

Wolf, Elin

In wie weit ist das selbstverletzende Verhalten von Jugendliche in der Phase der Adoleszenz
ein Indiz für die Borderline – Persönlichkeitsstörung

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Wolf, Elin

In wie weit ist das selbstverletzende Verhalten von Jugendliche in der Phase der Adoleszenz ein
Indiz für die Borderline – Persönlichkeitsstörung

To what extent is the self - injurious behavior of adolescents in adolescence an indication of
borderline personality disorder

eingereicht als:

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Erstprüfer : Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Busse

Zweitprüfer : Prof. phil. Patricia Kröber

vorgelegt von : Wolf, Elin

Abgabetermin : 14.12.2018

Wolf, Elin

In wie weit ist das selbstverletzende Verhalten von Jugendliche in der Phase der Adoleszenz ein Indiz für die Borderline – Persönlichkeitsstörung

37 Seiten

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit

Bachelorarbeit 2018

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit Selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen in der Phase der Adoleszenz. Verletzendes Verhalten, soll anhand von verschiedener Literaturen, zugänglich gemacht werden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt darin, das selbstverletzende Verhalten in der Phase der Adoleszenz ein Indiz für die Borderline – Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter sein kann.

Inhalt

1.	Einleitung	2
2.	Begriffsexplikation	3
2.1	Selbstverletzendes Verhalten	3-5
2.2	Selbstverletzendes Verhalten in der Kultur und Geschichte	6-7
2.3	Anerkanntes selbstverletzendes Verhalten in unsere Gesellschaft	7
2.4	Nicht anerkanntes selbstverletzendes Verhalten	8
2.5	Erscheinungsformen selbstverletzendes Verhalten	9-10
2.6	Das Ritzen und dessen Ursachen	10-11
3.	Die Jugend in geschlechtsspezifische Diskussion	11-12
3.1	Erklärungsansätze	12
3.2	Der neurowissenschaftliche Ansatz	12-13
3.3	Der psychanalytische Ansatz	13
3.4	Der lerntheoretische Ansatz	13-14
3.5	Störung der Impulskontrolle	15
3.6	Entwicklungspsychologischer Ansatz	15-16
4.	Typische Erscheinungsformen	16
4.1	Emotional – instabile Persönlichkeitsentwicklungsstörung	16
4.2	Impulsiver Typus	16-17
4.3	Borderline Typus	17-18
5.	Das Familiensystem im Bezug auf die Entstehung des selbstverletzend Verhaltens	18
5.1	Familiensystem und Bindung	18-21
5.2	Gewalt in der Familie	21
5.3	Traumatische Erlebnisse	22
5.4	Körperliche Misshandlung	22
5.5	Seelische Misshandlung	23
5.6	Sexueller Missbrauch	23
6.	Nutzen und Sinn des selbstverletzenden Verhaltens	24
6.1	Funktionen selbstverletzenden Verhalten	24
6.1.1.	Afektrgulation	24-25
6.1.2.	Selbstbestrafung	25
6.1.3.	Interpersonelle Beeinflussung	26

6.1.4. Interpersonelle Beziehungen	26-27
6.1.5. Anti- dissoziale Effekte	27-28
6.1.6. Suizidalität	28
6.1.7. Sensation seeking	28
6.2. Bewältigungs- und Problemlösungs Fähigkeit	
Die Flucht in Abwehrmechanismen	28-29
7. Abgrenzung Suizidalität	30
8. Selbstverletzendes Verhalten als Indiz für Borderline – Persönlichkeitsstörung	
8.1 Begriffsexplikation	31
8.2 Verlauf und Äußerungen	32-33
8.3 Parallele zum selbstverletzend Verhalten	33-34
9. Konsequenzen für die Soziale Arbeit	34-35
9.1 Aufgaben der Sozialen Arbeit.....	35-36
9.2 Grenzen der Sozialen Arbeit	36
10. Resümee	37-38
11. Literaturverzeichnis	V
11.1 Quellenangabe	V
11.2 Internetquellen	V
11.3 Zusatzquellen	V
12. Abkürzungen	VI

Leider

Ich schlag mir eine Wunde, die meinen Körper ziert
bestreu sie sanft mit Salz, damit sie schöner wird
ich lass mich selbst zur Ader, öffne die Haut ganz zart
genieß den Kuss der Klinge, die mich zum Manne macht

ich häng mich auf, an dünnen Drähten
ich hab mich selbst, darum gebeten
ich tu mir leid, so leid,
ich tu mir leid, so leid

ich fürcht mich nicht vorm schwarzen Mann,
weil ich mir selbst was antun kann

ich muss, ich muss mir wieder weh tun
ich tu mir leid, so leid
ich muss, ich muss mir wieder weh tun,
weil nur der Schmerz mich heilt [...]

(https://www.eis-brecher.com/songtext/18/leider_.html)

1. Einleitung

Dieser Songausschnitt von der Band „Eisbrecher“ soll der Auftakt meiner Bachelorarbeit Thema „Selbstverletzendes Verhalten von Jugendlichen in der Phase der Adoleszenz - ein Indiz für die Borderline–Persönlichkeitsstörung“ sein. Vermehrt wird dieses Thema in der Malerei, wie auch in Filmen und Literaturen aufgegriffen. Das vorab aufgeführte Lied „Leider“ wurde 2006 von der Band Eisbrecher veröffentlicht. Dieses steht für die künstlerische Darstellung des selbstverletzenden Verhaltens. Das Lied „Leider“ zeigt, wie vielfältig die Funktion und Art des selbstverletzenden Verhaltens sein kann und in welchen ausweglosen Situationen sich die Personen befinden. Unsere Gesellschaft besteht aus autonomen und individuellen Menschen. Damit Kinder ihre eigenen Bedürfnisse befriedigen können, müssen sie schon in frühester Kindheit selbständig, mobil und flexibel sein. Bereits im Kindergarten setzt der Vergesellschaftungsprozess ein, der sich mit dem Schuleintritt verstärkt. Die Förderung der Kinder kann nicht früh genug begonnen werden. Viele Eltern würden ihren Kinder gerne den Rahmen geben um Kind zu sein, doch sind die Eltern geprägt von dem Denken der Bildung, Konkurrenz und Aufstieg (vgl. Ackermann, 2007, S. 10). Zum späteren Zeitpunkt in der menschlichen Entwicklung, werden Jugendliche nicht nur dem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, sondern stehen auch unter eigenen körperlichen wie auch physiologischen Veränderungen. „Bis heute streiten Wissenschaftler darüber, welche Ursachen den Verlauf von Pubertät und Adoleszenz bestimmen: Eine Reihe von Forschern führt vor allem biologische, insbesondere genetische Faktoren ins Feld, um die stattfindende Entwicklung verständlich zu machen. Man geht davon aus, daß die Turbulenzen des Jugendalters, welche als „Sturm–und–Drang–Zeit“ begriffen wird, dadurch entstehen, daß sehr plötzlich körperliche, physiologische und hormonelle Veränderungen, die zu massiven Ungleichgewichtigkeiten im Verhalten und Erleben des Individuums führen. Der sich abspielende schnelle körperliche Gestaltwandel wird verantwortlich gemacht für die parallel ablaufende seelische Veränderungen“ (Kasten, 1999, S. 16). Die Jugend muss während dieser Phase mit sich selbst ins Reine kommen. Jungen und Mädchen müssen sich mit starken Stimmungsschwankungen und Zwiespältigkeiten, die sich in ihrer inneren Welt abspielt, auseinandersetzen. Die maßgebende Erwartungshaltung der Gesellschaft ist die Entwicklung eines eigenen Selbstkonzeptes und Identität (vgl. Kasten, 1999, S. 57). Die allgemeinen Anforderungen an Jungen oder Mädchen, in der

Phase der Adoleszenz sind sehr komplex und vielseitig. Mit dem gesellschaftlichen Wandel und dessen verbundenen neuen Anforderungen an den/die Jugendlichen, besteht die Möglichkeit der Überlastung. Die Bereitschaft unter den Mädchen und Jungen in der Phase der Adoleszenz sich selbst zu verletzen, ist tendenziell steigend. Wobei diese Phänomene typischerweise im Zusammenhang mit anderen Komponenten auftreten (vgl. Gerd Lehmkuhl, Fritz Poustka, Martin Holtmann, Hans Steiner, 2013, S. 1171). Mit dem vermehrten Auftreten von selbstverletzendem Verhalten kommt es zu häufigerer Konfrontation im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Die neue Dimension wirft weitere Fragen auf und es bedarf einer tiefgründigeren Auseinandersetzung mit dem Thema. Das Hautaugenmerk der Bachelorarbeit besteht darin, herauszufinden ob das selbstverletzende Verhalten in der Phase der Adoleszenz von Jugendlichen ein Indiz für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist. Welche Identifikatoren gibt es zu beiden Phänomenen? Ab wann kommt Soziale Arbeit an ihre Grenzen? Im ersten Abschnitt der Bachelorarbeit wird das selbstverletzende Verhalten und dessen Ursachen, wie auch verschiedener Formen behandelt und im weiteren Verlauf geht die Verfasserin auf das Familiensystem in Bezug auf die Entstehung des selbstverletzenden Verhaltens, unter Einbeziehung traumatischer Erlebnisse, ein. Anschließend findet der Versuch statt, selbstverletzendes Verhalten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Beziehung zu setzen.

2. Begriffsexplikation

In diesem Kapitel möchte ich versuchen eine erste Annäherung an das Phänomen selbstverletzendes Verhalten herzustellen. Dazu beleuchte ich den Begriff in seiner Vielzahl an Facetten näher näher.

2.1 Selbstverletzendes Verhalten

Problematisch erscheint bei einer Annäherung an eine Definition, dass das selbstverletzende Verhalten die vielfältigsten Erscheinungsformen, Ursachen wie auch Funktionen aufzeigt. Bis heute konnte noch nicht geklärt werden, ob selbstverletzendes Verhalten „lediglich“ als ein Symptom oder als eigenes Krankheitsbild betrachtet werden kann. „Den ersten Versuch selbstverletzendes Verhalten zu definieren,

unternahm Meninger in seinem Buch „Man against himself“ im Jahr 1938. Er beschrieb mit dem Terminus „Neurotische Selbstverstümmelung“ (neurotic self-mutilation), diese Art von selbstverletzendem Verhalten, welche wir auch heute besonders bei Jugendlichen beobachten können, wie bspw. das Schneiden, Ritzen oder Verbrennen der Haut.“ (Kaess, 2012, S. 12). „Selbstverletzendes Verhalten ist eine gleichbedeutend mit einer funktionell motivierenden, direkten und offenen Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die nicht sozial akzeptiert und die nicht mit suizidalen Absichten einhergeht.“ (Petermann & Winkel, 2005, S. 23).

Pattison und Kahn versuchten (1983) die Beschreibung des selbstverletzenden Verhaltens als eigenständiges Syndrom zu definieren. Dieser Ansatz ist bis heute von entscheidender Bedeutsamkeit. Die Diskussion ob selbstverletzendes Verhalten eine im Vorfeld zum Ausdruck kommende Erscheinungsform von verschiedenen Erkrankungen darstellt oder ob dieses Phänomen eine eigene Krankheitsentität sein kann, lässt den Rückschluss zu, dass es ein psychopathologisches Syndrom sein kann (vgl. Kaess, 2012, S. 19f). Im deutschsprachigen Raum bezeichnet man, laut Hänsl, selbstschädigendes Verhalten mit „Autoaggression“. Diese Bezeichnung umfasst nicht nur parasuizidales, sondern auch suizidales Verhalten. Nichtsuizidales autoaggressives Verhalten bezeichnet man auch als „Automutilation“, die wiederum als die mutwillige Beschädigung des Körpers definiert wird (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 18f). „Nach Muehlenkamp (2005) wurden bislang über 33 Begriffe verwendet, die selbstverletzendes Verhalten repräsentieren sollen. Diese waren unterschiedlich weit gefasst; einige davon waren sehr komplex definiert, so dass sie neben suizidalen Verhalten auch eine indirekte Formen der Selbstschädigung mit einschlossen, wie Promiskuität und Risikoverhalten“ (Petermann & Nitkowski, 2015. S. 19). Die Problembelastungen wie auch die Auffälligkeiten der Jugendlichen stammen nicht aus der Eskalationszeit, sondern es bestehen komplexe Problemkonstellationen bereits ein bis zwei Jahre vor dem „Ausbruch“. Meist kommt es in dieser Phase der Eskalation zu einer Kriseninterventionsmaßnahme. Familien empfinden die Erziehungssituation als kaum erträglich und die pädagogische Handhabbarkeit ist nur schwer zu vertreten. Die Einweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik oder in einer therapeutisch orientierten Jugendhilfseinrichtung, wird über einen bestimmten Zeitraum als Kriseninterventionsmaßnahme genutzt und fungiert als eine entschleunigende Aktion für beide Parteien. Anlehnend an das Internationale Klassifikationssystem (ICD – 10), spiegeln sich Symptome einer psychische Störungen wieder, die bei jungen Menschen

als Problemkonstellation einhergehen (vgl. Alber Adam, Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 21). „Darunter findet man typischerweise Diagnosen wie Störungen des Sozialverhaltens (ICD–Klassifikation F 91), Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92) Hyperkinetisch Störung des Sozialverhaltens (F 90.1), Impulskontrollstörung (F 63.8) oder Reaktive Bindungsstörung (F 94.1), allesamt Diagnosen mit nicht sehr günstigen Langzeitprognose und relativ geringer für therapeutische Implikationen. Häufig finden sich bei diesen Kindern und Jugendlichen zusätzlich *Teilleistungsstörungen* oder *Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätssyndrom* (AD(H)S). Diese moderieren die Problemverhaltensweisen entscheidend mit, können jedoch die beim betroffenen jungen Menschen feststellbaren Problemkonstellation allein nicht ausreichend erklären“ (Alber Adam, Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 23). Dennoch sagt der ICD–10 aus, dass selbstverletzendes Verhalten viel mehr als undifferenziertes Störungsbild angesehen werden kann. Als nicht näher bezeichnet, beschreibt man die Störungen der Impulskontrolle wie auch abnorme Gewohnheiten (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 35). Nach DSM–IV darf bei Kindern und Jugendlichen keine Diagnose erfolgen. Die Personen müssen mindestens das 18. Lebensjahr erreicht haben. Daher wird im Kindes- und Jugendalter eher von einer Störung des Sozialverhaltens gesprochen (vgl. Alber Adam, Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 66). Kaess definiert selbstverletzendes Verhalten als, „ (...) eine funktionelle motivierte, direkte und offene Verletzung des Körpers, die nicht sozial akzeptiert ist und ohne Suizidabsicht vorgenommen wird“ (Kaess, 2012, S. 21), dar. Hingegen gehen Petermann und Nitkowski davon aus, „Selbstverletzendes Verhalten ist gleichbedeutend mit einer motivierten Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die in direkter und offener Form geschieht, sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 22). Petermann und Nitkowski gehen von der Definition „nonsuicidal self-injury“ aus. Mit dieser Definition soll die Abgrenzung von dem suizidalen Gedanken aufgezeigt werden.

2.2 Selbstverletzendes Verhalten in kulturellen Ritualen und Geschichte

„Die Instrumentalisierung des Körpers zur Spannungszufuhr und Identitätssicherung stellt einen bedeutsame kulturanthropologische Konstante dar. Schädigungen des Körpers werden in Kauf genommen, um psychische Leidenszustände zu verbessern,

emotionale Spannungen zu reduzieren und personale Verunsicherungen aufzuheben“ (Kaess, 2012, S. 9). Die Geschichte des selbstverletzenden Verhaltens basiert auf überlieferten Ritualen und Traditionen im Rahmen von Religionen und Subkulturen. Über mehrere Generationen hinweg werden formalisierte Handlungen fortwährend wiederholt und in die bestehende Gesellschaft überliefert. SVV am eigenem Körper findet man nahezu in allen menschlichen Kulturen. Somit muss man berücksichtigen, dass es sich nicht um ein Phänomen der gegenwärtigen Gesellschaft handelt, sondern um eine Problematik, die in der Vergangenheit ihren Ursprung hat (vgl. Petermann & Nitkowski 2015, S. 15). „In verschiedenen Kulturen war und ist eine willentliche Beschädigung des Körpers um Schönheitsidealen zu entsprechen üblich (die Verformung des Kopfes im alten Ägypten, die Verformung der Frauenfüße in China sowie die Skarifikation, das Zufügen von Hautnarben, in Afrika). Auch im Alltag unserer westlichen Kultur ist Selbstschädigung üblich“ (Ackermann, 2007, S. 15). Petermann geht in seiner Ausführung davon aus, dass diese überlieferten Praktiken in fünf verschiedenen Bereichen zugeordnet werden können (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 15). Angeführt wird der Körperschmuck. Piercings und Tätowierungen sind ein weit verbreitetes Mittel, um eine Verschönerung durch selbstschädigendes Verhalten an seinem eigenen Körper zu erreichen. Großflächige Tätowierungen an Körper und Gesicht sind bei den Ureinwohnern Neuseelands eine lang zurück reichende Tradition. Hingegen zeichnen sich verschiedene afrikanische Stämme mit Schmucknarben, die sich durch Gesicht und Körper ziehen, und durch Piercings, wie auch gewollte Veränderungen der Gliedmaßen aus. „Tätowieren und Piercings sind längst nicht mehr nur bei Subkulturen beliebt, und ästhetische motivierte medizinische Prozeduren, wie das Tragen von Zahnspangen oder plastisch–chirurgische Korrekturen von Gesicht und Körper, sind prinzipiell bei allen Bevölkerungsgruppen verbreitet“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 16). Ein weiteres aufgeführtes Merkmal ist das Gefühl der Zugehörigkeit einer Koorde. Die Narben und Tätowierungen dienen nicht nur als Dekorationszweck, sondern werden als eine Art von Erkennungsmerkmalen genutzt. Zum Beispiel dient es dazu, die Zugehörigkeit eines Stammes in dem Merkmal wiederzuerkennen (ebd. S. 16). Ein weiterer Bereich sind die Übergangsrituale der Adoleszenz. In vielen verschiedenen Kulturen bedeutet das Erwachsenwerden, das Übernehmen von Verantwortung. Dabei unterziehen sich Jugendliche oftmals schmerzhafter Rituale, um in der Gemeinschaft der Erwachsenen aufgenommen zu werden. Mit dem Erwerb der neuen sozialen Rolle kommen körperliche Veränderungen

auf den Jugendlichen zu (Zähne werden ausgeschlagen oder Zufügen von großflächigen Narben). Mit der Durchführung der Rituale erhält der Jugendliche Anerkennung und den Zuspruch der sozialen Gemeinschaft (ebd. S. 16). Religiöse Rituale hingegen verdeutlichen Opferbereitschaft und Demut. Das Verletzen von Körpergliedmaßen soll die Besänftigung von Göttern, Ahnen wie auch Geistern darstellen (ebd. S. 17). Ebenso benennt Petermann, um andere heilen zu dürfen, müssen sich Schamanen belastender Selbstverletzungen unterziehen. Da all diese Praktiken sozial akzeptiert, in ihrer Ausführung kontrolliert und in einem kulturellen Kontext zu verstehen sind, werden sie nach Levenkron (1998) im engeren Sinne dem selbstverletzenden Verhalten zugeordnet (ebd. S. 17).

2.3 Anerkanntes selbstverletzendes Verhalten in unserer Gesellschaft

In unserer Gesellschaft besteht eine alltägliche Form der Selbstschädigung. Die Äußerlichkeiten eines Menschen, wie der-/diejenige sich kleidet oder die Haare trägt, sprich seine Individualität, sind wahrnehmbare gesellschaftliche Merkmale. Piercings, Tätowierungen wie auch Schönheitsoperationen gelten in der derzeitigen Gesellschaft als „Normalität“ und werden akzeptiert. Extremsportarten sind eine weitere anerkannte Form der Selbstschädigung. Darunter fällt auch extremes Bodybuilding. Meist wird bis zur Erschöpfung oder bis zu körperlichen Schäden trainiert. Auch sportliche Aktivitäten die Angstzustände auslösen und mit hohen Gefahrensituationen verbunden sind, beispielsweise Rafting, Freestyle Climbing oder Bungee Jumping werden von der heutigen Gesellschaft befürwortet und erwünscht (vgl. Stefanie Ackermann, 2007, S. 15 f).

2.4 Nicht anerkanntes selbstverletzendes Verhalten in unserer Gesellschaft

Als nicht anerkannt selbstverletzendes Verhalten, wird das offensichtliche und deutliche Verletzen seines Körpers betrachtet. Jugendliche die sich ritzen, werden schon im Vorfeld von der Gesellschaft als psychisch krank eingeordnet. Die dahinter stehende Not des jungen Menschen wird nicht oder nur selten erkannt (vgl. Ackermann, 2007, S.75).

„Charakteristisch für diese Problemkonstellation sind u.a. Problemverhaltensweisen, die nicht der in Gesellschaft allgemein üblichen Verhaltensnormen entsprechen und häufig so unüblichen, unlogischen und den eigenen Interessen so abträglich erscheinen, dass sie für die Mitmenschen, selbst wenn man die manchmal besonderen Lebensumstände dieser Kinder/Jugendlichen berücksichtigt, häufig nur schwer verständlich und auch kaum nachvollziehbar sind“ (Alber Adam, Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 23). „Menschen mit auffälligen oder ungewöhnlichen Persönlichkeitszügen sind ganz offensichtlich so gut wie jedermann bekannt. Dem Volksmund entstammen auch zahlreiche Redewendungen mit zum Teil sehr anschaulichen Bildern, die sich mit solchen problematischen Persönlichkeitszügen bzw. den diesen entstammenden Verhaltensauffälligkeiten oder -auswirkung befassen. Die meisten dieser Redewendungen befassen sich typischerweise mit den Phänomenen starrer *Denkmuster* bzw. *Unflexibilität, gesteigerte und unkontrollierte Impulsivität* und *misslingende Affektregulation* sowie *Stressempfindlichkeit*. Doch auch zu historischen, narzisstischen und ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeitszügen fehlt es nicht an charakteristischen Aussagen“ (Adam, 2010, S. 44). Vergleichbare Aussagen laut Albert Adam können sein: „immer mit dem Kopf durch die Wand“ (ebd. S. 45) oder „der/die geht hoch wie eine Rakete“ (ebd.,S. 45), wie auch „Auf den/die lohnt es sich nicht zu hören: der/ die sagt heute dies und morgen was ganz anderes“ (ebd. S. 45). Um einen umfangreichen Einblick zu bekommen, geht die Autorin im folgenden Punkt auf verschiedene Erscheinungsformen des SVV ein.

2.5 Erscheinungsformen selbstverletzendes Verhalten

Das selbstverletzende Verhalten zeigt ein vielseitiges Spektrum an Erscheinungsformen. Man unterscheidet zwischen zwei Formen des SVV; zum Einem die offene Form und zum anderen die heimliche Form. „Die offene Form zeichnet sich dadurch aus, dass die Betroffenen ihre Wunden nicht verstecken. Sie bedenken häufig nicht die Konsequenzen, welchen Schaden sie ihrer Haut zufügen und welche Spätfolgen die Verletzung mit sich bringen könnte. Es handelt sich somit, um eine offene Form des *selbstverletzenden Verhaltens*, bei der sich die Betroffenen direkt physisch Schaden zufügt, ohne jedoch in suizidaler Absicht zu handeln“ (Petermann & Winkel, 2005, S. 30-34). Stefanie Ackermann bezeichnet in ihrer Ausführung die offene Form des

selbstverletzenden Verhaltens als einen nicht suizidalen Gedanken. Die Verletzungen sind gezielt oberflächlich, damit keine lebensbedrohliche Situation entsteht. Die Selbstverletzungen zeigen sich in Form von Schnittwunden, Abschürfungen, Verbrühungen und Verbrennungen. Es kommt zu einer Abgrenzung der Gruppennorm. Zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse wird alternativ von dem psychiatrischen Schmerz auf den körperlichen Schmerz gelenkt. Die Spätfolgen, wie Narben auf der Haut werden ignoriert (vgl. Ackerman, 2007, S. 20). „Entgegen der heimlichen Form des selbstverletzenden Verhaltens geschieht diese durch unbewusste Impulse, die einer willentlichen Kontrolle unterliegen. Der Gedanke bei der Ausführung ist sowohl die Selbstbestrafung wie auch die Spannungslinderung. In diesem Zusammenhang ist der Betroffene auf der Suche nach Bestätigung. Artifizielle Störungen, bei denen Krankheitsbilder instrumentalisiert werden, gehören ebenso zu der heimlichen Form des SVV. Dabei gelingt es den Betroffenen Symptome künstlich zu erzeugen, um so den Platz eines Patienten einnehmen zu können („Münchhausen-Syndrom““ (Pollmächer, Master-Thesis, 2016, S. 6, Zit. nach Hänslı, 1996, S. 38). Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten unterscheiden sich bisweilen auch in der äußeren Präsentation ihrer Selbstverletzungen. Während einige ihre Handlungen und deren Konsequenzen bereitwillig und offen präsentieren, sich mitunter sogar selbst eine Identität als »Cutter« oder »Ritzer« zuschreiben, gibt es auch eine große Anzahl an Jugendlichen, die sich für ihr selbstverletzendes Verhalten schämen und dieses daher im Verborgenen ausführen (vgl. Kaess, 2012, S. 31). Sachse beschreibt das selbstverletzende Verhalten als globales Ventil für den inneren Druck. Das tatsächliche Erleben eines Schnittes wäre im Vergleich genauso, wie wenn man aus einem Ballon die Luft heraus lässt (vgl. Sachsee, 2008, S. 51).

2.6 Das Ritzen und dessen Ursachen

„Als „Notausgang, wenn ich gar nicht mehr weiterweiß“ beschreiben viele Jugendliche den Drang, sich regelmäßig selbst zu verletzen: sich etwa in die Arme zu schneiden (das sogenannte Ritzen) [...]“ (Kristina Maroldt, GeoWissen Nr42, S. 148). Laut Stefanie Ackermann tauchen in der Biographie der Betroffenen mindestens ein prägendes Erlebnis auf. Häufig werden die traumatischen Ereignisse in Zusammenhang Infolge eines Krankenhausaufenthaltes erlebt. Meist ist das mit Trennungs- und

Verlusterlebnissen verbunden und/oder in Verbindung mit schwierigen Familienverhältnissen gebracht (vgl. Ackermann, 2007, S. 31f). „Die meisten wollen sich in einem Moment der höchsten Wut, Trauer, Angst oder Verzweiflung von ihren Emotionen ablenken“ (Kristina Maroldt, GeoWissen Nr42, S. 148). Das Ritzen ist die meistverbreitete Methode unter den Mädchen und Jungen, in der Phase der Adoleszenz. Glasscherben, Rasierklingen, Messer oder Scheren sind die am häufigsten benutzten Gegenstände, um sich in die Haut zu ritzen. $\frac{3}{4}$ aller Menschen die von SVV betroffen sind, nutzen diese Methode. Selbst Skalpelle und zerbrochene CDs werden als Instrumente genutzt. Viele dieser „Werkzeuge“ werden oftmals gehortet und versteckt. Selbstgestaltete Kisten oder andere Vorrichtungen dienen zur Unterbringung für die verschiedensten Instrumente (vgl. Kaess, 2012, S. 29f). Wiederholende selbst zugefügte Schnittwunden sind meist parallel zueinander verlaufend. Sie liegen neben bereits vernarbten bzw. verheilten Wunden. Das oberflächliche Ritzen zählt zu den leichten Formen der Selbstschädigung. Tiefe Schnittwunden hingegen gehören zu den schwerwiegenden Selbstverletzungen. Verletzungen die von den Muskelfazien bis auf den Knochen reichen gehören, ebenfalls in diese Kategorie (vgl. Kaess, 2012, S. 30f). Nach Simeon und Favazza teilt sich das selbstverletzende Verhalten in eine Klassifikation auf. Dabei kommen die schweren Verletzungen zum Vorschein. In diesen Bereich der schweren Selbstschädigung fallen z.B. lebensbedrohliche Selbstverletzungen (Zerstörung des Augapfels, Selbstkastration oder Selbstamputationen). Diese Art der Schädigung geht häufig mit Psychosen oder Drogenkonsum einher. Der Stereotyp der Selbstverletzungen kommt meist bei geistig Behinderten und/oder bei hospitalisierten Menschen vor. Sich beißen, in den Augen oder in der Nase bohren und sich gegen den Kopf schlagen, kommt in rhythmischer wiederholender Form vor. Das Nägelbeißen oder Herausreißen der Haare nehmen oftmals einen zwanghaften Charakter an und sie werden sehr häufig wiederholt. Dies fällt in die Kategorie des zwanghaften selbstverletzenden Verhaltens. Das Ritzen, das Schneiden und das Verbrennen der Haut, sowie die gestörte Wundheilungen und andere Formen des SSV in wiederholender Form, gehört zu der Kategorie des impulsiven selbstverletzenden Verhaltens. Das Verhalten verläuft häufig in einem festen Ablaufschema (vgl. Petermann & Nitkoswki, 2015, S. 30f).

3. Die Jugend in geschlechtsspezifischer Diskussion

Zunächst möchte ich auf den Unterschied zwischen Pubertät und Adoleszenz eingehen. Im engeren Sinne bezeichnet man die Pubertät als die Veränderung der Geschlechtsorgane. Die Reifung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale ist ein untrügliches Zeichen der sexuellen Reifung bzw. der Fortpflanzungsfähigkeit (vgl. cms. Familienorientierung.at). Typische Anzeichen der Pubertät werden derzeit schon mit dem 9. Lebensjahr festgestellt (vgl. Ackermann, 2007, S. 62). Die Jugendlichen durchlaufen eine geistige und emotionale Reifung. Die Wankelmütigkeit, wie auch die radikalen und zum Teil dogmatischen Meinungen sind stark von den Gefühlen geprägt. Es führt zu einem Ungleichgewicht des eigenen Erlebens. Anlässlich der Schwierigkeiten kommt es oft zu fehlender Selbstbeherrschung (vgl. cms. Familienorientierung.at). „Die Adoleszenz jedoch als psychischer und sozialer Entwicklungsprozess verlängert sich ins junge Erwachsenenalter. Hier wird deutlich, wie traditionelle Einteilungen verschwimmen, sie werden relativiert“ (Ackermann, 2007, S. 62). Die Phase ist in zwei Abschnitten aufgeteilt. Die mittlere Adoleszenz befindet sich im Alter vom 13. bis zum 17. Lebensjahr. Das Ich-bezogene Verhalten ist weiterhin stark vorhanden und wird weiterhin von eigenen Wünschen und Gemütszuständen geprägt. Hinzu kommt, dass Freundschaften immer mehr in den Vordergrund rücken. Dennoch werden die Eltern als emotionale Ressource genutzt. Eine Begleiterscheinung im Verhalten der Jugendlichen ist in der Phase der Adoleszenz oftmals ein erhöhtes Aggressionspotential (vgl. cms. Familienorientierung.at). „Ihre innere Unsicherheit ist angst- und unlustgetönt, besonders wenn sie Mißbilligung und andere negative Sanktionen vorwegnehmen, die ihnen bei nichtkonformen, abweichendem Verhalten drohen. Zuweilen kann das Ausmaß der gefühlsmäßigen Belastung anwachsen und in eine für Jugendliche typische Phase emotionaler Beeinträchtigung einmünden“ (Kasten, 1998, S. 18) Laut der „Initiative Rote Linie“ liegt das Eintrittsalter von den Selbstverletzern bei 12 bis 14 Jahren. In diesem Alter durchlaufen die Mädchen die hoch-pubertäre Zeit. 90% der Selbstverletzer beginnen mit diesem Verhalten vor dem 18. Lebensjahr. Häufiger sind Mädchen von diesem Verhalten betroffen als Jungen. Die Geschlechterverteilung liegt, laut der Initiative, bei 5:1 (vgl. www.rotlinie.de).

4. Erklärungsansätze

Um das Phänomen verständlicher zu gestalten, beleuchte ich folgende Erklärungsansätze etwas genauer: der neurowissenschaftliche Ansatz, der psychoanalytische Ansatz, der lerntheoretische Ansatz, die Störung der Impulskontrolle, sowie der entwicklungspsychopathologische Ansatz.

4.1 Der neurowissenschaftliche Ansatz

Ein möglicher Erklärungsansatz steht in der Auseinandersetzung mit den Basalganglien. Es herrscht die Annahme, dass bei betroffenen Personen mit selbstverletzendem Verhalten eine Störung der Basalganglien vorliegt. Trotz vieler unterschiedlicher Störbilder ist fast immer eine Störung in diesem Bereich nachweisbar. Das selbstverletzende Verhalten tritt meist in Kombination von bestimmten Bewegungsstörungen, wie auch im Zusammenspiel von kognitiven Defiziten auf (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 85) „Gegenüber einer alters- und geschlechtsäquivalenten Kontrollgruppe ließ sich bei den Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten eine verstärkte Reaktion in der Amygdala, dem Hippokampus und dem anterioren cingulären Kortex finden, sobald sie emotionale Bilder betrachteten“ (epd.). Ein Nachteil dieses Ansatzes ist es, dass die Umweltfaktoren nicht genügend berücksichtigt werden. Jedoch sind genau diese Faktoren ein wichtiger Bestandteil für die Entstehung, Entwicklung und für die Aufrechterhaltung des SSV der Jugendlichen (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 86).

4.2 Der psychoanalytische Ansatz

An dieser Stelle kann ich nur einen skizzenhaften Einblick des Themenbereiches gewähren. Der (tiefen-)psychologische Erklärungsansatz ist für sich ein eigenständiges umfangreiches Themengebiet, dennoch ein nicht irrelevanter Bereich um das Thema zu beleuchten. Der psychoanalytische Erklärungsansatz beschreibt eine mögliche Entstehung des selbstverletzenden Verhaltens. Jugendliche, die im frühkindlichen Alter negativ besetzte Erfahrungen sammelten und diese die weitere Entwicklung nachhaltig

beeinträchtigt, neigen zu selbstverletzendem Verhalten. Ablehnung, Zurückweisung oder auch der Verlust einer Bezugsperson sind mögliche emotionale Belastungen, die ein Indiz für das Verhalten sein könnten (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 86). „Solche Trennungserfahrungen führen dazu, dass massive Aggression gegen das enttäuschte Liebesobjekt entsteht. Das Individuum muss diese Aggression gegen sich selbst wenden, um Schuldgefühle abzuwehren und um die Bindung an das geliebte Objekt nicht vollständig aufgeben zu müssen“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 86). Der (tiefen-)psychoanalytischen Erklärungsansatz beschreibt die Selbstverachtung, Selbstverletzung oder auch Selbstbestrafung als eine Ursache, für das selbstverletzende Verhalten.

4.3 Der lerntheoretische Ansatz

Durch Interaktion mit der Umwelt und durch positive sowie negative Verstärkung erlernt der Mensch Verhalten, das pathologische Verhalten inbegriffen. Verschiedene Effekte, die mit positiver oder negativer Verstärkung verbunden sind, lassen sich auf das selbstverletzende Verhalten zurückführen. Viele Forscher teilen die Vermutung, dass selbstverletzendes Verhalten durch anhaltende negative Verstärkung beibehalten werden kann. Dies wird darin begründet, dass durch das selbst Verletzen, unangenehme Gefühle (Anspannung und Erregung) verringert werden können. Auch durch Beobachtungen von anderen Personen ist es möglich, selbstverletzendes Verhalten zu erlernen. Dies bezeichnet man als „Lernen am Modell“ (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 86–89). „Lernen am Modell und Ansteckungseffekt lassen sich in der Praxis nicht immer scharf voneinander abgrenzen; sie können gemeinsam auftreten oder ineinander übergehen. Zu Lern- und Ansteckungseffekten beim selbstverletzenden Verhalten kommt es insbesondere in Heimen, Gefängnissen und psychiatrischen Stationen, im Prinzip also überall dort, wo viele Menschen mit einer erhöhten Stressbelastung oder mit einem erhöhten Risiko für Entwicklung psychischer Störungen eng zusammenleben“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 89). Nixon führte 2002 mit 42 Jugendlichen eine empirische Befragung durch. Davon gaben 76,2 % (n=32) an, sich selbst zu verletzen sei ein eigener Gedankengang. 11,9% der Befragten gaben an, dass sie das Handlungsmuster aus Beobachtungen von anderen Personen übernommen haben. Demzufolge kann der lerntheoretische Ansatz ein Indiz für die Entstehung des

selbstverletzenden Verhaltens sein, aber keine notwendige Voraussetzung (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 90). In diesem Zusammenhang hat Matthew Nock ein 4-Funktionen-Modell entwickelt, welches beschreibt welche vier Funktionen für die Entstehung, wie auch für die Aufrechterhaltung des selbstverletzenden Verhaltens maßgeblich sein können. Dabei grenzt er intrapersonale und interpersonale Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens voneinander ab. Zwei wesentliche Aspekte zeichnen die intrapersonale Funktion aus (vgl. Kaess, 2012, S. 79) „ (1) Durch die Selbstverletzung können innere emotionale Zustände beeinflusst werden, entweder um, im Sinne einer negativen Verstärkung, intensive negative Gefühlszustände zu beenden (automatic negative reinforcement; ANR) oder um, im Sinne einer positiven Verstärkung, einen inneren positiven Gefühlszustand zu erleben (automatic positive reinforcement; APR) (2) Andererseits erlaubt es die soziale Funktion von Selbstverletzung den Patienten sich durch dieses Verhalten entweder unangenehme Situationen zu entziehen (social negative reinforcement; SNR) oder Mitmenschen zu positiven Reaktionen wie zum Beispiel Mitleid oder Zuwendung zu bewegen (social positive reinforcement; SPR). Auch hier gelten wieder einfachen Prinzipien der negativen und positiven Verstärkung der dieser Verhaltensweisen“ (Kaess, 2012, S. 79f).

4.4 Störung der Impulskontrolle

Menschen mit dem Merkmal einer gesteigerten Impulsivität zeigen eine höhere Anfälligkeit zu einem selbstverletzenden Verhalten. Die Persönlichkeiten unterscheiden sich nicht qualitativ von dem selbstschädigenden Verhaltensweisen, sondern zeichnen sich durch schwerwiegende Varianten in der Art und Weise des impulsiven Verhaltens aus. Das selbstverletzende Verhalten an sich, soll nach DGKJP (2007) ein Ausdruck einer Impulskontrollstörung sein. Meist äußert sich eine Impulskontrollstörung, indem Handlungen ohne und entgegen jeglichem vernünftigen Grund wiederholt und durchgeführt werden. Dabei verliert die betroffene Person die Kontrolle über das eigene Verhalten und es kommt oftmals zu Beschädigung von eigenen oder fremden Interessen. Die betroffene Person beschreibt ihr eigenes Verhalten als sehr impulsiv. Die Abgrenzung zwischen Impulskontrollstörung, Zwangsstörung und auch Suchtverhalten ist schwer zu treffen. Das impulsive Verhalten passiert plötzlich und spontan. Dabei entsteht der Druck dieses Gefühl ausleben zu müssen, ohne jegliche Kontrollfunktion.

Nach DSM–5 bestehen wichtige Kriterien für eine Impulskontrollstörung. Einen Impuls oder einen Drang, eine schädliche Handlung nicht widerstehen zu können, in Begleitung durch Erleichterung, Befriedigung oder Genuss währenddessen die Handlung durchgeführt wird, ist ein Indikator für die Störung. Vor der Handlung hat die betroffene Person das Gefühl der inneren Spannung und Erregung (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 37f).

4.5 Der entwicklungspsychopathologische Ansatz

Mit Hilfe von entwicklungspsychopathologischen Konzepten und Prozessen wurde versucht die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten zu erklären. Diese Modelle haben den Vorteil, unterschiedliche Verlaufsformen eines Störbildes adäquat zu integrieren. Ein Modell beschreibt, dass das selbstverletzende Verhalten auf Grund traumatisierender Erlebnisse in der Phase der Kindheit entstehen kann. Laut diesem Modell kommt es dazu, dass sich durch solche Erlebnisse, wie z.B. Misshandlungen oder Missbrauch, sozial-emotionale Kompetenzen, wie auch grundlegende motivationale und instrumentelle Kompetenzen unzureichend oder auch nicht entwickeln. Das Fehlen dieser Kompetenzen veranlasst den Betroffenen dazu, dass er im Erwachsenenalter nicht oder nur schwer in der Lage sein wird, sich anzupassen oder altersgemäße Entwicklungsaufgaben zu erfüllen. Die hierdurch entstehenden Belastungen können wiederum auf Grund der fehlenden Kompetenzen nicht bewältigt werden. Um dies zu kompensieren werden oftmals alternative Regulatoren eingesetzt die dysfunktional sein können, wie z.B. das selbstverletzende Verhalten (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 83F). „ein Vorzug des Modells von Yates (2004) besteht darin, dass empirisch bestätigte Risikofaktoren (Trauma und Missbrauch, Fehlen von funktionalen Regulationsstrategien) miteinbezogen wurden, um die Entstehung von selbstverletzenden Verhalten zu erklären. Der in das Modell integrierte Entwicklungsaspekt mit Bezugnahme auf Entwicklungsaufgaben im Jugendalter und Phasen der besonderen Vulnerabilität erklärt zugleich, warum selbstverletzendes Verhalten meistens im Jugendalter erstmals auftritt“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 84).

5. Typische Erscheinungsformen

5.1 Emotional–instabile Persönlichkeitsentwicklungsstörung

Es lassen sich bei Jugendlichen, wie auch bei Erwachsenen, Merkmale in der Persönlichkeitsentwicklung beobachten. Selbst wenn diese altersentsprechend angepasst werden müssen, kann man einen Zusammenhang erkennen. „Persönlichkeitsstörungstypen sind immer als auf extreme oder überspitzte Weise in Erscheinung tretende Persönlichkeitszüge anzusehen, die jeder bei sich selbst oder bei anderen vorfinden kann. Bei der Betrachtung der verschiedenen Persönlichkeitstypen und deren charakteristischen Merkmalen fallen einem deshalb leicht Personen ein, die diesbezüglich auf die eine oder andere Art als etwas eigenartig oder merkwürdig zu betrachten sind“ (Albert Adam, 2010, S. 44).

5.2 Impulsiver Typus

Die Jugendlichen neigen zu impulsiven Handlungen. Diejenige/derjenige ist nur schwer in der Lage, andauernde Aktionen (ohne eine Belohnung zu erhalten) konstant beizubehalten. Auch die Wahrnehmung des eigenen Körpergefühls ist meist unangemessen. Dies führt oftmals dazu, dass die Jugendlichen nur bedingt in der Lage sind, gefährliche Situationen abschätzen zu können. Jugendliche mit einer emotional–instabilen Persönlichkeitsentwicklungsstörung zeigen oftmals ein ambivalentes Verhalten in ihren Gefühlszuständen. Bereits morgens befinden sich die Betroffenen in „Alarmbereitschaft“. Sie bauen eine innere Spannung auf, welche gefühlsmäßig nicht konkret zugeordnet werden kann. Aus der Perspektive einer anderen Person reicht ein minimaler Stressor aus, um den Jugendlichen zu reizen. Die Anspannungszustände variieren in ihrer Dauer und Qualität. Die Zustände der Spannung können über Wochen andauern und jede negativ empfundene Situation kann zu einer Eskalation des Verhaltens der Person führen. In der Gemeinschaft, z.B. im Schul- und Gruppenalltag, kann ein Ausbruch derart massiv explorativ sein, so dass das Festhalten der Person zur Beruhigung notwendig wird und damit eine Selbst- oder Fremdgefährdung abzuwenden (vgl. Albert Adam & Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 62F). „Bei solche Jugendlichen kommen auch häufig Selbstverletzungen vor, die sich auf

unterschiedlichste Weise zeigen, z.B. in Form von auch Erwachsenen beobachtbarem Ritzen oder Schneiden der Unterarme oder andere Körperteile. Andere neigen zu Zerstörungen von Dingen, die ihnen oder anderen wichtig sind (ein selbst gemaltes Bild, eigene neu erworbene Kleidung oder Lieblingsspielzeug eines andern Kindes). Werden impulsive Handlungen von einer anderen Person unterbunden, so kommt es vielfach zu Streitereien und Konflikten mit dem Betroffenen“ (Albert Adam & Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 63).

5.3 Borderline Typus

Die Beziehungsgestaltung zu den Jugendlichen erweist sich enorm schwer. Die Mädchen und Jungen versuchen eine Beziehung nur solange aufrecht zu erhalten, bis ihre Bedürfnisse gestillt wurden. Die Nähe anderer Personen halten sie nur ganz schwer aus; dennoch wünschen sich die Jugendlichen eine emotional stabile Beziehung zu einer Bezugsperson. Doch ihr Handeln ist oft ambivalent zum Wunsch eine intensive und stabile Bindung aufzubauen. Ein Grund, welchen man hinein interpretieren könnte, ist die Angst verlassen zu werden (vgl. Albert Adam & Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 64). „Das sie zutiefst daran zweifeln, dass sie wirklich liebenswerte und beziehungsfähige Menschen sind, haben sie neben ihre Sehnsucht nach Geborgenheit und Liebe große Angst vor Verletzungen und Enttäuschungen. Es fällt ihnen schwer, zu vertrauen, immer wieder drängen sich Misstrauen und Unsicherheit in ihre Gedanken. Aus diesem Grund kommt es dazu, dass die Beziehungen ein Verhaltensmuster zeigen, das von Kontrolle, ständiger Rückversicherung, Klammer und Bestätigungssucht geprägt ist“ (Damaris Bretzner, 2014, S. 21). Auch nach jahrelangen positiven Beziehungserfahrungen, sei es durch Eltern, Erzieher/in oder durch Partner/in, kommt es zu keiner Änderung in ihrem Handeln und die Jugendlichen sind nicht in der Lage, eine tragfähige Beziehung zu führen (vgl. Albert Adam & Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 64). „ (...) Einerseits machen sich auch hier Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich bemerkbar, andererseits fällt diesen jungen Menschen oft schwer Interessen zu entwickeln, die mit anderen zu teilen wären. Diese Kinder und Jugendliche wissen nämlich oft auch dann nichts mit sich anzufangen, wenn alles Mögliche für den Zeitvertreib zur Verfügung steht.“ (Albert Adam & Monique Breithaupt–Peters, 2010, S. 64).

6. Das Familiensystem in Bezug auf die Entstehung des SVV

In den vergangenen Abschnitten ging ich vorwiegend auf das SVV und dessen Begleiterscheinungen ein. Im Folgenden stelle ich das Familiensystem der Jugendlichen in den Fokus. Damit soll herausgefunden werden, welche Hintergründe und Entstehungszusammenhänge in Verbindung mit SVV und deren Familiensystem besteht.

6.1 Bindungen im Familiensystem

„Bestimmte Kennzeichen der Eltern sowie der Eltern–Kind–Interaktion wirken sich risikoerhöhend auf die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten beider Kindern aus. Eine ungenügende Bindung zu den Eltern im Kindesalter wird von manchen Autoren als eigentliche Grundlage der Störung angesehen (vgl. MacAniff Zila & Kiselica, 2001) oder zumindest als ein Risikofaktor (vgl. Graetz, Conrad & Roemer, 2002). Aber auch im Jugendalter bedroht ein gestörtes Verhältnis zu den Eltern die psychische Gesundheit der Heranwachsenden“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 105). Das Familiensystem lässt sich in drei Subsysteme unterteilen. Zum Einen das sachorientierte System und zum Anderen das Spontansystem. Das sachorientierte System enthält das gesellschaftlich organisierte Regelsystem, welches von der Familie generationsübergreifend weitergegeben wird. Im Bereich des Spontansystems ist die Sympathie und emotionale Bindungen verankert. Dem gegenüber steht das dritte System, das Dominanzsystem, welches Autorität und Dominanz anderer Mitglieder der Familie strukturiert und motiviert (vgl. Witterstätter & Stumpf, 1994, S. 74). Innerhalb einer Familie sind individuelle Bindungsmuster installiert, die bedeutend für die Entwicklung des Kindes sind. Mary Ainsworth und John Bowlby entwickelten im 20. Jahrhundert eine der fundiertesten Theorien der psychischen Entwicklung der Menschen; ein angeborenes Bedürfnis ist, gefühlsintensive Beziehungen zu Mitmenschen aufzubauen. Eine qualitative hochwertige Bindung zu der Mutter oder zu einer anderen Bezugsperson beeinflusst die weitere emotionale wie auch soziale Entwicklung. Bowlby unterscheidet verschiedene Bindungstypen. In den folgenden Abschnitten werden diese kurz angeführt.

Die sichere Bindung.

Als primäre Bindung ist die Regulation von Nähe und Distanz gegenüber der Bezugsperson in einem angemessenen Verhältnis. Kinder zeigen ein deutliches Bindungsverhalten, wenn sie die Trennung von der vertrauten Person nicht akzeptieren und reagieren mit Weinen, Schreien oder auch Klammern. Im Gegenzug reagieren sie mit großer Freude, wenn die Bezugsperson wiederkehrt. Die Kinder suchen einen unmittelbaren Körperkontakt und Trost. Sie können sich, nach kurzer Zeit und mit Zufriedenheit, dem Spiel wieder zuwenden. Selbstvertrauen wie auch Frustrationstoleranz sind Eigenschaften, die eine stabile Bezugsperson mitbringt. Auch Respekt und Empathiefähigkeit in einem hohen Maß sind Eigenschaften, die die Selbstreflexion der Bezugsperson befähigt, um eine stabile Bindung offerieren zu können.

Die unsichere vermeidende Bindung

Bei einer Trennung von der Bezugsperson zeigen die Kinder kein deutliches Bindungsverhalten. Oftmals wird das Verhalten als „pflegeleicht“ fehlinterpretiert. Klinische Untersuchungen haben festgestellt, dass solche Kinder unter höherem Stress standen; die Herzfrequenz zeigte eine erhöhte Funktion. Der Stressreiz bleibt auch nach Beendigung der Trennung weiterhin bestehen. Die Bedürfnisse nach Geborgenheit, Trost wie auch Beruhigung können die Mütter dieser Kinder nicht ausreichend geben. Dennoch empfinden die Mütter die kindliche Anhänglichkeit, als positiv. Die Kinder zeigen bei der Rückkehr der Bezugsperson eine ablehnende Haltung und möchten nicht getröstet werden.

Die unsichere ambivalente Bindung

Bei Trennung von der Mutter (oder auch einer anderen Bezugsperson) reagieren die Kinder mit einem unklaren und wechselhaften Bindungsverhalten. Es äußert sich in einem aggressiven, abweisenden oder klammernden Verhalten gegenüber der Bezugsperson. Die Kinder beruhigen sich nur schwer und können sich auch nach längerer Zeit nicht wieder selbstständig dem Spiel zuwenden. Oftmals kann die Mutter

dem Kind in Bedrohungs- und Stresssituationen keinen Schutz gewähren oder es beruhigen. Das Verhalten der Eltern zeigt sich ebenso ambivalent wie das der Kinder. In einem Moment handeln die Eltern mit Überfürsorge und in der nächsten Situation mit Zurückweisung. Dabei sind sie emotional nur teilweise verfügbar. Eine dauerhafte Erinnerung an ihre eigene Kindheit wirkt prägend auf das eigene Kind.

Die desorganisierte Bindung

Die Kinder zeigen ein widersprüchliches, sowie auch ein desorganisiertes Verhalten. Sie haben gleichzeitig das Verlangen nach Nähe und Distanz. Des Weiteren sind die Kinder nicht an eine Bezugsperson orientiert. Sie laufen einerseits auf ihre Mutter zu und andererseits bleiben sie plötzlich auf dem Weg stehen. Das Bindungsverhalten ist aktiviert, weist aber auf eine Unterbrechung hin; es erscheinen keine eindeutigen und konstanten Verhaltensweisen. Kinder, die Vernachlässigung, Misshandlung oder auch Missbrauch erfahren haben, zeigen häufiger desorganisierte Bindungsmuster. Die Eltern oder die Bezugspersonen von deren Kindern sind meist selbst durch traumatische Erlebnisse belastet. Der Verlust einer eigenen Bindungsperson oder seelische oder/und körperliche Verletzung können die Eltern selbst betreffen. Dadurch sind die Eltern immer in einem angespannten Verhältnis den Kindern gegenüber, da sie das eigene Erleben auf die Kinder projizieren. Diese haben das Gefühl in ständiger Alarmbereitschaft sein zu müssen (vgl. Gerhardt Nissen, 2002, S. 58-62). Kinder mit Bindungsstörungen stammen häufig aus disharmonisch, vernachlässigenden, »kulturarmen« Familien. Die Vernachlässigung von Kindern ist eine besonders häufige Form der Kindesmisshandlung, obgleich sie ein Straftatbestand ist (§§ 270 d, 223 b StGB) (vgl. Gerhardt Nissen, 2002, S. 70).

6.2 Gewalt in der Familie

„Die häufigsten Misshandlungsformen sind Schläge mit der flachen Hand oder der Faust, Schläge mit Gegenständen (z.B. Gürtel) und grobes Anpacken und Kneifen“ (Tskoko & Guddat, 2014, S. 12). „Bei vielen Betroffenen waren die Eltern emotional nicht erreichbar oder in ihrer Elternrolle überfordert, so dass die Kinder früh die Elternrolle übernehmen mussten (Parentifizierung). Sachsse schildert mehrere Fälle

psychisch kranker Mütter, bei denen die Töchter die Führung des Haushalts übernehmen mussten und sich für den späteren Suizid der Mutter verantwortlich fühlten. Aber auch „Overprotection“ (Überbehüten) durch die Eltern, für Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse kann seelische Misshandlung bedeuten.“ (Ackerman, 2007, S. 32f) „Für sie scheint es selbstverständlich, die Verhaltensmuster, die sie als Kind und Jugendliche in ihrer Familie erlernt haben, im Konflikt mit Altersgenossen oder auch später einmal gegenüber ihren eigenen Kindern als »Erziehungsmaßnahme« anzuwenden“ (Tskoko & Guddat, 2014, S. 25). „Gerade im Jugendalter gehen die Eltern davon aus, dass ihre Kinder besseres Verständnis für Trennungen oder Konfliktsituationen aushalten können. Jedoch gerade die Jugendlichen häufig in einem massiven Loyalitätskonflikt. Nicht nur die Trennung der Eltern steigern das Konfliktpotential, sondern auch wenn die Eltern einen neuen Partner als Lebensgefährten vorstellen. Der- oder diejenige muss sich an einer neuen Bezugsperson gewöhnen und evtl. auch an einen anderen Erziehungsstil“ (Kaess, 2012, S. 66f).

6.3 Traumatische Erlebnisse

Die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche sich selbst verletzen, erhöht sich durch traumatische Ereignisse. Die Erfahrungen resultieren meist aus Trennungs- und Verlusterleben, die vor dem zehnten Lebensjahr gemacht werden. Sexuelle oder körperliche Gewalt durch eine bekannte Person zu erfahren wie auch der Tod von einer Person, die einem nahe steht, zählt ebenfalls zu solchen traumatischen Erlebnissen. Peterman und Nitkowski unterscheiden zwei Arten von traumatischen Erlebnissen. Zum Einen die indirekte Traumatisierung, das Miterleben wie eine nahestehende Person direkt oder indirekt verletzt wird, kann mit großer Wahrscheinlichkeit zum selbstverletzenden Verhalten junger Menschen beitragen. Zum Anderen beschreiben Peterman und Nitkowski multiple Traumatisierungen. Die Besonderheit bei diesen Personen liegt darin, dass sie nicht nur eine traumatische Erfahrung gesammelt haben. In ihrem Lebenslauf fanden mehrere Ereignisse statt. Als Beispiele hierfür werden Trennungen, Missbrauch, Krankheiten oder auch Operationen und Gewalt genannt. Durch das Auftreten mehrerer Ereignisse, kommt das eigene Bewältigungspotenzial an seine Grenzen. Daher besteht ein erhöhtest Risiko für die Entstehung des Störungsbildes (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 111f). „Im Zustand der Traumatisierung wird

ein Mensch überflutet von Affektstürmen, differenziert, konfus oder heftig widersprüchlich sind, so daß Gefühle von Todesangst, Ekel, Schmerz, Scham, Verzweiflung, Demütigung, Ohnmacht und Wut gleichzeitig oder in raschem Wechsel durchlitten werden“ (Sachsee, 2008,S. 46).

6.4 Seelische Misshandlung

Stefanie Ackermann vergleicht in ihrer Aussage (nach Trube-Becker), dass sich seelische Misshandlungen äußern durch „Einsperren, Töten eines geliebten Tieres, Alleinlassen in der Wohnung, Beschimpfen und Demütigungen, Anbinden an ein Möbelstück, während das Kind allein in der Wohnung zurückgelassen wird, häufiges Miterleben elterlicher Auseinandersetzungen, Liebesentzug, zurückgesetzt werden gegenüber Geschwistern, Isolation durch Krankheiten eines Elternteils oder durch eigene Behinderung, Fehlen von Zeit und Gesprächsbereitschaft für das Kind“ (Ackermann, 2007,S. 32).

6.5 Körperliche Misshandlung

Unter physischer Kindesmisshandlung werden körperliche Verletzungen (die bis zum Tod führen können) verstanden, die durch Gewalthandlungen zugefügt werden. Auf Grund des Machtgefälles fühlt sich das Kind oder auch der/die Jugendliche der Situation ausgeliefert und kann die Eltern oder auch andere Personen nur schwer einschätzen. Zwischen körperlicher und seelischer Misshandlung besteht ein enger Zusammenhang. Bei beiden Phänomenen fühlt sich die betroffene Person in ihrer Existenz bedroht.

6.6 Sexueller Missbrauch

Stefanie Ackermann definiert nach Banger und Deegener, dass „(...) sexueller Missbrauch an Kindern als jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht oder Autoritätsposition aus, um seine eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu

befriedigen.“ (Ackermann, 2007, S. 33). Franz Petermann und Sandra Winkel berichten, dass sexueller Missbrauch einer der vielleicht wichtigsten Faktoren für die Entwicklung des selbstverletzenden Verhaltens ist (vgl. Petermann & Winkel, 2005, S. 94). „Intensive Schamgefühle führen bei den Missbrauchsopfern dazu, dass sie sich selbst ablehnen und versuchen, sich zu bestrafen – zum Beispiel durch selbstverletzendes Verhalten“ (Petermann & Winkel, 2005, S. 95). In verschiedenen Studien werden Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und dissoziativen Störungen benannt. Wiederum erkennt man ein Zusammenspiel zwischen Dissoziation (das Gefühl von Leere oder Unwirklichkeit) und SVV, somit kommt es zu einer Überlagerung der verschiedenen Faktoren. Dennoch konnte in der Vorgeschichte der betroffenen Personen kein signifikanter Bezug zwischen SVV und sexuellem Missbrauch festgestellt werden (vgl. ebd.) Um einen umfangreicheren Einblick zu Dissoziation zu erhalten, geht die Autorin im Punkt 7.1.5 auf anti-dissoziale Effekte ein.

7. Nutzen und Sinn des selbstverletzenden Verhaltens

Das selbstverletzende Verhalten kann eine vielschichtige Sinnhaftigkeit für Jugendliche in der Phase der Adoleszenz haben. In dieser Phase kommt es zu häufigen Verwirrungen bei den Jugendlichen. Dabei besteht die Möglichkeit, dass das selbstverletzende Verhalten zur Identitätsfindung dient. Ebenfalls kann dies als Strategie dienen, sich selbst als Mensch greif- und fühlbar zu erleben. Diese Form des selbstverletzenden Verhaltens könnte auf junge Menschen, die ihren Platz in der Gesellschaft noch nicht gefunden haben, zutreffen. Dabei grenzen sie sich bewusst von der Masse der Bevölkerung ab. Die Selbstverifikationstheorie sagt aus, dass die eigene Einstellung zum „Selbst“ maßgeblich für die Selbstschädigung ist (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 74). „Bewertungen, die mit der eigenen Einstellung kongruent sind, werden selbst dann bevorzugt, wenn diese Einstellungen negativ sind. Jemand, der sich als wenig kompetent einschätzt, wird zum Beispiel Kritik an seiner Leistung eher akzeptieren als ein unerwartetes Lob. Selbstverifikationstheorie dienen dazu, eine verlässliche und kohärente Beschreibung der eigenen Identität aufrechtzuerhalten, auch wenn dieses Bild nicht selbstwertdienlich ist“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 74f).

7.1 Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens

Für die betroffenen Jugendlichen hat das selbstverletzende Verhalten verschiedene Funktionen. Das bedeutet, dass diese bestimmte oder auch mehrere Aufgaben in der Lebensbewältigung der jungen Menschen haben. Je nach Situation können die Funktionen unterschiedlich sein und die daraus entstehende Dynamik sich im zeitlichen Verlauf verändern (vgl. Ackermann, 2007, S. 39).

7.1.1 Affektregulation

Die Affektregulation ist die am häufigsten untersuchte Funktion, da sie wahrscheinlich auch die häufigste Form des SVV ist. Jugendliche leiden oftmals an schwer kontrollierbaren Stimmungseinbrüchen und nutzen die Selbstverletzung als Erleichterung in akut negativ geprägten Stimmungslagen oder zur Spannungsreduktion. Akute Lebensereignisse, psychische Erkrankungen oder Depressionen und besonders Borderline-Störungen können die stark negative Handlung auslösen. Somit kann Selbstschädigung als maladaptive Strategie für Emotionsregulation benannt werden (vgl. Kaess, 2012, S. 73). „Damit ist die Fähigkeit gemeint, die eigenen Gefühle gemäß der Erfordernisse der Situation angemessen zu kontrollieren, sie in angemessener Form zu bewältigen und ihren Ausdruck den jeweiligen sozialen Darbietungsregeln anzupassen. Defizite bei der Emotionsregulation stellen entscheidende Risikofaktoren für die Entwicklung verschiedener psychischer Störungen dar“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 67, Zitat nach Petermann & Widebusch, 2008). „Daher wird übereinstimmend angenommen, dass selbstverletzendes Verhalten von den Betroffenen in sehr vielen Fällen dazu eingesetzt wird, um unzureichende eigene Kompetenzen bei der Gefühlsregulation zu kompensieren. Selbstverletzendes Verhalten stellt demnach eine Strategie dar, um unangenehme Gefühlszustände und Anspannung zu beenden, positive Gefühlszustände herbeizuführen und das Gefühl der Kontrolle über die eigenen Emotionen wiederzugewinnen“ (Petermann & Winkel, 2005, S. 61)

7.1.2 Selbstbestrafung

Das Phänomen SVV wird oftmals als Funktion der Selbstbestrafung eingesetzt. Im Vordergrund stehen die Gefühle der Jugendlichen, die sie in Form von Schuld und Wut gegen sich selbst richten. Ein besonderes Charaktermerkmal ist, dass die jungen Menschen ein niedriges Selbstwertgefühl haben (vgl. Kaess, 2012, S. 74). „Schuldgefühle können auch dann entstehen, wenn Menschen im Laufe der Zeit immer wieder die Erfahrung machen, dass ihre Gefühle von wichtigen Bezugspersonen nicht erwünscht und nicht akzeptiert werden, ohne dass es gelingt, diese unerwünschten Gefühle zu unterdrücken. Dieser Prozess wurde von Linehan (1996) als so genannte Invalidierung beschrieben und gilt als ein verursachender Faktor für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die häufig mit selbstverletzenden Verhalten einher geht“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 73 vgl. nach Abschnitte 5.3.1 und 8.5). Da durch die Selbstbestrafung die Schuldgefühle kompensiert werden sollen und dennoch ein Gefühl, das mit Scham besetzt ist, eintritt, entsteht ein Kreislauf, der nur schwer unterbrochen werden kann. Man betrachtet dies meist als eine »pervers« besetzte Handlung (vgl. Ackerman, 2007, S. 43).

7.1.3 Interpersonelle Beeinflussung

Die soziale Beeinflussung des Umfeldes der Jugendlichen ist ein bedeutender Aspekt für die Entstehung oder auch für die nicht Entstehung von selbstverletzendem Verhalten. Durch aufmerksame und unterstützende Freunde können prekäre Situationen vermieden werden. Meist kommt erst ein Austausch zustande, wenn eine vertraute Basis zu der Person geschaffen wird. Der Betroffene sieht oftmals in seinem Umfeld eine soziale Manipulation und dies ist der Anlass für das selbstverletzende Verhalten (vgl. Kaess, 2012, S. 76). „Selbstverletzende Verhalten kann ähnlich wie suizidales Verhalten ein mächtiges Mittel darstellen, um andere Personen im Sinne der eigenen Interessen zu beeinflussen. Die Vorstellung, für körperliche Versehrtheit eines Menschen verantwortlich zu sein, erzeugt starke Schuldgefühle und wirkt daher als Druckmittel. Auf diese Weise können Menschen mit selbstverletzenden Verhalten erreichen, dass wichtige Bezugsperson sie nicht verlassen, nach einer Trennung zu ihnen zurückkehren oder in einem Konflikt nachgeben“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 79).

7.1.4 Interpersonelle Beziehungen

Das selbstverletzende Verhalten innerhalb einer Peer-Group kann ein Ausdruck der Gemeinschaft, wie auch der Darstellung der Identität der jungen Mädchen und Jungen sein. Dennoch hat das Phänomen innerhalb einer Gruppe einen ansteckenden Charakter. Oftmals gibt es in Schulklassen oder innerhalb einer Schule ganze Cliques, die sich dem selbstverletzenden Verhalten zugewandt haben. Das Ziel dieser Gruppen besteht darin, gemeinsam ihre Erfahrungen austauschen zu können, gegenseitiges Verständnis entgegen zu bringen und eine Basis der Zusammengehörigkeit zu schaffen. Daraus hat sich auch eine Jugendszene entwickelt, die sogenannten Emo (Emotional Hardcore). Diese Gruppen charakterisieren sich durch verstärktes Zulassen von Emotionen, Trauer und Verzweiflung, wie auch die Auseinandersetzung mit politischen und zwischenmenschlichen Themen. Seit dem Jahr 2000 werden die Emos als jugendkulturelles Modephänomen bezeichnet. Mit deren Musikrichtung Emocore hat sich zu dieser Zeit eine neue Jugendbewegung in unserer Gesellschaft integriert. Nicht der Kleidungsstil oder die Musikrichtung der Jugendlichen ist die Ursache des selbstverletzenden Verhaltens, dennoch erleichtert dieser Lebensstil den Zugang zu der Szene und auch das selbstverletzende Verhalten. In der Gemeinschaft fühlen sich die jungen Menschen besser angenommen und vor allem besser verstanden (vgl. Kaess, 2012, S. 77). „In solch einer Gruppe nimmt das Verhalten rituellen Kult an. Sie begründen ihr Handlungen damit, dass sie keine Außenseiter sein wollen. Da aber diese Handlungen nicht von der allgemeinen sozialen Gemeinschaft akzeptiert wird, sondern nur in kleinen Gruppen praktiziert und gelebt wird, erscheint es angemessen zu sagen, dass das Verhalten als pathologisch einzuschätzen ist“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 80). „Manche Jugendliche betreiben Selbstverletzungen zu Abgrenzung gegenüber ihrer Mitmenschen. Dieses Verhalten und die daraus resultierenden sichtbaren Narben unterscheiden sie von Anderen und geben ihnen ein Gefühl von Unabhängigkeit und Autonomie“ (Kaess, 2012, S. 77).

7.1.5 Anti-dissoziale Effekte

Besonders bei dem Erleben posttraumatischer Erkrankungen, wie auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung, wird im Rahmen des SVV ein anti-dissoziale Effekt

beschrieben. Nach dem DSM–IV wird der anti–dissoziale Effekt als eine integrative Unterbrechung der Funktion des Bewusstseins, Gedächtnisses, Identität beziehungsweise der Wahrnehmung von der Umwelt definiert (Kaess, 2012, S. 77f). In der Studie von Nixon gaben 40,5% der befragten Jugendlichen an, dass dieses Motiv ein Anlass für die selbstverletzenden Handlungen sei. Nach den Aussagen der Betroffenen ist das dissoziative Symptom während der Phase der Verletzung am stärksten und im Anschluss der Verletzung reduziert. Dies belegt die Vermutung, dass die Selbstschädigungen (bewusst wie auch unbewusst) gezielt benutzt werden, um den Zustand der Dissoziation zu beenden. Dass Verletzen des Körpers wird als starker Reiz empfunden und lenkt somit die Aufmerksamkeit auf die körperlichen Empfindungen (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015,S.76f). „Bei der Dissoziation handelt es sich um ein vielgestaltiges Phänomen, in dem es zu einer teilweise oder völligen Verlust von psychischen Funktionen kommen kann. Mögliche betroffene Bereiche sind das Erinnerungsvermögen, eigene Gefühle oder Empfindungen (Schmerz, Angst, Hunger, Durst,...), die Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung, sowie die Kontrolle von Körperbewegungen“ (Kaess, 2012, S. 78). Haben Menschen ein Trauma erlebt, kann es häufig dazu kommen, dass diese Person einem Reiz ausgesetzt ist und dies mit der erlebten Situation verbindet. Diese Reize lösen meistens ein nicht verarbeitetes Gefühl aus. Die Reize können Gerüche, wie auch Geräusche sein, sie werden als sogenannte „Trigger“ bezeichnet. Die Dissoziation wirkt als ein Schutzmechanismus. Dennoch wird das Gefühl der emotionalen Betäubung als quälend, wie auch als unerträglich beschrieben. Die Betroffenen fühlen sich selbst wie lebende Tote. Durch die Selbstverletzung wird die Situation entschleunigt. Um sich selbst zu spüren, setzen die betroffenen Personen eine langanhaltende Methode für das Schmerzempfinden ein und versuchen damit den inneren Schmerz nicht spüren zu müssen (vgl. Ackermann, 2007, S. 40f).

7.1.6 Suizidalität

Antiaggressive Handlungen können als eine Prophylaxe gegen Suizidalität gesehen werden. Das selbstverletzende Verhalten soll narkotisierend und betäubend wirken, damit anspruchsvolle Aufgaben im Alltag erreicht werden können (vgl. Ackermann, 2007, S. 44). Man benennt die Selbstverletzung als einen anti–suizidalen Effekt (vgl. Kaess, 2012, S. 7).

7.1.7 Sensation seeking

Ähnlich wie S-Bahn-Surfen kann dieses Verhalten als Risikoverhaltensweise angesehen werden. Mit Hilfe der Selbstverletzung werden Aufregung und Hochgefühle hervorgerufen, die als sogenannter „Kick“ bezeichnet werden.

7.2 Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten, die Flucht in Abwehrmechanismen

Die Aufgabenbewältigung und funktionierende Problemlösungsfähigkeiten werden von Jugendlichen oft als unreife oder auch starre (frigide) Abwehrmechanismen eingesetzt. Mit diesen Mechanismen versuchen die jungen Menschen mit ihren Belastungen des Alltags umzugehen, was ihnen jedoch oft nicht gelingt. Typische Arten von Abwehrmechanismen sind z.B. Verleugnung, Spaltung, Abwertung sowie Projektion und Ausagieren. Meistens haben es Eltern, Lehrer oder Erzieher Verständnisprobleme, wenn von Jugendlichen die eigene Schuld und Verantwortung für ihre Verfehlungen oder ihr Problemverhalten sowie jegliche eigene Beteiligung an der Situation verleugnet wird (vgl. Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 34). „Ebenso können Kinder und Jugendliche über Abwehrmechanismen der Spaltung sich selbst, aber auch ihre Mitmenschen oder die Erziehungsperson und Teile ihrer Umwelt oft als entweder nur »gut« oder nur »böse« wahrnehmen. In dem einen Moment idealisieren sie sich selbst oder eine andere Person in ihrem Umfeld und machen sie zur »Allerbesten«. Auch eine Stadt, in der man sich alles erhoffen zu können glaubt, kann glorifiziert werden, während die Stadt, in der man gerade wohnt, durch eine Atombombe vernichtet werden sollte. Diese Einstufung könnte jedoch ganz plötzlich aus geringen Anlässen heraus in das Gegenteil umschlagen“ (Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 34). „Kinder und Jugendliche mit frühen Störungen, mit Schwächen in der Ich-Bildung, brüchigen Selbstwerterlebens und noch nicht ausdifferenzierter und stabiler Beziehungsfähigkeit neigen häufig dazu, ihre innere Spannung auszuagieren bzw. impulsiv im Umfeld abzureagieren. Bei Erwachsenen mit Borderline-Störung und narzisstischen Störungen tritt das Agieren ebenfalls gehäuft auf“ (Adam & Breithaupt-Peters, 2010, S. 35).

8. Abgrenzung zur Suizidalität

In der Gesellschaft ist oftmals der Gedankengang manifestiert, dass SVV mit suizidalem Verhalten einhergeht. Wird ein Mädchen oder ein Junge mit selbst zugefügten Wunden eingeliefert, wird nicht zwangsläufig ein Unterschied in der Wundversorgung gemacht. Psychische Belastungsfaktoren bleiben nach der reinen Wundversorgung oft unberücksichtigt und führen zur vorzeitigen Entlassung des Patienten. Dies geschieht nicht bei Mädchen und Jungen, die suizidale Gedanken haben. Die Entlassung kann dann nur erfolgen, wenn sichergestellt ist, dass keine unmittelbare Suizidgefährdung vorliegt. Beim Vorliegen einer akuten Suizidgefährdung, kann es zu einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik auch gegen den Willen des Betroffenen kommen. Die rechtlichen Voraussetzungen hierfür sind das Vorliegen einer fachärztlichen Stellungnahme und ein richterlicher Beschluss gemäß § 1631b BGB. Jedoch bedarf es anschließend einer beratenden oder therapeutischen Maßnahme (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 44). Laut verschiedener Studienbefunde lassen sich zwischen SVV und suizidalem Verhalten mehrere Zusammenhänge feststellen. Die Befunde weisen nach, dass die Hälfte aller betroffenen Personen mit SVV auch suizidal ist (vgl. Petermann & Nitkowski, 2015, S. 44f). „Pearce und Martin (1994) stellt anhand einer Längsschnittstudie an Jugendlichen fest, dass SVV ein Hinweis auf spätere Suizidversuche ist. In der Studie von Nixon et. al (2002) berichten 27 (64,3%) der 42 befragten Jugendlichen über fast täglich auftretende Suizidgedanken. 31 Jugendliche (73,8%) hatten in den letzten sechs Monaten wenigstens einen Suizidversuch unternommen“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 45). Daher sprechen viele Argumente und verschiedene Befunde für eine Gemeinsamkeit zwischen Suizidalität und SVV (vgl. Kaess, 2012, S. 25). „Trotz aller Gemeinsamkeiten zeigen klinische Erfahrungen, aber auch empirische Befunde, dass Selbstverletzungen und Suizidalität sowohl in der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen als auch im Hinblick auf die Belastung mit kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Symptomen zwei voneinander getrennte Phänomene darstellen. Selbstverletzendes Verhalten wird im Gegensatz zum Suizidalversuch nicht mit der Absicht zu sterben durchgeführt, sondern häufig mit dem Ziel, Stressbelastungen zu ertragen und das eigene psychische Wohlbefinden zu erhöhen“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 45, Zitat nach, Favazaa, 1998; Petermann & Winkel, 2007a). „So zeigte sich in einer US-amerikanischen Internetbefragung bei 2.875 Studenten zwischen 18 und 24 Jahren ein deutlicher Zusammenhang zwischen der

Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität; gleichzeitig wiesen aber 60 Prozent der Studenten mit selbstverletzendem Verhalten keine Suizidalität auf“ (Kaess, 2012, S. 26, Zitat nach Whitlock & Knox, 2007).

9. Selbstverletzendes Verhalten - ein Indiz für eine Borderline- Persönlichkeitsstörung

Unter Berücksichtigung der Komplexität der Borderline-Persönlichkeitsstörung, kann ich im Folgenden ausschließlich auf die, für die Bearbeitung des Themas wesentlichen, Grundlagen eingehen.

9.1 Begriffsexplikation

„Der Name Borderline (Grenzlinie) entstammt der ursprünglichen Vorstellung, bei dem Störbild handelt es sich um eine »Grenzpsychose«, also eine Störung, die zwar keine Psychose ist, aber schnell in eine solche umschlagen kann (Baierl, 2010, S. 291) Die häufigste psychische Erkrankung die in Beziehung zu den selbstverletzenden Verhalten steht ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Erwachsenenalter nach dem DSM-IV wie auch nach dem ICD-10 definiert (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders) wird BPS als eigenständiges Störbild in Kategorie C eingeordnet. Ebenfalls gehört zu diesen Störungstyp die Antisoziale, historischen und die narzisstische Persönlichkeiten. Die Personengruppe wird häufig als emotional, launisch und las dramatischer Charaktertyp angesehen“ (Adam, 2010, S. 60F). Wie bereits unter dem Punkt fünf erwähnt, unterscheidet man zwischen zwei Typen. Der ICD-10 bezeichnet die BPS ebenfalls als eine eigene Persönlichkeitsstörung. Charakteristische Merkmale wie z.B. instabile zwischenmenschliche Beziehungen, permanente Verunsicherung im eigenen Selbstbild, Angstzustände und erhöhte Impulsivität sind in dem ICD-10 aufgeführt (vgl. Adam, 2010, S. 410). „Im fortgeschrittenem Kindes-und Jugendalter kommen neben der »stabilen Instabilität« häufig vor: selbstverletzendes Verhalten (Automutilatio), impulsiven Verhalten (Delinquenz, Drogen, Dissozialität), massive Entscheidungskonflikte (Schule, Beruf, Partner), suizidale Drohungen und Handlungen, affektive Störungen (Dysphorien, Leeregefühl, Angst), schwere

dissoziative Symptome und unangemessene Wutanfälle und Erregungszustände. Die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nach der ICD–10 vor dem 16. oder 17. Lebensjahr »wahrscheinlich unangemessen«; nach dem DSM–IV muß die Borderline–Symptomatik vor dem 18. Lebensjahr mindestens ein Jahr lang bestanden haben“ (Nissen, 2002, S. 410). „Das grundsätzliche Problem der Bestimmung der Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz besteht in der Forderung der Klassifikation nach einem stabilen und überdauernden Muster von Persönlichkeitsmerkmalen. Diese Forderung stellt bei der Diagnosestellung ein großes Problem dar, da von vielen Autoren »Persönlichkeit als stabiles Konstrukt Kindesalter« generell bezweifelt wird“ (Kaess, 2012, S. 43; Zitat nach Schmitz,1999).

9.2 Verlauf und Äußerung

„Die normale psychische Entwicklung in der Adoleszenz ist regelmäßig gekennzeichnet von Unruhen und Unlust, Reizbarkeit und Ratlosigkeit die für die Umgebung durch aggressiv-feindselige oder passiv-resignierende Dauereinstellung und jäh Umschwünge von hypomanischen zu subdepressiven *Verstimmungszuständen* nur schwer zu ertragen sind. Unberechenbarkeit, Unverlässlichkeit und innere Disharmonie gehören zum Bild des sich normal entwickelnden Jugendlichen, genauso wie das Weiterbestehen von innerem Gleichgewicht und Harmonie während der Pubertät Kennzeichen eine abnorme Entwicklung einer »pathologische Normalität« sein kann“ (Nissen, 2002, S. 326). Verschiedene Autoren beschreiben, dass der Entwicklungsbeginn der Symptomatik in der frühen Adoleszenz stattfindet und die ersten Störungen bereits im Grundschulalter zu beobachten sind (vgl. Kaess, 2012, S. 43F). Die Äußerungen der BPS sind, genau wie bei selbstverletzendem Verhalten, sehr vielfältig. Viele betroffene Personen streben nach der Erfüllung ihrer Gefühle der Nähe, Geborgenheit und Versorgung, welche sie in ihrer Kindheit nicht erhalten haben. Dennoch bekommen sie Angstzustände, dass sie die Personen wieder verlieren könnten. Sie zweifeln zutiefst daran, selbst liebenswert zu sein und stellen ihre Beziehungsfähigkeit infrage. Das ständige Kontrollieren, die Rückversicherung, Klammern sowie Bestätigung suchen, prägt den Inhalt ihrer Beziehung. Oftmals kommt es dazu, dass die betroffene Person eine Opferrolle einnimmt und ihrem Partner vorwurfsvoll gegenüber steht. Häufig neigen die von BPS betroffenen Personen die

Welt in einem schwarz-weiß Denkmuster zu unterteilen. Es verleiht ihnen das Gefühl der Sicherheit und sie sind der Meinung, genau zu wissen was sie tun. Dabei können Zwischentöne der Irritation hervorgerufen werden. Menschen werden in Freunde oder Feinde eingeteilt, Einstellungen und Meinungen werden als richtig oder absolut falsch betrachtet. Menschen die von BPS betroffen sind, können Ambivalenzen nur schwer ertragen, da es für sie eine massive Unsicherheit bedeutet. Hinzu kommt, dass die Betroffenen nicht oder nur schwer in der Lage sind, ein stabiles Selbstbild zu entwickeln. Sie leiden unter tiefen Selbstzweifeln, Ängsten und Argwohn. Selbstzweifel können unter diesen Bedingungen zu unbarmherziger Selbstkritik bis hin zu Selbsthass reichen. Dennoch fällt es ihnen schwer Gefühle zu benennen und zu erkennen. Hinzu kommt, dass viele Betroffene einen Zustand der inneren Leere empfinden, und sie dieses in Form von Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch kompensieren. Das selbstverletzende Verhalten in Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird als Flucht aus einem seelischen Notzustand bezeichnet. Es soll damit eine Ablenkung wie auch eine kurzfristige seelische Erleichterung erzielt werden. Der seelische Schmerz soll von dem körperlichen Schmerz übertönt werden (vgl. Bretzner, 2014, S. 10-29).

9.3 Parallelen zum selbstverletzenden Verhalten

„In der Allgemeinbevölkerung, aber auch der klinischen Praxis, wird Selbstverletzung häufig sofort mit dem Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung assoziiert. Es ist jedoch ein weit verbreiteter Fehler bei einem Vorliegen von selbstverletzenden Verhalten direkt auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu schließen. Obwohl selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter in hohem Maß mit der Borderline-Störungen assoziiert ist (Lieb et al., 2004; Nock et al., 2006), gibt es dennoch viele andere Störungen oder Probleme, die im Jugendalter mit Selbstverletzungen einhergehen können“ (Kaess, 2012, S. 42) Hingegen zu Kaess stellt Plaßmann fest, dass selbstverletzendes Verhalten als eine Untergruppe von der Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen werden kann. In den Leben der Menschen geht es vorwiegend um unklare oder nicht vorhandenen Grenzen, gleichzeitig deutet die Diagnose auf eine Grenzstörung zwischen Neurosen und Psychosen hin. Nach den DSM-IV Kriterien besteht ein enger Bezug zwischen der Borderline-

Persönlichkeitsstörung und selbstverletzendem Verhalten. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungshandlungen sind Bestandteile von Kriterien, bezüglich des Verhaltens einer betroffenen Person. Hinzu kommt, dass der Zusammenhang der traumatischen Erfahrung in der Kindheit und der Adoleszenz eine weitere Rolle spielt. Stefanie Ackermann beschreibt, dass daher ein enger Zusammenhang zwischen posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht, so dass man davon ausgeht, dass die Symptomatik auch als Traumafolgestörung verstanden werden kann. So besteht die Wahrscheinlichkeit, dass in naher Zukunft das selbstverletzende Verhalten als eine »komplexe chronifizierte Posttraumatische Belastungsstörung« beschrieben werden kann (vgl. Ackermann, 2007, S. 21Ff). „Alle wichtigen psychodynamischen Prozesse, Abwehrversuche und Symptombildungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind somit auch als Traumafolgen verstehbar und konzeptualisierbar“ (Sachsee, 2008, S. 49). „Zudem besteht eine Zurückhaltung bei der Diagnosestellung, um eine Stigmatisierung des Kindes oder Jugendlichen zu vermeiden. Das Paradoxum wird schnell deutlich, wenn auch die Befürworter der Borderline-Diagnose im Kindes und Jugendalter die Klassifikationssystem zu ihrer Argumentation nutzen“ (Kaess, 2012, S. 43). Untersuchungen weisen darauf hin, dass Kriterien der BPS im Erwachsenenalter wie auch bei älteren Jugendlichen Übereinstimmungen aufzeigen.

10. Konsequenzen für die Soziale Arbeit

„In der Pädagogik und der Therapie geht es um Veränderung. Die Klienten wollen oder sollen durch die Begleitung der professionellen Helfer anders denken, fühlen, erleben und handeln als früher. In der Regel kommen Jugendliche in den Genuss von Hilfe, wenn sie innerhalb unseres Gesellschaftssystems auffällig geworden sind. Dann bestimmen die Erwachsenen - unter teilweiser Beteiligung des Jugendlichen - einen Hilfebedarf“ (Baierl, 2010, S. 55). „Da diese Veränderungen jedoch mit sich bringen, dass der Zugang zur sozialen Rolle erschwert werden kann, besteht insbesondere für die Arbeit mit Jugendlichen hier eine besondere Herausforderung. In Jugendzentren sollte diesbezüglich darauf geachtet werden, dass sie allen jungen Menschen in der Umgebung zugänglich sind und nicht nur Treffpunkte für einige Cliques werden. Die dort

arbeitenden Sozialarbeiter können Vorbildfunktionen übernehmen und in Gespräch lebenspraktische Beratung bieten“ (Bretzner, 2014, S. 62). Ein weiteres Handlungsfeld der Sozialen Arbeit besteht in der Schulsozialarbeit. In diesem Arbeitsfeld kann der/die Sozialarbeiter/in nicht nur präventiv wirken, sondern Öffentlichkeitsarbeit im Zusammenhang mit Jugendlichen leisten. Hinzu kommt, dass der/die Sozialarbeiter/in in der Lage ist, dass die Lehrerschaft einen Perspektivwechsel aus der Sicht der Schüler entwickelt. Der Fokus sollte demzufolge nicht nur auf den Leistungen der Schüler/innen liegen, sondern es sollte auch ein Augenmerk auf die Befindlichkeiten, wie auch eventuelle pathologische Verhaltensweisen gelegt werden (vgl. Bretzner, 2014, S. 62). Junge Menschen mit komplexen Problemkonstellationen benötigen jedoch enorm belastbare und pädagogisch auf sicheren Füßen stehende Erzieher und Lehrer und erst recht starke Eltern. Letztere bräuchten eigentlich Berater, die ihnen helfen in pädagogischer Bedrängnis die richtigen Einsichten zu gewinnen, erzieherische Handlungsmodelle zu finden und schließlich auch, um erzieherisch standhalten zu können (Adam, 2010, S. 110). „Die Komplexität der Störung erfordert daher eine Behandlung durch gut ausgebildete und erfahrene Kräfte. Auch unter professionellen Helfern besteht jedoch teilweise noch Informationsbedarf zu dieser Störung“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 201).

10.1 Aufgaben der Sozialen Arbeit

„Wer mit einem psychisch gestörten Jugendlichen arbeitet, sollte entweder genügend Fachwissen für diese Arbeit mitbringen oder zumindest dazu bereit sein, sich so rasch als möglich in die spezifischen Bedürfnisse des ihm anvertrauten Jugendlichen einzuarbeiten. Werden unterschiedliche Jugendliche in derselben Wohneinheit unterschiedlich behandelt, entstehen zudem schnell Unmut und Konflikte über diese scheinbaren Ungerechtigkeiten“ (Baierl, 2010, S. 64). „Der beständige Austausch sowie die gute Kooperation mit Psychologen, Ärzten und weiteren Berufsgruppen ist ein weiterer Beitrag dazu, keine relevanten Aspekte zu übersehen. Ein wesentlicher Aspekt multiprofessioneller Kooperation ist Rollenklarheit. Es gilt, ein professionelles Selbstverständnis als Pädagoge zu entwickeln, aus dem heraus dem Jugendlichen sowie Vertretern anderer Fachrichtungen begegnet werden kann. Vor allem in den Überschneidungsbereichen ist es notwendig, sich fortwährend mit anderen

Berufsgruppen abzusprechen. So kann gewährleistet werden, dass einerseits keine wichtigen Arbeitsfelder unbearbeitet bleiben und andererseits alle Beteiligten im Handlungsraum ihrer Rolle bleiben können“ (Baierl, 2010, S. 65). „In akuten Krisensituationen können Kontakte, z.B. in Form von Telefonaten oder Möglichkeiten nicht allein sein zu müssen, zur Überbrückung hilfreich sein. Allerdings müssen hierzu Beziehungen vorhanden sein, bei denen die Betroffenen das Gefühl haben, sich der Person in ihrem Zustand »zumuten« und verletzlich zeigen zu können. Hier kann es eine durch die Grundsätze professioneller Sozialer Arbeit formulierte Aufgabe sein, die Betroffene dabei zu unterstützen, eigene (primäre) soziale Netze aus- und aufzubauen – Beziehungen einzugehen und diese aufrecht zu erhalten – sowie die Integration in sekundäre Netzwerke zu fördern. Sekundäre Netze können auch Selbsthilfegruppen sein, die aufgrund der Dynamik der Selbstverletzung fachlich begleitet werden sollten. Außerdem leistet die Sozialpädagogin dann selbst als tertiäres Netzwerk professionelle Hilfe“ (Ackermann, 2007, S. 105F). Mit geleisteter Zusatzqualifikationen, z.B. systemische Gesprächsführung oder das Erlernen der Umsetzung der Dialektischen-Behaviorale Therapie, ist es einer/em Sozialarbeiter/in möglich, weiterführend mit Jugendlichen, die an selbstverletzendes Verhalten leiden oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert bekommen haben, weiterhin zusammen zu arbeiten. Hinzu kommt, dass es für Sozialarbeiter/innen kompetenzorientierte Übungen gibt, die für ihr Arbeitsfeld geeignet sind. Diese Arbeitsfelder können z.B. Suchtberatungsstellen sein (vgl. Bretzner, 2014, S. 67).

10.2 Grenzen der Sozialen Arbeit

Trotz der breitgefächerten Netzwerkarbeit und der vielseitigen Möglichkeiten, welche ein/e Sozialarbeiter/in zur Verfügung hat, geriet die Soziale Arbeit im Bereich des selbstverletzenden Verhaltens wie auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung an ihre Grenzen. Bei einer Krisensituation, mit akuten suizidalen Gedanken, kommt der/die Sozialarbeiter/in an seine/ihre fachlichen Grenzen und die Einbeziehung einer Klinik ist unerlässlich (vgl. Bretzner, 2014, S. 64F). „Ebenso kann der Umgang mit Traumata die Soziale Arbeit an ihre Grenzen führen. Beim Vorliegen einer Traumatisierung in der Vergangenheit des Betroffenen muss zunächst sichergestellt werden, dass die traumatische Situation beendet ist. Da jedoch auch nach der Beendigung einer solchen

Situation die Gefahr einer Re-Traumatisierung besteht, muss der Sozialarbeiter im Gespräch sehr umsichtig mit dem Thema umgehen“ (Bretzner, 2014, S. 65). „In der Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen ist es wahrscheinlich, dass Mitarbeiter immer wieder an ihre Grenzen stoßen. Das Verhalten und Erleben der betroffenen Jugendlichen unterscheidet sich manchmal so deutlich von Gewohntem, dass es eine Herausforderung ist, geeignete Wege für den pädagogischen Alltag zu entwickeln. Ohne genügend Kenntnisse über psychische Störungen ist diese Herausforderung kaum zu meistern und selbst in dieser Arbeit Erfahrene tun sich oft genug schwer“ (Baierl, 2010, S. 69).

11. Resümee

„In ihren Erfahrungen und Handlungsstrategien ist Sozialpädagogik gleichsam vom worse case der gesellschaftlichen Entwicklung her bestimmt und, jedenfalls ihren strukturbedingten Tendenzen nach, ausgesetzt und offen für Entwicklungen, Wandlungen und Krisen im Jugend- (und Gesellschaft-) Leben. Damit „paßt“ sie in die besonderen Aufgaben und Schwierigkeiten einer Zeit, in der überlieferte Normalitätsentwürfe brüchig und durch Krisen hindurch, neue Orientierungen gesucht werden“ (Thierscht, 2014, S. 146f). „Trotz des zunehmenden Interesses an der Thematik existieren bis heute nur wenige standardisierte Verfahren, um Kinder und Jugendliche mit selbstverletzenden Verhalten zuverlässig zu identifizieren. Ein Grund für den Mangel an Instrumenten ist sicher in der Tatsache zu sehen, das selbstverletzende Verhalten noch nicht endgültig als eigene Störung anerkannt ist“ (Petermann & Nitkowski, 2015, S. 165). Wie bereits im vorhergehenden Kapitel beschrieben, besteht ein Zusammenhang des selbstverletzenden Verhaltens in der Phase der Adoleszenz, zu der im Erwachsenenalter diagnostizierten Borderline–Persönlichkeitsstörung. Dabei wird die Adoleszenz nicht als Symptomatik oder Ursache des selbstverletzenden Verhaltens beschrieben, sondern als eine Phase in der Entwicklung eines Jugendlichen, welche mit Entwicklungsaufgaben behaftet ist und das selbstverletzende Verhalten wird als ein vermutliches Symptom der Borderline–Persönlichkeitsstörung betrachtet. Die Etablierung des selbstverletzenden Verhaltens ist so weitreichend, dass sich daraus eine spezielle Jugendkultur entwickelte und diese als deklariertes Modephänomen auslebt. Dennoch bestehen die Ursachen des Selbstverletzenden tiefgreifender. Für mich bildet

sich, dass selbstverletzendes Verhalten aufgrund von traumatisierenden Erlebnissen wie auch aus familiären Problemsituationen heraus. Hierbei sollte das Ziel der Sozialen Arbeit sein, die Jugendlichen auf ihren Weg zu begleiten. Dabei orientiert sich die Soziale Arbeit an der Lebenswelt der Jugendlichen und versucht ihnen ein selbstbestimmtes gesellschaftliches Leben zu ermöglichen. „Lebensweltorientierte Jugendhilfe bezeichnet auf die Strukturen heutiger Lebenswelt, also auf Ungleichheiten, wie sie sich der pluralen, vielfältigen Gesellschaft zeigt. Lebensweltorientierte Jugendhilfe muss also festhalten an der, ihr aus ihrer Tradition zugewiesenen Aufgabe, Hilfen vor allen für Menschen anzubieten, die in unserer Gesellschaft mit den gegebenen Ressourcen nicht zurecht kommen, die am Rand leben“ (Thiersch, 2014, S. 24). Um eine gute fachliche Arbeit leisten zu können, sollten die verschiedenen Erklärungsmodelle und Sichtweisen miteinander variiert werden, denn nur mit umfassendem Wissen kann man die Ursache und das Handeln des selbstverletzenden Verhaltens verstehen.

Die Komplexität der vorliegenden Arbeit ist leider zu Vielschichtig, um adäquate Lösungswege und -vorschläge präsentieren zu können. Allein die meisten Teilbereiche für sich sind mehr als umfangreich genug, selbst Gegenstand einer Bachelorarbeit sein zu können. Personen, die sich der Sozialen Arbeit widmen, sollten ein Mindestmaß an Feingefühl aufbringen und auf die Befindlichkeiten eines jeden Einzelnen individuell eingehen können müssen.

11. Literaturverzeichnis

11.1 Quellenangaben

- 1 Ackermann, S. (2002): Selbstverletzungen als Bewältigungshandeln junger Frauen. 3. Auflage 2007. Frankfurt am Main. Mabuse Verlag GmbH
- 2 Adam, Albert; Breithaupt-Peters, Monique (2003): Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bei Kinder und Jugendliche. 2. Auflage 2010. Stuttgart. W. Kohlhammer GmbH
- 3 Adam, Albert; Peters, Monique (2003): Störungen der Persönlicheitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage 2003. Stuttgart W. Kohlhammer GmbH
- 4 Baierl, Martin (2008): Herausforderung Alltag Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. 2.Auflage 2010 Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG
- 5 Bretzner, Damaris (2014): Die Borderline – Persönlichkeitsstörung im Handlungsfeld der sozialen Arbeit; ein überblick über Ursachen, Verlaufsformen und Interventionsmöglichkeiten. 2014. Hamburg. Diplomica Verlag GmbH
- 6 Hawton, Keith ; Rodham, Karen; Evans, Emma (2008): Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention. 1.Auflage (2008). Göttingen. Hans Huber Hogrefe AG, Bern
- 7 Holler-Nowitzki, Birgit (1993): Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. 1994. Weinheim und München. Juventa Verlag
- 8 Kaess, Michael (2012): Selbstverletzendes Verhalten Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. 1. Auflage 2012. Weinheim, Basel. Beltz Verlag
- 9 Kasten, Hartmut (1999): Pubertät und Adoleszenz. 1Auflage 1999. München. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.
- 10 Nissen, Gerhardt (2002): Seelische Störungen bei Kinder und Jugendliche. 1. Auflage 2002. Stuttgart. J. G Cottasche Buchhandlung Nachfolger
- 11 Petermann, Franz; Nikowski, Dennis (2005): Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen. Band 9 2015. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

- 12 Petermann, Franz; Sandra Winkel (2005): Selbstverletzendes Verhalten., Göttingen. 2005. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- 13 Ringel, Erwin(1997):Selbstschädigung durch Neurose Psychotherapeutische Wege zur Selbstverwirklichung 2.Auflage 1998. Frankfurt am Main. Verlag Fischer Taschenbuch GmbH
- 14 Schsee, Ulrich (1994): Selbstverletzendes Verhalten. 7.Auflage 2008. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprescht GmbH & Co. KG.
- 15 Thiersch, Hans (1992): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. 9. Auflag 2014. Weinheim und Basel. Beltz Juventa
- 16 Witterstätter, Kurt ; Stumpf, Klaus (1994): Soziale Beziehungen. 1.Auflage 1994. Neuwied. Krißel, Berlin. Hermann Luchterhand Verlag GmbH & Co. KG.

11.2 Internetquellen

- 1 https://www.eis-brecher.com/songtext/18/leider_.html
zuletzt aufgerufen am 13.11.2018
- 2 cms.Familienorientierung.at
zuletzt aufgerufen am 13,11.2018
- 3 www.rotlinie.de
zuletzt aufgerufen am 13.11.2018

11.3 Zusatzquellen

- 1 Tsokos, Michael; Guddat, Saskia (2014): Deutschland Misshandelt seine Kinder. München. Droemer Verlag
- 2 Geo Wissen Nr. 48 : Was die Seele stark macht ; Hilfe bei Bournout, Ängsten, Depressionen. Hamburg. 2018. Gruner + Jahr GmbH

12. Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
ebd.	Ebenda
f.	folgend(e)
ICD- 10	International Statistical Classification of Diseases
DSM – IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
vgl.	vergleiche
z.B	zum Beispiel

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Datum : 14.12.2018

Unterschrift : Elin Wolf