional Families : in Child Abuse & Neglect, 1992 (16 : 273 - 283)
- Huber, Michaela : Multiple Persönlichkeiten Frankfurt / Main, 1995
- Hurrelmann, Klaus : Einführung in die Sozialisationstheorie 3. Auflage, Weinheim / Basel, 1990
- Hurrelmann / Ulich (Hg.) : Neues Handbuch der Sozialisationsforschung Weinheim / Basel, 1991

I

- ICD - 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) 2. Auflage Bern, 1993

J

- Janssen - Jurreit, Marie - Louise : Sexismus 3. Auflage, München, 1978
- Janus, Ludwig : Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik bei dermatologischen Artefakten in : Zschr.Psychosom.Med., 1972 (18 : 21 - 28)
- Joraschky, P. : Das Körperschema und das Körper-Selbst in : Brähler, E. s.o.

K

- Kämpfen Heer, Muriel : Integrative Therapie mit einer inzest - traumatisierten Frau in : Ramin, G. s.o.
- Kämpfer, Horst : Verlassen, unlebendig, schuldig - zur Psychodynamik der Selbstverletzung in : Pro Jugend, 3 / 96
- Kaplan, Louise J. : Weibliche Perversionen Hamburg 1991
- Katz, Stephen E & Levendusky, Philip G : Cognitive - behavioral approaches to treating borderline and self - mutilating patients in : Bulletin of the Menninger Clinic, 1990 (54 : 398 - 408)

Kernberg, O.F. : Borderline - Störungen und pathologischer Narzismus 6. Auflage
Frankfurt / Main, 1991

Kinzl, J & Biebl, W : Sexual Abuse of girls : Aspects of the Genesis of mental disorders and therapeutic implications in : Acta.Psychiatr.Scand., 1991 (83 : 427 - 431)

Kirmayer, Laurence J & Carroll, Jacqueline : A Neurobiological hypothesis on the Nature of Chronic Self - Mutilation in : Integr.Psychiat., 1987 (5: 212 - 213)

Koch, Chris : Die therapeutische Beziehung in : Bilden : Frauentherapiehandbuch s.o.

Koemeda - Lutz, Margit : Weibliche Identität und Körperbewußtsein in : Camenzind & von den Steinen, s. o.

Konecny, Edith : Aspekte weiblicher Destruktivität in : Frühmann, Renate (Hg.in) : Frauen und Therapie Paderborn, 1985

Kost, Petra : Weibliche Aggression in : Frauentherapiehandbuch s.o.

Krämer, Klaus : Delinquenz, Suchtmittelumgang und andere Formen abweichenden Verhaltens - ein Geschlechtervergleich Freiburg im Breisgau, 1992

Kreyszig, Ulrike : Feministische Therapiekonzepte versus Suchtarbeit ? in : Bendel, Brianza, Rottenmanner (Hg.) s.o.

Kuchenbecker, Andreas : Sich selbst und Anderen Gewalt antun in : Berichtsheft zum 4. Forum für Krankenpflegekräfte und Erzieher in den Abteilungen für Kinder - und Jugendpsychiatrie des LVR, Hrg. Referat Aus -, Fort -, Weiterbildung des Landschaftsverbandes Rheinland, 1988

L

Leibenluft, E. & Gardner, D.L. & Cowdry, R.W. et al. : Special feature : The inner experience of the borderline self - mutilator in : J.PersDisord, 1987 (1 : 316 - 324)

Limmer, Christa : Vorwort in : Gewalt gegen sich selbst, Pro Jugend, 1996 (3 : 2)

Lotta e. V. : 11 Jahre Lotta Frauenwohngruppen, Dokumentation Kiel, 1996

M

Martin, Emily : Die Frau im Körper Frankfurt / Main 1989

Martinius, J. & Frank, R. : Vernachlässigung und Mißhandlung von Kindern 1990

Masson, J. M. : Was hat man dir, du armes Kind getan? Reinbek bei Hamburg, 1986

McClellan, John & Adams, Julie : Clinical Characteristics related to severity of sexual Abuse : A Study of seriously mentally ill Youth in : Child Abuse & Neglect, 1995 (10 : 1245 - 1254)

Mebes, Marion : Hauptsache überleben... in : Donna Vita Schriftenreihe sexueller Mißbrauch Band 2 : Sucht Ruhnmark, 1989

Mebes, Marion : Ihr sagt „verrückt“ - ich nenne es überleben in : Enders ,U. s. o.

Mebes, Marion & Jeuck, Gabi : Sucht Schriftenreihe sexueller Mißbrauch Band 2 Ruhnmark 1993

Menninger, K. : Selbstzerstörung : Psychoanalyse des Selbstmords (3. Aufl.) Frankfurt / Main, 1989 (Original : 1938)

Mertens, Wolfgang : Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität Band 1 Stuttgart, Berlin, Köln, 1992

Miller, Tilly & Tatschmurat, Carmen (Hg.innen) : Soziale Arbeit mit Frauen und Mädchen Stuttgart, 1996

Mitrovic, Emilija : Feministische Sozialarbeit als Teil der Frauenbewegung in : Amt für Jugend - , Aus - und Fortbildung Hamburg Heft 39 : Überlegungen zum Selbstverständnis feministischer Sozialarbeit, Hamburg 1992

Möller, H. J. & Praag (Hg.) : Aggression und Autoaggression

Moggi & Clémenton : Beziehungsnähe und sexuelle Gewalt in : Psychosozial, 1990 (54 / 2 : 7 - 20)

Müller - Braunschweig, H. : Psychoanalyse und Körper in : Brähler, E. s. o.

Mullen, Paul E & Martin, Judy L & Anderson, Jessie C & Romans, Sarah E & Herbison, G Peter : Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life in : Br.J.Psychiatry, 1993 (163 : 721 - 732)

N

- Neun, H. & Dümpelmann, M. : Depersonalisation in : Hirsch, M. (Hg.) : Der eigene Körper als Objekt s. o.
Nitschke, S. & Voss, A. : Mädchenhäuser. Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch Bd. 3 Berlin, 1990
Nuber, Ursula (Hg.in) : Bin ich denn verrückt? Zürich, 1994
Nuber, Ursula (Hg.in) : Spieglein, Spieglein an der Wand Weinheim / Basel, 1995

O

- Olbricht, Ingrid : Folgen sexueller Traumatisierung für die seelische Entwicklung und das Körpergefühl von Frauen in : Wege aus Ohnmacht und Gewalt - Dokumentation des Arbeitskreises Frauengesundheit, 1996
Orbach, Susie : Hungerstreik Düsseldorf, Wien, New York, 1987
Orbach, Susie : Der weibliche Körper und Eßprobleme : Die Problematik des körperlichen Selbstbildes eines Mädchens in : Die unerträgliche Schwere des weiblichen Seins - Dokumentation der frauenspezifischen Fachtagung zum Thema Eßstörungen Köln, 1991

P

- Paar, Gerhard H. : Offene und heimliche Selbstbeschädigung : Diagnostik, Klinik und Therapie in : Wenglein & Hellwig & Schoof (Hg.Innen) : Selbstvernichtung s. o.
Paar, Gerhard H. : Selbsterstörung als Selbsterhaltung in : Materialien Psychoanalyse 1987 (13 : 1 - 54)
Pahl, Elisabeth : Wie kommen Frauen in die Psychiatrie? in : Voigt & Jawad - Estrak s. o.
Pattison, EM & Kahan, J. : The deliberate self - harm syndrome in : Am.J.Psychiatry 1983 (140, 7 : 867 - 872)
Pembroke, Louise Roxanne : Mich zu schneiden war der einzige Weg zu überleben in : Stratenwerth s.o.
Plassmann, R. : Selbstbeschädigung : Psychoanalyse artifizierlicher Krankheiten in : Hirsch : Der eigene Körper als Objekt Berlin, Heidelberg, New York, 1989

R

- Ramin, Gabriele : Inzest und sexueller Mißbrauch Paderborn, 1993
Reddemann, Luise & Sachsse, Ulrich : Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten in : Psychotherapeut 1996 (41:169-174)
Resch, F. & Karwautz, A. & Schuch, B. & Lang, E. : Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? in : Z.Kinder-Jugendpsychiat,1993 (21 : 253 - 259)
Richardson, J Steven & Zaleski, Witold A. : Endogenous Opiates and Self-Mutilation (Letter) in : Am.J.Psychiatry, 1985 (143 : 7)
Rijnaarts, Josephine : Lots Töchter München, 1993
Rohmann, UH & Elbling, U & Hartmann, H : Autoaggression und Pulsfrequenz - eine Längsschnittstudie in : Prax.Kinderpsychol.Psychiatr., 1987 (16 : 210 - 216)
Romans, Sarah E. & Martin, Judy L & Anderson, Jessie C & Herbison, G Peter & Mullen, Paul E : Sexual Abuse in Childhood and deliberate self harm in : Am.J.Psychiatry. 1995 (152 : 1336 - 1342)
Rommelspacher, Birgit (Hg.in) : Weibliche Beziehungsmuster Frankfurt / Main, New York, 1987
Rosen, Paul M & Walsh, Barent D : Patterns of contagion in Self - Mutilation Epidemics in : Am.J.Psychiatry 1989 (146 : 656 - 658)
Rosenthal, RJ & Rinzler, C & Wallsh, R & Klausner, E : Wrist cutting syndrome in : Am.J.Psychiatry 1972 (128, 11 : 47 - 52)

S

- Sachau, Silke & Schröder, Christine : Frauen mit Eßstörungen erobern sich ihr Leben zurück Schriftenreihe sexueller Mißbrauch Band 6 Ruhmark, 1995
- Sachsse, Ulrich : Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge in : Forum Psychoanalyt., 1987 (3 : 51 - 70)
- Sachsse, Ulrich : „Blut tut gut“ - Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener selbstbeschädigungen der Haut in : Hirsch (Hg.) : Der eigene Körper als Objekt s. o.
- Sachsse, Ulrich : Selbstverletzendes Verhalten Göttingen, 1995a
- Sachsse, U. : Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Trauma-folge in : Forum Psychoanal. 1995b (11 : 50 - 61)
- Sachsse, Ulrich : Faltblatt der Station für traumazentrierte Psychotherapie des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Göttingen, 1997
- Sachsse, U & Eßlinger, Katja & Schilling, L. : Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung in: Fundamenta Psychiatrica 1997 (11 : 12 - 20)
- Schäfter, Gabriele & Hocke, Martina : Mädchenwelten : Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung Heidelberg, 1995
- Scharfetter, Ch. : Automanipulation von Krankheit in : Schweiz.med.Wschr., 1984 (114 : 1142 - 1149)
- Schmoll, D. : Vom symbiotischen Leib zum zerschnittenen Körper in : Fundamenta Psychiatrica 1992 (6 : 180 - 189)
- Shapiro, Shanti : Self - Mutilation and Self - Blame in Incest Victims in : Am.J.Psychotherapy, 1987 (41, 1 : 46 - 54)
- Shearer, Steven L & Peters, Charles P & Quaytman, Miles S & Ogden, Richard L : Frequency and correlates of Childhood Sexual and physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients in : Am. J.Psychiatry 1990 (147 : 214 - 216)
- Shengold, Leonard : Soul Murder Frankfurt / Main, 1995
- Sieland, Bernhard & Siebert, Madlen (Hg. Innen) : Klinische Psychologie für Pädagogen Braunschweig, 1979
- Simeon, Daphne & Stanley, Barbara & Frances, Allen & Mann, John & Winchel, Ronald & Stanley, Michael : Self - Mutilation in Personality Disorders : Psychological and Biological Correlates in : Am.J.Psychiatry 1992 (149 : 221 - 226)
- Sophokles : König Ödipus, Herausgegeben von Schadewaldt, Wolfgang, Frankfurt, 1973
- Spitz, Rene A : Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen Stuttgart, 1957
- Spitz, Rene A : Vom Säugling zum Kleinkind zweite Auflage Stuttgart, 1969
- Springer - Kremser & Ringler & Eder (Hg. Innen) : Patient Frau Wien, 1991
- Stein, Dan J & Bouwer, Colin & Maud, Catherine M : Use of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in treatment of Trichotillomania in : Eur.Arch.Psychiatry.Clin.Neurosci., 1997 (247 : 234 - 236)
- Steinhage, Rosemarie : Sexueller Mißbrauch an Mädchen Hamburg, 1989
- Stratenwerth, Irene (Hg.in) : Wahn und Sinn Hamburg, 1997
- Streeck - Fischer, Annette : Grenzgänger - Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktiven Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in : Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 1991 (40: 105-112)
- Suyemoto, Karen L & Macdonald, Marian L : Self - cutting in female adolescents in : Psychotherapy 1995 (32 : 162 - 171)

T

- Tameling, Annegret & Sachsse, Ulrich : Symptomkomplex, Traumaprävalenz und Körperbild von psychisch Kranken mit selbstverletzendem Verhalten in : Psychother.Psychosom.med.Psychol. 1996 (46 : 61- 67)
- Tantam, Digby & Whittaker, Jane : Personality disorder and self - wounding in : Br. J.Psychiatr., 1992 (161 : 451 - 464)
- Teegen, Frauke & Cerney - Seeler, Bärbel : Sexuelle Kindesmißhandlung und die Entwicklung von Eßstörungen in : Zeitschrift für Kinder Psychologie und - Psychiatrie 1998, (46 : 14- 28)
- Tiede, Isabell : Grundgedanken feministischer Sozialarbeit in : Amt für Jugend, Aus - und Fortbildung Hamburg Heft 39, Hamburg 1992

Törne, J. v. : Zur Ätiologie der Automutilation im Kindes- und Jugendalter in : Z.Kinder-Jugendpsychiat. 1974 (2 : 261 - 278)

U V

van der Kolk, Bessel : Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata in : Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 1998 (47 : 19 - 35)

Völkel, Karin : Langfristige psychische und physische Auswirkungen des sexuellen Mißbrauchs - Notwendigkeit und Möglichkeiten der Verarbeitung in : Backe, u.a. (Hg.)

Voigt, Diana & Jawad - Estrak, Hilde (Hg.innen) : Von Frau zu Frau Wien, 1991

W

Weber, Monika & Rohleder, Christiane : Sexueller Mißbrauch Münster, 1995

Welpel, Ingelore : Weiblichkeit als Geschlechtskrankheit ? In : Die Ärztin, 1991 (11 : 6 - 10)

Wenglein & Hellwig & Schoof (Hg.Innen) : Selbstvernichtung Zürich, 1996

Wenninger, Kerstin : Langzeitfolgen sexuellen Kindesmißbrauchs Göttingen, 1994

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

Wildwasser Marburg e.V. : Aus anderer Sicht - Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen Marburg, 1992

Winchel, Ronald M & Stanley, Michael : Self - Injurious Behavior : A Review of the Behavior and biology of Self - Mutilation in : Am.J.Psychiatry 1991 (148 : 306 - 317)

Woltereck, Britta : Ungelebtes lebbar machen Ruhnmark, 1994

Woltereck, Britta : Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen in : Bilden : Frauentherapiehandbuch s.o.

Wurmser, Leon : Trauma, Gewissenszwang und doppelte Wirklichkeit als Konfliktlösung bei schweren Neurosen in : Wenglein & Hellwig & Schoof s. o.

XYZ

Hiermit versichere ich, Doris Neppert, geb. 19. 7. 1970, daß ich diese Diplomarbeit selbstständig angefertigt habe und nur die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe alle wörtlich oder dem Sinn nach aus Quellen entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet.

(Doris Neppert)