

Katharina Porak-Löwenthal

Wer verletzt wen?

Personzentrierte Psychotherapie mit
selbstverletzenden Jugendlichen

Theoriearbeit für die fachspezifische Psychotherapieausbildung am
Institut für Personzentrierte Studien (IPS)
01.05.2011

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
ABSCHNITT I	9
1 Begriffsdefinitionen und Prävalenz	9
1.1 Fragestellungen	9
1.2 Begriffsdefinitionen Autoaggression, Selbstverletzendes Verhalten	9
1.3 Selbstverletzung als eigenes Syndrom, oder Symptom einer Störung?	10
1.4 Selbstverletzung und Traumatisierung	12
1.5 Prävalenz und Formen der Selbstverletzung	13
1.6 Schlussfolgerungen	14
2. Psychische Funktionen von selbstverletzendem Verhalten	15
2.1 Fragestellung	15
2.2 Empirische Daten	15
2.3 Funktionen von SVV (Erklärungsmodelle)	18
2.3.1 Non-verbale Kommunikation der eigenen Gefühle	18
2.3.2 Bewältigung von Dissoziation	18
2.3.3 Selbstbestrafung und Selbstfürsorge	19
2.3.4 Ausdruck der eigenen Identität	19
2.3.5 Bewältigung von affektiven Störungen	20
2.3.6 Selbstverletzendes Verhalten als Suizidkorrelat	20

2.4 Schlussfolgerungen	20
ABSCHNITT II Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen bei selbstverletzendem Verhalten unter Berücksichtigung der Suizidalität	
1. Zielsetzung	22
2. Stärkung der Autonomie versus Fremdbestimmung.....	22
3. Autonomie und Beziehungsangewiesenheit: ein Spannungsfeld?	24
4. Beziehung als heilender Faktor	26
5. Beziehungsgestaltung in der personenzentrierten Therapie.....	27
5.1 Authentizität als Basis für Veränderung	27
5.1.1 Echtheit, Kongruenz, Authentizität, Transparenz	27
5.1.2. Authentizität auf dem Prüfstein.....	28
5.2 Kontakt im prozesshaften Verständnis.....	29
5.2.1. Psychologischer Kontakt als relationaler Prozess	29
5.2.2. Ein Versuch in Kontakt zu bleiben: Therapie mit selbstverletzenden und suizidalen Jugendlichen.....	30
5.3 Veränderung durch Anerkennung	32
5.3.1 Unbedingte Wertschätzung	32
5.3.2 Freiheit zur Veränderung durch bedingungslose Anerkennung.....	32
5.4 Veränderung durch Verstehen.....	33
5.4.1 Empathie.....	33
5.4.2 Aufhebung von Entfremdung und Isolation durch Empathie	34
5.4.3 Störungsspezifisches empathisches Verstehen.....	37

6. Verträge als Intervention um Selbstschädigung zu beschränken	38
7. Grenzen setzen - die eigenen Grenzen kennen.....	40
8. „Harm-Reduction“ und „Harm-Minimisation“	41
8.1 Entwicklung der Konzepte	41
8.2 Zugrundeliegende Prinzipien	43
8.2.1 Kontrolle, Strafe und Vorbeugung helfen nicht	43
8.2.2 Selbstverletzung als Symptom, nicht als Problem	44
8.2.3 Abwägung von Risiko und Vertrauen	44
8.2.4 Zur Verfügung stellen eines „clean kit“	44
8.2.5 Anforderungen an die Helfer.....	45
8.2.6 „Slow it down“	45
8.2.7 „Emotional Harm Reduction“	46
8.2.8 Hoffnung	46
8.3 „Harm Minimisation“ in der Psychotherapie	46
10. Schlußfolgerung	49
Literaturverzeichnis.....	51
Anhang 1	53

Einleitung

In der vorliegenden Arbeit versuche ich einen Teil jenes Prozesses wiederzugeben, der in den letzten zwei Jahren in meiner Tätigkeit als personenzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision stattgefunden hat.

Mit dem Erhalt des psychotherapeutischen Status stand ich vor der Entscheidung inwieweit ich mir zutraute bereits in freier Praxis zu arbeiten. Ich entschloss mich meine ersten praktischen Erfahrungen im Rahmen eines Teams zu machen, um unterschiedliche Zugänge kennen zu lernen und einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Aus persönlichem Interesse wählte ich eine jugendpsychiatrische Abteilung, ich arbeitete dort unentgeltlich, aber mit der Möglichkeit mir meine Zeit frei einzuteilen und KlientInnen zu wählen. Ich vereinbarte zumindest an drei Vormittagen in der Woche anwesend zu sein und an einer Visite wöchentlich teilzunehmen.

Anfangs begleitete ich die Fachärzte bei ihrer Arbeit und hatte die Möglichkeit bei Patientengesprächen zuzuhören. Dabei ging es immer wieder um die Feststellung der Selbstgefährdung und um Überlegungen inwieweit eine Unterbringung bei Suizidalität indiziert sei. Auch an gerichtlichen Unterbringungsverhandlungen, in denen über das Vorliegen einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung entschieden wurde, nahm ich wiederholt teil. Aus der Beobachterrolle erschien mir die Beurteilung der Selbstgefährdung durch die Fachärzte gut nachzuvollziehen und ich war zuversichtlich in meiner therapeutischen Arbeit ebenfalls eine klare Position zu diesem Thema finden zu können.

Bereits eine meiner ersten Klientinnen machte mir deutlich, wie schwierig der Umgang mit dem Thema Selbstgefährdung für mich als personenzentrierte Psychotherapeutin ist. In der Psychotherapie sind die relativ klaren Richtlinien einer psychiatrischen Begutachtung nicht anwendbar, da für mich in der Therapie der Raum für die Auseinandersetzung mit der Suizidalität wesentlich offener ist. Ich verbrachte einige unruhige Wochenenden, an denen meine Klientin Ausgang hatte und mit mir vorher in der Therapie über ihre Todeswünsche gesprochen hatte. Ich musste immer wieder aufs Neue abwägen wie ich das Risiko eines tatsächlichen Suizidversuches einschätzte und inwieweit ich im Rahmen der Therapie geäußerte Suizidabsichten für mich behalten konnte.

Ebendiese Klientin konfrontierte mich auch erstmals mit dem Thema Selbstverletzung. Es war für mich anfangs schwer möglich Empathie zu empfinden. Zu groß waren meine

Befremdung und mein Erschrecken darüber, dass meine Klientin sich selbst massive Schmerzen zufügte und dies aber als Erleichterung, als Verbesserung ihres psychischen Zustandes empfand.

Die Abteilung hatte einen ziemlich pragmatischen Umgang mit Selbstverletzungen. Wunden wurden versorgt, ohne großes Aufheben über dieses Symptom zu machen und es wurden Stufenpläne gemeinsam mit den PatientInnen erarbeitet, die diese vor einer Selbstverletzung einhalten sollten. Auch in den Visiten wurde meist nur kurz kommentiert, dass PatientInnen sich selbst verletzten, meist in der Form des „Ritzens“.

Dies entsprach nicht meiner Wahrnehmung in den Therapien. Hier nahm das Thema oft einen erheblichen Stellenwert ein. Manchmal hatte ich das Gefühl das gesamte Denken der Klientin war darauf fixiert wann es für sie möglich wäre sich z.B. das nächste Mal unbemerkt zu ritzen. Manchmal ging die Selbstverletzung einher mit Todessehnsucht und dem Wunsch sich so tief zu schneiden, dass alles vorbei sei.

Ich merkte, dass meine Klientinnen mitunter sehr deutlich differenzieren worüber sie mit mir im Rahmen der Psychotherapie sprechen und was sie den Fachärzten gegenüber kommunizieren. Oft unter expliziter Berufung auf meine psychotherapeutische Verschwiegenheit sprachen Klientinnen über ihre Suizidgedanken, die sie auf der Station sonst bei sich behielten aus Sorge eventuell keinen Ausgang zu bekommen oder sogar untergebracht zu werden.

Ich begann Literatur zum Thema Suizidalität und Selbstverletzung insbesondere bei Jugendlichen zu lesen. Viele Veröffentlichungen beschäftigen sich mit statistischen Erhebungen über Art, Häufigkeit und Menge der betroffenen Personen. Auch über die Motive sich selbst zu schädigen fand ich einiges an Literatur.

Im therapeutischen Bereich sind mir in erster Linie Publikationen im Bereich der Traumatherapie und der Verhaltenstherapie bekannt. Personzentrierte Literatur die sich mit Selbstverletzung auseinandersetzt fand ich im deutschsprachigen Raum ebenfalls bei Arbeiten zur Traumatherapie. Im englischsprachigen Raum gibt es bei PCC-Books zwei personzentrierte Publikationen zum Thema Selbstverletzung, die in erster Linie Erfahrungsberichte beinhalten und sich mit dem Konzept „harm-minimisation“ auseinandersetzen und eine für mich sehr lesenswerte Publikation zum Thema Suizidalität. Auch in einigen anderen Büchern im englischsprachigen Raum fand ich personzentriertes

Gedankengut. Die mir leider nur beschränkt zur Verfügung stehende Zeit erlaubte es mir nicht unter den englisch sprachigen Büchern eine umfassendere Literaturrecherche durchzuführen. Ich habe aber versucht einige Titel, die öfters zitiert wurden, oder mir subjektiv lesenswert erschienen in diese Arbeit einfließen zu lassen.

Das Literaturstudium hat mir verschiedenste Sichtweisen und den unterschiedlichsten Umgang mit autoaggressivem Verhalten bei Jugendlichen gezeigt.

Die für mich wesentlichere Auseinandersetzung mit diesem Thema fand und findet in der personenzentrierten therapeutischen Arbeit mit meinen Klientinnen und in meiner Supervision statt. In der therapeutischen Arbeit mit teilweise stark selbstverletzenden und suizidalen Jugendlichen versuchte ich meinen spezifischen personenzentrierten Zugang zu finden. Es galt für mich einen Weg aus meiner Hilflosigkeit zu finden, die mich zeitweise in Therapien mit diesen Jugendlichen handlungsunfähig zu machen drohte. Auch war meine Verunsicherung anfangs groß inwieweit ich tatsächlich die mir manchmal doch allzu optimistisch wirkende Einstellung Rogers teilen könnte. Er schreibt zu diesem Punkt:

„Mir scheint, daß der Therapeut nur dann die große Stärke der Fähigkeit und Kapazität des Individuums zur konstruktiven Handlung erkennt, wenn er voll und ganz einverstanden ist, daß jede Möglichkeit, jede Richtung gewählt wird. Wenn er damit einverstanden ist, daß unter Umständen auch der Tod gewählt wird, dann wird das Leben gewählt werden; wenn die Neurose ebenfalls zur Wahl steht, dann wird die Gesamtnormalität gewählt.“ (Rogers 1973, S.59)

Um mich der großen Herausforderung, in diesem Sinne therapeutisch zu arbeiten, stellen zu können, versuchte ich einige grundsätzliche Fragestellungen für mich zu beantworten: Wie ist es möglich empathisch zu bleiben wenn junge Menschen Richtungen wählen, die ihnen zunehmend schaden, wenn die Inkongruenz so groß ist, dass sie in ihrem Leben nichts Lebens wert es sehen? Wenn sie sich in einem Ausmaß selbst schädigen, dass ihre Zukunft am Spiel steht? War es mir möglich in solchen Fällen auf die Kraft der Aktualisierungstendenz zu vertrauen? Konnte ich mit meinen therapeutischen Grundhaltungen ausreichen um in solch einem Fall ein hilfreiches Gegenüber zu sein?

In der vorliegenden Arbeit fasse ich den Prozess zusammen der in den letzten zwei Jahren durch meine Auseinandersetzung mit dem Thema Selbstverletzung und Suizidalität stattgefunden hat und der mich von meiner anfänglichen großen Verunsicherung zu einem großen Vertrauen in die Wirksamkeit der personenzentrierten therapeutischen Grundhaltungen

und die Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen einer personenzentrierten Psychotherapie geführt hat.

Im ersten Abschnitt der Arbeit setze ich mich mit Begriffsdefinitionen, der Prävalenz und verschiedenen Formen der Selbstverletzung auseinander. Insbesondere die Diskussion inwieweit selbstverletzendes Verhalten ein eigenständiges Syndrom, oder ein Symptom einer anderen psychischen Störung ist, halte ich für wichtig. Außerdem stelle ich in diesem Abschnitt verschiedene Erklärungsmodelle für die Funktionen von selbstverletzendem Verhalten vor.

Der zweite Abschnitt beinhaltet meinen erfahrungsorientierten Zugang der personenzentrierten therapeutischen Arbeit mit selbstverletzenden Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Suizidalität. Ich spreche in diesem Abschnitt von Klientinnen, da ich ausschließlich mit Mädchen und jungen Frauen die sich selbstverletzen gearbeitet habe und arbeite. Die Berücksichtigung der Suizidalität ist für mich im Speziellen wichtig, da alle selbstverletzenden Klientinnen mit denen ich in den letzten 2 Jahren gearbeitet habe auch, zumindest zeitweise, suizidal waren. Dies ist sicherlich ein Spezifikum jener Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten, die auf einer jugendpsychiatrischen Abteilung aufgenommen werden. Ich skizziere anhand von wesentlichen Wirkfaktoren und personenzentrierten therapeutischen Grundhaltungen meine Arbeitsweise mit selbstverletzenden Jugendlichen.

Es ist hierbei nicht mein Anspruch ein störungsspezifisches Therapiekonzept zu entwerfen, sondern meinen erfahrungsorientierten Zugang aufzuzeigen.

ABSCHNITT I

1 Begriffsdefinitionen und Prävalenz

1.1 Fragestellungen

Als Erstes wollte ich wissen wie verbreitet selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen ist. Bei psychiatrischen Patienten schien es doch recht häufig. Hierfür musste ich Begriffsdefinitionen vornehmen und war bald mit der Fragestellung konfrontiert, dass im deutschsprachigen Raum keine übereinstimmende Terminologie zum Begriff der „Selbstverletzung“ besteht. Einige Autoren schließen suizidales Verhalten ein, während andere dies definitiv ausschließen.

1.2 Begriffsdefinitionen Autoaggression, Selbstverletzendes Verhalten

Der Ausdruck „Autoaggression“ wird häufig als Oberbegriff für alle Formen des selbstschädigenden Verhaltens verwendet. Dies umfasst auch suizidales und parasuizidales Verhalten. Nicht suizidales autoaggressives Verhalten wird im psychiatrischen Kontext nach Scharfetter (1991) auch als „Automutilation“ bezeichnet. Dies beinhaltet selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinn und Automanipulation von Krankheiten (artifizielle Störungen). (Petermann/ Winkel, 2009, S. 21)

Aus der Trennung in nichtsuizidales und suizidales autoaggressives Verhalten resultiert folgende Definition:

„Selbstverletzendes Verhalten ist gleichbedeutend mit einer funktionell motivierten Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die in direkter und offener Form geschieht, sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ (ebd. S 23)

Die Autoren argumentieren in der Folge, dass selbstverletzendes Verhalten häufig das Ziel habe Stressbelastungen zu ertragen und das eigene Wohlbefinden zu erhöhen, daher habe es eine andere Intention als suizidales Verhalten. Sowohl hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen, als auch in Hinblick auf die Belastung wären dies zwei voneinander getrennte Phänomene. Die Notwendigkeit dieser Differenzierung sei auch deshalb gegeben, da in der Akutversorgung völlig unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen seien.

Die Autoren anerkennen, dass es verschiedene Studien gibt, die belegen, dass Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten in erhöhtem Ausmaß von Suizidalität (50 bis 73,5% der Jugendlichen mit SVV gaben an auch suizidal zu sein) betroffen sind. (ebd. S.43)

Andere Autoren definieren „Selbstverletzung“ wesentlich deskriptiver:

„wiederholtes Verletzen der eigenen Haut durch Schneiden oder Verbrennen; ein Gefühl der Anspannung unmittelbar vor dem entsprechendem Handeln; der körperliche Schmerz geht einher mit Gefühlen von Entspannung, Befriedigung und einer angenehmen Betäubtheit; das Gefühl von Scham und Angst vor sozialer Ächtung bewirkt, dass der Betroffene versucht Narben, Blut oder andere Anzeichen für das selbstzerstörerische Verhalten zu verbergen“ Levenkron (2008) S.24

„Self-injury is intentional, self-effected, low-lethality bodily harm of a social unacceptable nature, performed to reduce psychological distress.“ Walsh (2006) S.4

Diese deskriptiven Definitionen entsprechen eher einem personenzentrierten Verständnis. Vor allem die zuletzt zitierte Definition ist für mich gut verwendbar. Walsh verwendet den Begriff „low-lethality bodily harm“ um auszudrücken, dass Selbstverletzung kein oder ein geringes Risiko für das Leben darstellt. Er weist aber auch darauf hin, dass es möglich ist an einer Selbstverletzung zu sterben, vor allem unter dem Einfluss des Bewusstseins verändernder Substanzen, oder wenn riskante Stellen (z.B. Nacken) verletzt werden. Mit dem Hinweis auf die fehlende soziale Akzeptanz wird der kulturelle Kontext verdeutlicht. Walsh weist schließlich auch auf die der Selbstverletzung zugrunde liegende Absicht hin: die Reduktion psychischer Leiden. Eine selbstverletzende Handlung ist in diesem Verständnis eine Möglichkeit der Selbst-Regulation des affektiven Gleichgewichts einer Person und stellt eine emotionale „Homöostase“ wieder her, wenn auch nur kurzfristig.

Auch ist „Selbstverletzung“ als Begriff weniger wertend als „Selbstschädigung“.

1.3 Selbstverletzung als eigenes Syndrom, oder Symptom einer Störung?

Bis vor Kurzem wurden selbstverletzende Handlungen kaum als eigenständiges Phänomen betrachtet, sondern unter eine andere Psychopathologie subsumiert, oder als Suizidversuch interpretiert. Die markante Zunahme von Selbstverletzungen in den letzten 20 Jahren hat zu einer Diskussion über deren mögliche diagnostische Klassifikation geführt.

Selbstverletzendes Verhalten wird vor allem in der englischsprachigen Literatur immer wieder mit dem Aufkommen der Anorexie in den 70er Jahren verglichen. Beide wären eine

kraftvolle Art der Kommunikation des eigenen Schmerzes und hätten eine vergleichbare Psychodynamik. Selbstverletzung sei kein neues Phänomen, aber es wurde lange Zeit trivialisiert und nicht verstanden. (D'Onofrio, 2007, S. 6)

Simeon und Favazza (2001) schlagen folgende rein deskriptive Klassifikation in vier Kategorien vor:

- *stereotype Selbstverletzung:*

rhythmisch wiederholende, monotone, starr ablaufende Handlungen, häufig mit geistiger Beeinträchtigung oder Hospitalisierung verbunden

- *schweres („major“) selbstverletzendes Verhalten:*

schwerwiegendste Selbstverletzung, meist bei psychotischen Beeinträchtigungen, Substanzmissbrauch, auch bei neurologischen Erkrankungen, potentiell lebensbedrohlich, kann zu Verstümmelung führen

- *zwanghaftes selbstverletzendes Verhalten:*

leichte selbstverletzende Handlungen, die häufig wiederholt werden und einen zwanghaften Charakter haben, wie Nägel beißen, Ausreißen der Haare, Kratzen und Haut zupfen.

- *impulsives selbstverletzendes Verhalten:*

charakterisiert durch Anspannung vor der Selbstverletzung, kurze Entspannung danach, mangelnde Fähigkeit dem Impuls zur Selbstverletzung zu widerstehen, kein bewusst beabsichtigter Suizidversuch; die Autoren unterscheiden weiter zwischen dem „wiederholtem“ und „episodischem“ impulsivem selbstverlegendem Verhalten, wobei letzteres nur einige Male im Leben durchgeführt wird.

Eine große Ähnlichkeit mit der Konzeption von Simeon und Favazza hat die Klassifikation selbstverlegenden Verhaltens nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. (Petermann/Winkel, 2008, S.33f)

In der Literatur wird mehrfach erwähnt, dass Selbstverletzung „noch nicht“ (Leverkron, 2008, S. 24) als eigenständige Störungsform anerkannt wird. Im Englisch sprachigem Raum wurde die Aufnahme von SVV als „deliberate-self-harm-syndrom“ in das DSM-IV diskutiert Sachsse (2004). Simeon und Favazza (2001) schlagen vor wiederholtes selbstverlegendes Verhalten als „impulse control disorders not otherwise specified“ in das DSM-IV Klassifikationssystem aufzunehmen. Andere Autoren weisen darauf hin, dass es

zwischen den einzelnen Kategorien zu Überschneidungen kommen kann und deshalb eine vorschnelle Klassifikation zu vermeiden sei. (D’Onofrio, 2007, S. 26)

Zurzeit ist selbstverletzendes Verhalten im DSM-IV als Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu finden. Auch im ICD-10 ist „Handlung mit Selbstbeschädigung“ ein diagnostisches Kriterium für eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus. Auch bei Essstörungen sind selbstverletzende Handlungen sehr häufig, die Co-Morbiditätsraten liegen bei 25% bis 75% in klinischen Studien. (D’Onofrio, 2007, S. 66) Beide Verhaltensweisen haben eine sehr ähnliche Psychodynamik. Häufig beschrieben wird Selbstverletzung auch als Symptom bei Depression, Angststörungen und Zwangsstörungen.

Ulrich Sachsse weist darauf hin, dass die „Leitsymptomatik SVV nicht isoliert steht“, sondern stets mit „weiteren selbstschädigenden Verhaltensweisen“ verbunden ist. Weiters stellt er fest, dass „alle Patientinnen“ eine „schwere Störung des Körperbildes“ haben. SVV könne in diesem Fall mit einem „Appellativen Suizidversuch“ verglichen werden. Die Grenze zwischen SVV und Suizid wäre schwer festzumachen. (Sachsse, 2008, S. 53)

„Fast alle Patientinnen haben Suizidversuche hinter sich, dabei meist mehrere akut lebensbedrohliche, die nur durch intensivmedizinische Maßnahmen behandelbar waren. In der Therapie ist 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 (2008) S. 36

1.4 Selbstverletzung und Traumatisierung

Die signifikantesten Wechselwirkungen wurden in zahlreichen Studien jedoch zwischen Traumatisierung in der Kindheit und selbstverletzendem Verhalten festgestellt. D’Onofrio (2007) nennt Studien in denen zwischen 79% und 89% der befragten Personen mit selbstverletzendem Verhalten an gaben in ihrer Kindheit missbraucht oder vernachlässigt geworden zu sein, oder auch Opfer wiederholter Gewalt gewesen zu sein.

Auch Sachsse (2004) weist auf den Zusammenhang zwischen SVV und Realtraumatisierungen in der Kindheit hin. Dies wäre eines der Ergebnisse einer Arbeitsgruppe zum Thema „Artifizielle Erkrankungen“ des deutschen Kollegiums für psychosomatische Medizin. Bei einer Krankenaktenauswertung fand sich bei 74% der Patienten mindestens eine schwere Traumatisierung. Weitere empirische Untersuchungen an Patienten mit SVV hätten Hinweise auf Zusammenhänge von Traumatisierung, Dissoziation – insbesondere Depersonalisation – und SVV gezeigt.

1.5 Prävalenz und Formen der Selbstverletzung

Hinsichtlich der Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen gibt es einige Studien mit größeren Stichproben. Da die Fragestellungen und Begriffsdefinitionen unterschiedlich sind lassen sich die Ergebnisse schwer vergleichen. An einer Studie zum Thema „absichtliche Selbstschädigung“ an englischen Schulen nahmen rund 6000 Jugendliche im Alter zwischen 12 und 19 Jahren teil. In dieser Studie wird nicht zwischen Selbstschädigung und Suizidalität differenziert. Der Begriff der „absichtlichen Selbstschädigung“ wird sehr umfassend definiert und umfasst neben selbstschädigendem Verhalten auch die Einnahme von Substanzen in einer größeren Menge, als im Allgemeinen als therapeutische Dosis angesehen wird, die Einnahme illegaler Drogen, wenn damit eine Selbstschädigung bewirkt werden soll und die Einnahme ungenießbarer Substanzen. 4,8% der männlichen Teilnehmer und 16,7% der weiblichen Teilnehmer gaben an „absichtliche Selbstschädigung“ vorgenommen zu haben, wobei „Schneiden“ von 55% der Jugendlichen (57% bei Mädchen, 50% bei Buben) genannt wurde. An zweiter Stelle wurde die Einnahme einer Überdosierung genannt (21,6%). (Hawton/ Rodham/Evans, 2008, S. 47)

Eine vergleichbare Studie aus Australien an 3757 Schülern kommt zu ähnlichen Ergebnissen.

Im deutschsprachigen Raum wurden im Rahmen der Heidelberger Schulstudie 5.739 Schüler der neunten Schulstufe zu Symptomen verschiedener psychischer Störungen befragt. 10,9% der Schüler gaben an sich gelegentlich selbst zu verletzen, 4% berichteten über repetitive Formen der Selbstverletzung. Doppelt so häufig (bei gelegentlichem SVV) und dreimal (bei repetitivem SVV) so häufig trat Selbstverletzung bei Mädchen auf, wobei ein geringer Body-Mass-Index und schlechte Schulleistungen deutliche Risikofaktoren waren. Bei Suizidversuchen in der Vorgeschichte war das Risiko für gelegentliche Selbstverletzung dreimal so hoch und für repetitive Selbstverletzung sechsfach erhöht. Jugendliche mit häufigem Vorkommen suizidaler Ideen zeigten sogar ein 18-fach erhöhtes Risiko einer repetitiven Selbstverletzung! (Brunner/ Resch, 2008, S. 88f.)

Weitere Studien zeigen auf, dass die Häufigkeit von SVV mit zunehmendem Alter abnimmt. Gelingt es andere Strategien zur Bewältigung von Problemen und Belastungen zu entwickeln, und/oder ändern sich die Lebensumstände, können Menschen das SVV aufgeben (ebd. S 55f.).

Die verbreitetste Form der Selbstverletzung ist das Schneiden der Haut. Auch Verbrennungen sowie Verätzungen der Haut sind häufig. Weitere Formen sind die Manipulation von Wunden, Schlagen und Quetschen der Haut und das Beibringen großflächiger Kratzspuren. Selten sind Verletzungen durch das Schlucken von unverdaulichen Substanzen und willentliche Knochenbrüche. 74% der Verletzungen erfolgen an den Armen, 44% an den Beinen, 25% am Bauch, 23% am Kopf, 18% an der Brust und 8% im Genitalbereich. (Ackermann, 2007, S 29) Diese Werte beruhen zwar auf einer häufig erwähnten Studie für Erwachsene, können aber auch als Richtwerte für Jugendliche herangezogen werden.

1.6 Schlussfolgerungen

Durch das Literaturstudium wurde mir deutlich bewusst, wie häufig selbstverletzende Handlungen vor allem von Jugendlichen durchgeführt werden.

Bei der Definition von SVV als eigenständiges Phänomen ist die klare Abgrenzung zur Suizidalität für mich nachvollziehbar. Es erscheint mir jedoch reduktionistisch eine Selbstverletzung, und hierbei insbesondere die repetitive Form, nicht in einem größeren Zusammenhang zu sehen. In meiner Wahrnehmung ist diese Art sich nonverbal auszudrücken immer ein ernstzunehmender Hinweis auf einen sehr großen Leidensdruck. Daher möchte ich SVV als „Appell“ verstehen genau hinzuschauen, mich mit der betroffenen Person auseinanderzusetzen und möchte dabei nicht außer Acht lassen, dass die Grenze von SVV und Suizidalität eine sehr schmale sein kann.

Eine eigenständige Klassifikation von selbstverletzendem Verhalten wäre sicherlich hilfreich, um die Person hinter diesem Verhalten besser verstehen zu können und ihre Ausdrucksweise nicht zu bagatellisieren. Selbstverletzendes Verhalten würde als Thema weniger tabuisiert und dadurch in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommen werden. Auch die Stigmatisierung durch eine psychiatrische Diagnose, häufig im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, würde den Jugendlichen erspart bleiben, gäbe es eine gesonderte Diagnose.

Ute Binder definiert Diagnosen als „therapeutische Leitlinien“, die „das Ergebnis von Messungen und abwägendem, klärendem Bewerten von Symptomen oder Symptomgruppen sind“. Diese zu benennen sei für Forschung und Lehre der notwendige erste Schritt. „Wenn Phänomene einen Namen haben, dann können sie Gegenstand eines interaktionellen Dialogs

werden.“ Diagnosen in diesem Sinne seien hilfreich „als Begriff einer Zustandsbeschreibung innerhalb eines komplexen Gefüges“ und „als Strukturierungshilfe und Hoffnungsträger“. „Es sind Diagnosen, die das empathische Verstehen erweitern und präzisieren.“ (Binder, 2011, S. 39.f) In diesem Sinne würde eine eigenständige Klassifikation von selbstverletzendem Verhalten die Wahrnehmung für die Person hinter diesem nach außen oft so verstörend wirkendem Verhalten verfeinern.

Die häufigste Form der SVV bei Jugendlichen ist die Verletzung der Haut. Dies wird allgemein als „Ritzen“ bezeichnet. Ich halte diesen Begriff für eine Verharmlosung der oft tiefen Schnitte und werde in der Folge den Begriff „Schneiden“ verwenden.

2. Psychische Funktionen von selbstverletzendem Verhalten

2.1 Fragestellung

Warum sucht ein junger Mensch im Schmerz, in der Selbstverwundung eine Lösung für sein Leiden? Warum geht es ihm besser wenn er sich selbst verletzt? Wie kann es dazu kommen dass eine aggressive Handlung gegen den eigenen Körper als Selbstfürsorge empfunden wird? Durch die Auseinandersetzung mit diesen Fragen in der entsprechenden Fachliteratur hoffte ich hilfreiche Antworten zu erhalten.

2.2 Empirische Daten

Ein Vergleich verschiedenster Befragungen über die Gründe selbstverletzenden Verhaltens aus der Sicht der Betroffenen ist schwierig, da diesen Untersuchungen wiederum verschiedene Definitionen, verschiedene Zielgruppen und unterschiedlichste Kategorisierungen zu Grunde liegen. Ich werde in der Folge exemplarisch die Ergebnisse einer Schulstudie mit großer Stichprobe und einer klinischen Studie zusammenfassen.

In der oben bereits vorgestellten englischen Schulstudie wurde die Motivation zu selbstschädigendem Verhalten explizit mit einer Liste von acht Motiven abgefragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Die prozentuelle Zustimmung der Jugendlichen zu den einzelnen Fragen lautete wie folgt:

- *Ich suchte Erleichterung von einem schrecklichen seelischen Zustand (72,8%)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 73,3%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 72,6%*

- *Ich wollte sterben (52,8%)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 40,2%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 66,7%*
- *Ich wollte mich selbst bestrafen (46,3%)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 45,0%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 38,5%*
- *Ich wollte zeigen, wie verzweifelt ich mich fühlte (40,7%)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 37,6%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 43,9%*
- *Ich wollte herausfinden, ob jemand mich wirklich liebt (31,3%)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 27,8%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 41,2%*
- *Ich wollte Aufmerksamkeit bekommen (24 %)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 21,7%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 28,8%*
- *Ich wollte jemandem Angst machen (21,1%)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 18,6%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 24,6%*
- *Ich wollte mich an jemandem rächen (14,3%)*
 - *Schneiden in der Vorgeschichte 12,5%*
 - *Überdosis in der Vorgeschichte 17,2%*

Mädchen machten generell öfter von der Möglichkeit der Mehrfachnennung Gebrauch als Buben. Geschlechtsspezifische Unterschiede ließen sich auch deutlich bei der Nennung der Motive feststellen. Mädchen gaben um 10 % häufiger an sich selbst zu schädigen um Erleichterung von einem schrecklichen seelischen Zustand zu finden, um sich selbst zu bestrafen und um herauszufinden, ob sie jemand liebe. Nur die Motive sich an jemandem zu rächen und jemandem Angst zu machen wurden häufiger von Buben genannt. (Hawton/Rodham/ Evans, 2008, S. 52f.)

In einer klinischen Studien mit einer kleineren Stichprobe wurde die Motivation in differenzierter Weise hinterfragt. Nixon et al. (2002) stellte folgende Gründe für SVV bei Jugendlichen fest:

- *Bewältigung depressiver Gefühle 83,3%; (weiblich 86,1%, männlich 66,7%)*
- *Erleichterung unerträglicher Anspannung 73,8% (w 77,8%, m 50%)*
- *Bewältigung von Nervosität/Angst 71,4% (w 75%, m 50%)*
- *Ausdruck von Frustration 71,4% (w 75%, m 50%)*
- *Ausdruck von Wut/Rache 66,7% (w 69,4%, m 50%)*
- *Schmerz fühlen, wenn anderer Schmerz unerträglich ist 61,9% (w 66,7%, m 33,3%)*
- *Ablenkung von unangenehmen Erinnerungen 59,5% (w 63,9%, m 33,3%)*
- *Bestrafung für Schlecht-Sein 50% (w und m)*
- *Beendigung suizidaler Gedanken 47,6% (w 47,2%, m 50%)*
- *Beendigung des Gefühls von Einsamkeit und Leere 42,9% (w 47,2%, m 16,7%)*
- *Erlangung von Kontrolle in einer Situation 40,5% (w 44,4%, m 16,7%)*
- *Beendigung des Gefühls von Taubheit/Entfremdung 40,5% (w 41,7%, m 33,3%)*
- *Kein bestimmter Grund, „es passiert einfach“ 33,3% (w und m)*

- Bestrafung dafür sich gut zu fühlen 26,2% (w 25%, m 33,3%)
- Veränderung des Aussehens 16,7% (w und m)
- Erlangen von Aufmerksamkeit oder Fürsorge von Anderen 9,5% (nur w)
- Um etwas Aufregendes zu erleben 7,1% (w 5,6%, m 16,7%)
- Um zu einer Gruppe zu gehören 2,4 % (nur m)

Auffällig ist, dass bei dieser Studie der bei weitem überwiegende Teil der Befragten (97,6%) als Motive die Bewältigung von Gefühlen angibt. Nur eine Minderheit nennt das Ziel Aufmerksamkeit oder Zuwendung zu erlangen, etwas Aufregendes zu erleben oder sich zu einer Gruppe zugehörig zu fühlen. (Petermann/ Winkel, 2009, S. 59)

Die Beendigung negativer Gefühlszustände und unangenehmer Spannungszustände ist folglich ein häufiges Motiv für SVV. Bis zu 94% der Befragten berichten sich nach der Selbstverletzung „besser“ gefühlt zu haben.

„Vielfach wird angenommen, dass selbstverletzendes Verhalten den Betroffenen in erster Linie dazu verhilft, ihre Gefühle zu regulieren, wenn dies auf andere Weise nicht bewerkstelligt werden kann. Das selbstverletzende Verhalten kann wie ein Ventil wirken, durch das überwältigende Gefühle wie Wut oder Panik nach außen abgeführt werden können. Der emotionale Schmerz wird in eine physische Form gebracht, die leichter zu kontrollieren und ertragen ist.“ Petermann/ Winkel (2009) S. 61

Auch andere Studien betonen als wesentliche Motive für SVV die Regulation der eigenen Gefühlswelt. Im Umgang mit Personen die sich selbstverletzen erlebe ich jedoch immer wieder, dass ihnen hauptsächlich die Motivation Aufmerksamkeit zu erwecken, oder Fürsorge zu erhalten unterstellt wird. Selbstverletzendes Verhalten wird aus der Außenperspektive oft manipulativ wahrgenommen und den Betroffenen nicht selten Erpressung unterstellt. Schließlich würden die Betroffenen sich „bewusst“ dafür entscheiden sich selbst zu verletzen. Diese Verschiedenheit der Wahrnehmung wird auch wiederholt in der Literatur erwähnt und in einen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang gebracht. Selbstverletzende Handlungen entsprechen sie nicht den gesellschaftlichen Vorstellungen über Wohlbefinden und Gesundheit und den Betroffenen werden daher mitunter offensichtliche „böse Absichten“ unterstellt. (Scanlon/Adam, 2009, S. 56)

2.3 Funktionen von SVV (Erklärungsmodelle)

2.3.1 Non-verbale Kommunikation der eigenen Gefühle

Aus der Beobachtung, dass Menschen mit selbstverletzendem Verhalten Schwierigkeiten haben ihren eigenen Gefühlen angemessenen Ausdruck zu verleihen, wird gefolgert, dass SVV eigene nicht wahrgenommene oder nicht erkannte Gefühle, einen diffusen Schmerz oder eine latente Verzweiflung in eine sichtbare und „fassbare“ Form bringen. (Petermann/Winkel, 2009, S. 61)

Für Personen, die sich selbst verletzen, sind Wörter kein angemessener Ausdruck ihrer Emotionen. Wenn die Anspannung unerträglich wird, ist die Selbstverletzung das Mittel ihrer Wahl um wieder ein emotionales Gleichgewicht her zu stellen. Die Schwierigkeit Affekte verbal regulieren zu können wird in Zusammenhang mit kindlicher Verwahrlosung und Traumatisierung gebracht. (D’Onofrio, 2007, S. 63)

2.3.2 Bewältigung von Dissoziation

Im psychiatrischen Kontext wird selbstverletzendes Verhalten häufig mit dem Versuch der Kontrolle von dissoziativen Symptomen erklärt. Eine Dissoziation wird definiert als

„ein Prozeß, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich abspalten und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen nebeneinander beibehalten und doch ein Konflikt zwischen diesen vermieden werden.“ Sachsse (2008) S. 46

Dissoziation kann laut Definition des DSM-IV die Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktion dreier unterschiedlicher psychischer Bereiche betreffen:

- das Bewusstseins, wenn ein Trauma die Synthese primärer Emotionen unterbricht,
- das Gedächtnis, wenn schwere und chronische Traumata zusätzlich die Speicherung eines Ereignisses im biographischem Gedächtnis stören,
- die Identität, wenn schwere und chronische Traumata in früher Kindheit zusätzlich die Entwicklung der integrativen Identität unterbrechen.

Dissoziative Zustände gehen mit Gefühlen von Leere, innerem „Wie-Tod-Sein“, völliger Hoffnungslosigkeit, Taubheit und Realitätsverlust einher. Betroffene berichten, dass sie während der Selbstverletzung keinen oder kaum Schmerzen spüren. Durch die

Selbstverletzung, den Anblick des warmen, fließenden Blutes und schließlich auch den Schmerz, können sie das Gefühl am Leben zu sein wieder spüren, sich mit sich selbst und ihrem Bewusstsein wieder verbinden. SVV geschieht sehr häufig in einem dissoziativen, autistischen Zustand, in dem der Kontakt zur Umwelt verloren gegangen ist. (D'Onofrio, 2007, S. 64)

„Es ist eine Frage der eigenen theoretischen Orientierung, ob man diese Zustände als psychotisch, präpsychotisch, pseudopsychotisch, schwer hysterisch oder (sicher am stimmigsten) als dissoziativ einordnet. Phänomenologisch handelt es sich um organisierte alpträumhafte Abläufe, die nicht willentlich zu unterbrechen sind und durch ein SVV wesentlich sicherer beendet werden können als noch so hoch dosierte Neuroleptika. Nach meiner Erklärung ist SVV das wirksamste Antidissoziationen überhaupt.“ Sachsse (2004) S 51f.

Auch beim Erleben von Depersonalisation und Derealisation, wenn Betroffene ihren Körper und ihr Denken als unwirklich, wie in weiter Ferne, als automatisiert, fremd oder losgelöst empfinden, wird SVV als ein wirksames Antidissoziativum gesehen.

2.3.3 Selbstbestrafung und Selbstfürsorge

Selbstbestrafung ist einer der wesentlichen Gründe für SVV. Eine mögliche Erklärung dafür ist der Versuch der Bewältigung von Schuldgefühlen, die entstanden sind weil die eigenen Gefühle nicht in Einklang mit der Erwartung der Umwelt zu bringen sind. Durch die Bestrafung des eigenen Körpers soll ein Gefühl von Gerechtigkeit wieder hergestellt werden. Durch die Selbstbestrafung entsteht ein fataler Kreislauf. Einerseits sollen Schuldgefühle beseitigt werden, andererseits entstehen diese erneut durch die oft schambesetzten Handlungen. (Ackermann, 2007, S. 43)

Auch Selbstfürsorge ist ein, auf den ersten Blick paradox erscheinendes, Motiv für SVV. Sich eine Verletzung zuzufügen schafft die Gelegenheit diese zu versorgen. Die Betroffenen seien oft davon überzeugt keine bessere Behandlung wert zu sein und gezwungen sich selbst zu verletzen um sich dann Gutes tun zu dürfen. (Petermann/ Winkel, 2009, S. 66.)

2.3.4 Ausdruck der eigenen Identität

„Ich bin eine Ritzlerin“. Die hohe Identifikation mit dem selbstverletzenden Verhalten kann in Abhebung von „normalen“ Menschen identitätsstiftend sein. Sachsse (2004, S. 86) spricht in diesem Zusammenhang von einem „narzisstischen Regulativ“ und dem „einzigen Mittel

sich narzisstisch zu reparieren und aufzubauen“. Diese Funktion des SVV würde „die hartnäckigsten Behandlungsschwierigkeiten“ mit sich bringen.

2.3.5 Bewältigung von affektiven Störungen

Das Risiko für SVV ist bei Depressionen erhöht. Dies wird damit erklärt, dass selbstverletzendes Verhalten als „Versuch zur Selbstmedikation“ dienen kann um „die eigene Stimmung zu heben, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit zu bekämpfen“ (Petermann/ Winkel, 2009, S 105) In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass der Körper bei Verletzung Endorphine freisetzt, durch die schlechte Stimmungen gehoben werden können.

2.3.6 Selbstverletzendes Verhalten als Suizidkorrelat

SVV wird kann auch als Suizidprophylaxe interpretiert werden und wird in diesem Fall verstanden als eine „neurotische Kompromissbildung zwischen andrängenden destruktiven Impulsen, Über-Ich-Anforderungen und Überwillen im Sinne der Wendung der Aggression gegen die eigene Person, aber in abgeschwächter Form.“ (Sachsse, 2009, S. 52)

SVV ist aber auch vergleichbar mit einem „appellativen Suizidversuch“ (Sachsse, 2004, S. 85). Der Autor weist in der Folge darauf hin, dass eine Minderheit unter den SVV-Patienten ernsthaft suizidal werden könne und diese Patienten eine „besondere Herausforderung für die Kliniker“ seien.

Die Psychoanalytikerin Anna Motz, weist darauf hin, dass unbewusste Wünsche bei einer Selbstverletzung sowohl Suizidabsichten, als auch Mordabsichten beinhalten können und die Unterscheidung schwierig sei. (Motz, 2009, S. 5, S. 31)

Auch andere Autoren weisen auf Selbstverletzung als Suizidprophylaxe hin, in diesem Sinne als partieller Suizid, oder Suizidersatz um sich vorübergehend zu narkotisieren.

„Die Selbstverletzung kann als Symbol gesehen werden, für den Suizid, den sich junge Frauen gelegentlich wünschen.“ Ackermann (2007) S. 44

2.4 Schlussfolgerungen

In Hinblick auf die empirischen Untersuchungen bezüglich der Motivation von selbstverletzendem Verhalten war für mich überraschend, dass der bei weitem überwiegende Teil der Befragten (97,6%) als Motive die Bewältigung von Gefühlen angibt. Das Ziel

Aufmerksamkeit oder Zuwendung zu erlangen nannte hingegen nur eine Minderheit. Dies deckt sich nicht mit meiner Wahrnehmung der Reaktionen auf das Verhalten meiner Klientinnen. Selbstverletzendes Verhalten wird aus der Außenperspektive oft manipulativ wahrgenommen. Den Betroffenen wird nicht selten Erpressung unterstellt und ihr „Agieren“ als Möglichkeit interpretiert Aufmerksamkeit zu erlangen. Entsprechend sind die Reaktionen auf das unerwünschte Verhalten oft wenig einfühlsam.

Das Durcharbeiten einiger Erklärungsansätze zu SVV zeigte mir verschiedenste Sichtweisen diese Handlungen zu interpretieren. Insbesondere das Aufzeigen der Zusammenhänge zwischen frühkindlicher Traumatisierung, Dissoziation und Selbstverletzung ermöglichte mir ein besseres Verständnis meiner Klientinnen. Ich merkte auch, dass im Behandlungsteam einer Patientin verschiedene Zugänge vertreten werden können. Bei Patientinnen mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung wird dies häufig als „Spaltung“ des Teams wahrgenommen.

In meiner personenzentrierten psychotherapeutischen Arbeit ist es für mich sehr hilfreich zu wissen, dass es eine Vielzahl möglicher Erklärungsmodelle gibt, es ist aber nicht mein Ziel meine Klientinnen dem einen oder anderen Modell zuzuordnen. Zu vielfältig und vielschichtig sind ihre Ausdrucksweisen und Schilderungen, zu unterschiedlich ihre Handlungen.

Einen wesentlichen Effekt hatte meine Auseinandersetzung mit der Fachliteratur zu diesem Thema jedoch. Mein Verständnis für die selbstverletzenden Handlungen meiner Klientinnen wurde zunehmend größer.

So konnte ich zunehmend akzeptieren, dass selbstverletzendes Verhalten für meine Klientinnen eine notwendige Ausdrucksweise ist, die es zu verstehen gilt. Und dieses Akzeptieren unterschied sich wesentlich von meiner anfangs doch eher oberflächlichen Akzeptanz, die eher in meinem Bemühen um eine entsprechende psychotherapeutische Haltung begründet war und weniger meiner tatsächlichen inneren Haltung entsprach. Ebenso änderte sich meine Fähigkeit Empathie zu empfinden langsam von einer eher hilflosen, vor Schreck starren Haltung hin zu immer mehr Neugierde auf das innere Erleben meiner Klientinnen!

ABSCHNITT II

Personzentrierte Psychotherapie mit selbstverletzenden Jugendlichen unter Berücksichtigung der Suizidalität

1. Zielsetzung

Im folgenden Abschnitt skizziere ich anhand von wesentlichen personzentrierten Wirkfaktoren und den daraus resultierenden therapeutischen Grundhaltungen meine psychotherapeutische Arbeitsweise mit selbstverletzenden Jugendlichen. Es ist hierbei nicht mein Anspruch ein störungsspezifisches Therapiekonzept zu entwerfen, sondern meinen erfahrungsorientierten Zugang aufzuzeigen.

Ich spreche in diesem Abschnitt von Klientinnen, da ich ausschließlich mit Mädchen und jungen Frauen die sich selbstverletzen gearbeitet habe und arbeite.

Die Berücksichtigung der Suizidalität ist für mich im Speziellen wichtig, da alle selbstverletzenden Klientinnen mit denen ich in den letzten 2 Jahren gearbeitet habe auch, zumindest zeitweise, suizidal waren. Ich konnte hierbei auch beobachten, dass Selbstmordgedanken oft stärker in den Vordergrund treten, wenn die Häufigkeit der selbstverletzenden Handlungen abnimmt.

Dies ist offenbar ein Spezifikum von selbstverletzenden Jugendlichen, die auf einer jugendpsychiatrischen Abteilung aufgenommen werden und deckt sich nicht mit der klaren Abgrenzung, die in der Literatur häufig zwischen selbstverletzendem und suizidalem Verhalten vorgenommen wird. (siehe Abschnitt 1)

2. Stärkung der Autonomie versus Fremdbestimmung

Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten erleben oft dass ihr Handlungsspielraum zunehmend eingeschränkt wird. Aus Unverständnis gegenüber ihrem Verhalten und aus Hilflosigkeit der Erwachsenenwelt damit umzugehen werden sie zunehmend kontrolliert und mit Verboten und Drohungen belegt. Eltern versuchen auch mit verschiedenen Versprechungen ihre Kinder zum Aufhören zu bringen, in der Hoffnung dass z.B. der in Aussicht gestellte Gegenstand attraktiv genug ist um ihn gegen das unverständliche Verhalten einzutauschen. Jugendliche empfinden dies oft als Erpressungsversuche und

fühlen sich nicht ernst genommen. Vielmehr entsteht ein regelrechter Machtkampf in dem sich alles um das Symptom dreht. In ihrem Bestreben um Autonomie verteidigen die Jugendlichen ihr Verhalten, das sie sich nicht verbieten oder abgewöhnen lassen wollen. Das Resultat ist eine Situation in der die Wahrnehmung der Außenwelt hauptsächlich auf das selbstschädigende Verhalten gerichtet ist. Es findet eine zunehmende Einengung statt, die auch zu vermehrten Selbstmordgedanken führen kann. Ein Maximum an Fremdbestimmtheit erleben Jugendliche wenn sie nach selbstverletzenden Handlungen, die nicht eindeutig von einem Suizidversuch abgrenzbar sind, wegen Selbstgefährdung in den Akutbereich einer Psychiatrie aufgenommen werden.

Auch einige psychotherapeutische Richtungen versuchen unerwünschtes Verhalten zu kontrollieren oder zu sanktionieren. Sie verfassen mit den Klientinnen entsprechende Behandlungsverträge, trainieren „Skills“ und übernehmen eine Expertenrolle. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, dass selbstschädigende Jugendliche entsprechende Struktur und Anleitung brauchen um wieder auf den richtigen Weg zu kommen.

Nicht so die personenzentrierte Psychotherapie. Sie unterstützt die Autonomie und vertraut auf Selbstorganisation und Selbstregulation. Diese Kraft soll in den Klientinnen gefördert werden, in dem Vertrauen, dass das „Selbst“ die Schritte in Richtung Heilung vorgibt.

„Kein Ansatz, der sich auf Wissen, auf Training, auf die Annahme irgendeiner Lehre verläßt, kann von Nutzen sein. ... Es ist möglich, einem Menschen eine Erklärung seiner selbst zu geben, Schritte zu verschreiben, die ihn vorwärts führen, ihm Kenntnisse über einen befriedigenderen Lebensmodus vermitteln müßten. Aber solche Methoden sind meiner Meinung nach nutz- und folgenlos. Das höchste, was sie erreichen können, ist eine temporäre Veränderung, die bald verschwindet und den Einzelnen überzeugter denn je von seiner Unfähigkeit zurückläßt.“ Rogers (1961a)

Als personenzentrierte Psychotherapeutin in der Arbeit mit selbstverletzenden Jugendlichen bin ich im Sinne Rogers davon überzeugt, dass nur eine Stärkung der Autonomie und das Vertrauen in die Selbstorganisation meiner Klientinnen nachhaltige Veränderungen bewirken können. Dies entspricht meiner Erfahrung nach nicht der oft konkreten Erwartungshaltung der Erziehungsberechtigten was eine Psychotherapie „bringen“ soll. Hier wird an mich häufig die Forderung nach direkter Verhaltensmodifikation gestellt. Es erfordert großen Nachdruck in der Kommunikation meiner psychotherapeutischen Grundhaltungen um klarzustellen, dass ich diese Erwartungshaltungen nicht erfüllen kann, für mich das „unerwünschte“ Verhalten ein Symptom ist, das sich im Entwicklungsprozess verändern wird und schließlich auch obsolet werden kann.

Das absolute Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz, die den Menschen in eine grundsätzlich positive und konstruktive Richtung führt ist in der Arbeit mit selbstschädigenden Klientinnen essentiell. Dadurch wird eine „Entwicklung hin zu Autonomie und weg von Heteronomie oder der Kontrolle durch äußere Zwänge“ (Rogers, 1959a, S. 22) ermöglicht. Auch hier bin ich als personzentrierte Psychotherapeutin gefordert meiner Klientin die Freiheit zu geben sie selbst zu sein.

„Denn alle Symptome, selbst Suizidimpulse und „selbstverletzendes Verhalten“ sind letztlich Lösungsversuche des Organismus, die immer eine positive, hilfreiche Absicht enthalten. Wenn es gelingt, diese positive, hilfreiche Absicht zu symbolisieren und zu aktivieren, kann sie einen adaptiven Ausdruck finden, so dass die problematischen Symptome mit der Zeit überflüssig werden.“ Claas (2007) S. 37

3. Autonomie und Beziehungsangewiesenheit: ein Spannungsfeld?

Der Aktualisierungstendenz liegt ein an der Selbstständigkeit orientiertes Personenverständnis zugrunde, im Vertrauen auf die Souveränität und Autonomie jeder Person, als eigenständiges, unverwechselbares Individuum.

Das Umfeld in dem Klientinnen leben ist ohne Zweifel mitverantwortlich inwieweit sich diese Tendenz sinnvoll entwickeln kann. Die äußeren Bedingungen „können bewirken, dass die Aktualisierungstendenz blockiert wird oder sich nur in verzerrten oder wirren Manifestationen zeigen kann, damit auch in solchen, die für den Betroffenen selbst und sozial destruktiv sind“. Schmid (2001) S. 65

Menschen sind also nicht, wie manchmal missverstanden wird, von Natur aus gut, sondern entwickeln sich nur dann konstruktiv und prosozial, wenn die Umweltbedingungen dies zulassen. Schmid spricht in diesem Zusammenhang von einer Personalisierungstendenz. Inhalt der personzentrierten Psychotherapie ist demnach die „Förderung von Personalisation durch Begegnung“. Der Fokus der Therapie liegt in der Unterstützung der Potentiale. Schmid (2010)

Dies verdeutlicht dass jeder Mensch von Anfang an auf Beziehungen zu anderen Personen angewiesen ist. Nur in der Begegnung, durch das Feststellen des „Anderssein“, durch die Wechselseitigkeit, kann die eigene Persönlichkeit entwickelt werden.

In der personzentrierten Psychotherapie findet sich dieses Spannungsfeld von Beziehungsangewiesenheit und Bedürfnis nach Selbstbestimmung wieder. Die

Aktualisierungstendenz ist das Potenzial, das es jedem Menschen ermöglicht sich zu entwickeln. Die Beziehung ist nötig um dieses Potenzial optimal zu entfalten.

„Die Spannung findet sich in jeder personzentrierten Beziehung: Wenn durch die Begegnung die Authentizität jedes der Partner in dieser Begegnung gewonnen wird. Es ist eine Spannung von Souveränität und Engagement, von Selbstbewußtsein und Hingabe, von Ich und Wir ist es auch eine hohe Probe unseres Seins, diese Spannung zwischen Individualität und Beziehungsorientiertheit zu leben, weil nicht im Ausgleich, sondern in der Austragung der Gegensätze der Ort des sich verwirklichenden Menschen ist.“
Schmid (1991) S. 147

In der personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen erlebe ich diese Spannung sehr stark. Dies äußert sich beispielsweise in Idealisierung und Entwertungen von Bezugspersonen und Freunden, aber auch von mir als Therapeutin. Es bedarf hier einer nachhaltigen Auseinandersetzung mit mir selbst und meinen personzentrierten therapeutischen Grundhaltungen um als Gegenüber möglichst hilfreich sein zu können.

Die Aktualisierungstendenz will Erfahrungen verstehen, exakt symbolisieren und in das Selbstkonzept integrieren. Dies ist möglich wenn Selbst und Erfahrungen verhältnismäßig kongruent sind. Bei Widersprüchen zwischen der tatsächlichen organismischen Erfahrung und dem wahrgenommen Selbst wird die bewusste Wahrnehmung jedoch verzerrt oder verleugnet und kann nicht exakt symbolisiert ins Selbst integriert werden. Daraus resultiert Inkongruenz von Selbst und Erfahrung und die Aktualisierungstendenz kommt mit diesem Subsystem, der „Tendenz zu Entfaltung des Selbst“ in Widerspruch.

„Dies ist ein Zustand der Spannung und inneren Konfusion, weil hinsichtlich einiger Aspekte das individuelle Verhalten durch die Aktualisierungstendenz, bezüglich anderer Aspekte jedoch durch die Selbstaktualisierungstendenz geregelt wird, so dass dadurch ungeordnetes oder unverständliches Verhalten entsteht.“ Rogers (1959a) S. 29

Jugendliche sind stark beeinflusst durch die Bewertungsbedingungen ihrer Eltern. Eine ablehnende bzw. abwertende Haltung kann ins Selbstkonzept übernommen werden und zur Ablehnung bzw. Abwertung ihrer selbst führen. Auch an bestimmte Bedingungen geknüpfte Zuneigung wird von Kindern oft übernommen, die sich nur mehr dann mögen wenn sie diese erfüllen können. Durch das zunehmende Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und das Zulassen auch unangenehmer Gefühle wird in der therapeutischen Beziehung das Selbstkonzept schrittweise verändert. Die Jugendlichen erleben sich als „mehr bei sich“, werden autonomer und Inkongruenzen zwischen Selbst und Erfahrung werden reduziert.

4. Beziehung als heilender Faktor

Die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin als zentralen Wirkfaktor betonen mittlerweile alle psychotherapeutischen Schulen. Bei genauerer Betrachtung gehen andere therapeutische Schulen aber davon aus, dass die Beziehung notwendig sei um weitere Therapieschritte ausführen zu können. Beziehung wird also als Vorbedingung der eigentlichen therapeutischen Arbeit gesehen, als etwas Zweckgerichtetes, Zielorientiertes. Dies unterscheidet sich ganz wesentlich vom personenzentrierten Verständnis der therapeutischen Beziehung.

„Dieser Ansatz ist der erste, der die therapeutische Beziehung selbst als Erfahrung des Wachsens betont. Alle anderen angeführten Ansätze erwarten vom Individuum, dass es wächst, sich verändert und bessere Entscheidungen trifft, nachdem es die Beratungsstunde abgeschlossen hat. In der neueren Praxis ist der therapeutische Kontakt selbst eine Entwicklungserfahrung. In ihr lernt der Klient sich selbst zu verstehen, unabhängig zu entscheiden und sich erfolgreich und auf erwachsene Art in Beziehung zu einer anderen Person zu bringen. Ganz sicher ist diese Art der Therapie keine Vorbereitung auf Veränderung, sie ist Veränderung“ Rogers (1942) S. 37

Durch das personenzentrierte Beziehungsangebot wird die Kraft zur Selbstorganisation und Selbstregulation in den Klientinnen geweckt und gefördert. Dadurch wird allmählich das eigene innere Erleben zugänglich gemacht und das „Selbst“, ebenfalls verstanden als selbstorganisierender Prozess, kann Veränderungen in eine heilende Richtung vornehmen.

Ich hoffe dass ich im Rahmen dieser Arbeit deutlich aufzeigen kann wie komplex es ist in Beziehung zu sein und zu bleiben. Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten lösen starke Emotionen in mir aus. Es ist verlockend mich auf eine Expertenrolle zurückzuziehen und Dinge zu erklären oder nach Ursachen zu suchen, aber in diesen Fällen bin ich nicht in Beziehung im Sinne einer gleichwertigen personenzentrierten Begegnung. Manchmal mag dies nötig sein um mich selbst zu schützen, aber auf einer Reflexionsebene versuche ich mir dies bewusst zu halten. Mein Ziel ist es möglichst präsent zu sein, im Sinne der Verwirklichung der personenzentrierten therapeutischen Grundhaltungen um Entwicklung in der Beziehung zu ermöglichen.

5. Beziehungsgestaltung in der personenzentrierten Therapie

5.1 Authentizität als Basis für Veränderung

5.1.1 Echtheit, Kongruenz, Authentizität, Transparenz

Rogers nennt Echtheit oder Kongruenz als die „grundlegendste unter den Einstellungen des Therapeuten, die den positiven Verlauf einer Therapie fördern“. Er postuliert, dass der Therapeut sich nicht hinter einer „Fassade oder Maske“ verbergen solle. Kongruent sein bedeutet, dass der Therapeut sich seiner Gefühle gewahr wird, dass er in der Lage ist diese Gefühle zu leben und mitzuteilen, also in die Beziehung zum Klienten einzubringen, wenn es angemessen ist. „Echtheit erfordert vollkommenes Vertrautsein mit dem fortwährenden komplexen Fluß des inneren Erlebens.“ (Rogers, 1977b, S. 30f.)

Lietaer definiert Kongruenz als die „Innenseite der Authentizität“ und stellt dem die Transparenz als „Außenseite der Authentizität“ gegenüber. Transparenz ist in diesem Sinne all jenes, das unseren Klientinnen von uns sichtbar wird. Dies umfasst „Selbstoffenbarung bzw. Selbsteinbringung“, wenn wir unsere Gefühle und Gedanken bewusst zeigen und mitteilen, und „persönliche Präsenz“, womit alle non-verbalen Signale umschrieben werden, die uns als Person „spürbar“ machen. (Wakolbinger, 2009, S. 69)

Diese differenzierte Sichtweise von Authentizität akzentuiert die für mich in Therapiestunden oft spürbare Unsicherheit inwieweit es „angemessen“ ist Gefühle anzusprechen. Rogers betont, dass auch negative Gefühle, wenn diese immer wieder auftreten, einer Äußerung bedürfen. Ich erlebe in mir immer wieder einen Zwiespalt, was ich meinen Klientinnen und mir zumuten möchte und wie ich mir unangenehme Gefühle anspreche. Insbesondere bei ambivalenter Wahrnehmung ist es verlockend, nur den angenehmeren Anteil aktiv einzubringen. In meinen Handlungen und in meinen non-verbalen Signalen wird dies für mein Gegenüber aber mitunter spürbar. Ich werde unglaublich, wenn ich mir negativer Gefühle nicht gewahr werde oder versuche diese zu verbergen. Jugendliche haben aber oft eine gute Wahrnehmung für diese Ambivalenzen und stellen hohe Anforderungen an meine Authentizität.

5.1.2. Authentizität auf dem Prüfstein

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität lösen in mir eine Vielzahl an Gefühlen aus. Wenn Klientinnen mir beispielsweise in aller Dramatik schildern wie sie sich schneiden, oder wenn sie mit mir über ihren Wunsch sich das Leben nehmen zu wollen sprechen, erlebe ich mich vorerst häufig als hilflos. Das liegt in meinen Augen daran, dass ich auf das Zuhören beschränkt bin, wobei ich auch Impulse in die Richtung habe, mein Gegenüber körperlich davon abzuhalten sich so massiv zu verletzen, oder sich das Leben nehmen zu wollen. Ich trage die Ambivalenz in mir, dass ich zwar verstehen kann, dass dieses Verhalten im Moment die Ausdrucksweise meiner Klientinnen ist und eine bestimmte Funktion erfüllt, aber es für mich einfach schwer auszuhalten ist nichts machen zu können. Im Sinne einer möglichst großen Transparenz versuche ich in diesem Fall meine ambivalente Wahrnehmung möglichst klar meinem Gegenüber mitzuteilen, etwa in Form von: „Es berührt mich sehr wie du über deine Selbstverletzung sprichst, du hast die Freiheit mit deinem Körper auf die von dir gewählte Art und Weise umzugehen, es macht mich hilflos dir nur zuhören zu können, weil ich diese Freiheit nicht in Frage stellen möchte, in mir gibt es Impulse dich davon abhalten zu wollen, weil es mir nicht egal ist wie du mit deinem Körper umgehst. „

Durch das Ansprechen meiner Ambivalenzen werde ich wieder handlungsfähig und biete meiner Klientin die Möglichkeit sich damit auseinanderzusetzen was ihre Erzählungen in mir auslösen. Dies unterscheidet sich wesentlich von der meist üblichen Reaktion der Erwachsenenwelt auf Selbstverletzungen, die von meinen jugendlichen Klientinnen wie folgt beschrieben wird: „Meine Mutter schimpft dann nur mit mir; In der Schule sagt die Direktorin, das ist tabu; Mein Vater brüllt mich deshalb an; Sie sagen ich soll damit aufhören.“

Durch die Thematisierung meiner Hilflosigkeit können Jugendliche auch die Reaktionen anderer Erwachsener differenzierter sehen. Dadurch ändert sich ihr Selbstbild, sie erleben sich als weniger durch Erwachsene fremdbestimmt und als wirkungsvoller in ihren Handlungen.

Authentizität ist nicht statisch, sondern mein fortwährendes Bemühen um mehr Offenheit, Transparenz und Klärung der Gefühle, die meine Klientin in mir auslöst. Ich erlebe dies immer wieder als Herausforderung im Sinne Rogers:

„Niemand erreicht diesen Zustand ganz und gar, aber je mehr ein Therapeut imstande ist, akzeptierend auf das zu achten, was in ihm vor sich geht, und je besser er es fertigbringt, ohne Furcht das zu sein, was die Vielschichtigkeit seiner Gefühle ausmacht, um so größer ist seine Übereinstimmung mit sich selbst.“
Rogers (1977b) S. 213

Jugendliche wünschen sich ein konkretes Gegenüber. Sie stellen Fragen nach meinen persönlichen Lebensumständen, wollen sich über Hobbies, Filme, Musik, und ähnliches austauschen. Auch hinterfragen sie meine Position zu bestimmten Themen. Ich nehme diese Anliegen ernst, biete mich als Gegenüber an, und lasse mich überraschen wohin uns das Gespräch führt.

5.2 Kontakt im prozesshaften Verständnis

5.2.1. Psychologischer Kontakt als relationaler Prozess

Rogers nennt als erste Bedingung des therapeutischen Prozesses, dass sich zwei Personen in Kontakt befinden. Er weist darauf hin, dass diese so grundlegend ist, dass Kontakt auf einem zumindest minimalen Niveau als Vorbedingung für die anderen fünf Bedingungen verstanden werden sollte.

„Menschen befinden sich in psychologischem Kontakt oder haben das Minimum an Beziehung, wenn sie eine offen oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen.“ Rogers (1959a) S 34

Eine differenziertere Auseinandersetzung mit der Art und Weise des Kontaktes nahm Prouty in seiner „Prä-Therapie“ vor, die das Ziel hat den psychologischen Kontakt zu verbessern. Prouty betont hierbei das aktive Bemühen um Kontakt durch die Kontaktreflexionen der Therapeutin, die auf einführende Art Kontakt anbieten. Prouty streicht auch die Wichtigkeit der nicht-sprachlichen Ebene hervor. (Prouty/Pörtner/Dion Van Werde, 1998, S. 32f.)

Psychologischer Kontakt wird in der personenzentrierten Psychotheorie heute zunehmend als relationaler Prozess verstanden. Auch wird Kontakt nicht mehr als Kontinuum auf einem minimalen Niveau verstanden, sondern die Art des Kontaktes wird als wesentlich für die therapeutische Beziehung gesehen. „The depth of contact is what makes the difference between a rather mechanical and lifeless therapeutic relationship and one that shimmers with energy and involvement.“ (Wyatt, 2007, S. 144)

Während des Erstgesprächs ist die Herstellung des Kontaktes sicherlich ein zentrales Element. Michael Behr spricht an, dass „im Erstkontakt mit der Familie der Beziehungsaufbau von größerer Bedeutung ist als der Gewinn von diagnostischen Informationen“ und schlägt „ein Konzept für einen beziehungsorientierten Erstkontakt in der Kindertherapie vor“. (Behr, 2006, S. 108)

Er nennt mehrere mögliche Settings für das Erstgespräch und beschreibt ein prozesshaftes Vorgehen. Im Laufe des Erstkontakts seien „weiche Prozesselemente“ jene Teile die dem Beziehungsaufbau dienen. Dies beinhaltet das Zeigen von Wertschätzung und ein symmetrisches Beziehungsangebot, Transparenz, empathische Reflexionen und das Herausarbeiten von Perspektiven aller am Gespräch beteiligten, wobei insbesondere jene des Kindes hervorgehoben wird. „Harte Prozesselemente“ sind jene Gesprächsteile, die der Diagnostik dienen wie beispielsweise die elterliche Schilderung der Symptomatik, klassische anamnestiche Informationen, lebensgeschichtliche Schlüsselereignisse und innerfamiliäre Kommunikation.

„Diese Offenheit erschwert das Erheben von „harten“ diagnostischen Daten, die man en passant an günstiger Stelle innerhalb der Gesprächsdynamik sammeln muss. Diese Erschwernis zahlt sich doppelt aus: aufgrund des besseren Beziehungsaufbaus gewinnt man in Wahrheit zusätzliche diagnostische Informationen, die man andernfalls vielleicht nie oder viel später erhielte. Und die Therapie kommt schneller an wesentliche Punkte und Prozesse“ Behr (2006) S. 116

Dieser „beziehungsorientierte“ Fokus im Erstkontakt unterscheidet sich wesentlich vom klassischen Erstgespräch in dem es vor allem um Informationsgewinn im Sinne einer Anamnese geht.

5.2.2. Ein Versuch in Kontakt zu bleiben: Therapie mit selbstverletzenden und suizidalen Jugendlichen

Jugendliche mit selbstschädigendem Verhalten erlebe ich im Erstkontakt als sehr vorsichtig. Die Wenigsten beginnen eine Psychotherapie aus eigener Motivation. Meist werden sie mit mehr oder weniger Druck von Eltern und/oder behandelnden Ärzten in eine Therapie empfohlen. Im Falle von selbstverletzendem Verhalten erlebe ich öfters, dass Jugendliche sich vordergründig wünschen einfach nur in Ruhe gelassen zu werden. Es ist das Umfeld das ihr Verhalten nicht aushält und Veränderung möchte. Entsprechend skeptisch sind diese Jugendlichen einer Therapie gegenüber und das Herstellen von Kontakt ist nicht einfach.

Erstgespräche führe ich im klinischen Kontext alleine mit dem/r Jugendlichen. Mein Fokus liegt von Anfang an beim inneren Erleben meiner Klientin und nicht im Erheben von Informationen. Von ärztlicher Seite ist das Gewinnen und Überprüfen von Informationen für die diagnostische Arbeit wesentlich. Um psychotisches Erleben zu diagnostizieren ist auch die Frage des Realitätsbezuges dieser Informationen wichtig. Ich versuche mich für meine Klientinnen spürbar möglichst klar von diesen diagnostischen Fragestellungen abzugrenzen.

In der freien Praxis habe ich kein einheitliches Setting für den Erstkontakt. Am Telefon versuche ich abzuklären inwieweit das Erstgespräch mit dem Jugendlichen alleine oder gemeinsam mit einem Erziehungsberechtigten stattfinden soll. Im zweiten Fall spreche ich, wenn möglich, zuerst alleine mit den Jugendlichen, um klar zu machen, dass ihre Anliegen im Fokus sind. Anschließend bitte ich den/die Erziehungsberechtigten dazu und höre ihre/deren Sicht der Dinge. Ich versuche hierbei besonders achtsam zu sein, dass der Kontakt zu meiner Klientin nicht abbricht. Ich bin immer wieder überrascht, dass Eltern in Anwesenheit ihres Kindes über dieses sprechen, als ob es nicht im Raum wäre. Im Erstgespräch konzentriere ich mich in erster Linie auf die „weichen Prozesselemente“ im Sinne eines „beziehungsorientierten Erstkontakts“.

Auch im Laufe einer Psychotherapie ändert sich die Qualität des Kontaktes im Sinne des relationalen Verständnisses von psychologischem Kontakt laufend. Ist es möglich intensiven Kontakt herzustellen sind die Stunden oft sehr lebendig. Die Art des Kontaktes kann sich auch während einer Stunde stark verändern und mitunter kann der Kontakt zwischen meiner Klientin und mir auch abbrechen. Ich kenne dies beispielsweise wenn eine Klientin mir ihre Selbstmordabsicht mitteilt, zunehmend suizidal eingeengt ist, keinen Augenkontakt mehr herstellt, verbal nicht mehr erreichbar ist und mir durch ihre Körpersprache zu verstehen gibt, dass sie in ihren Gedanken weit weg ist. In diesem Fall sehe ich mich als Therapeutin gefordert wieder Kontakt herzustellen. Authentizität ist hierfür meine größte Ressource.

In den Therapien mit meinen Klientinnen wird mir immer wieder bewusst wie wichtig es ist achtsam zu sein, dass wir in psychologischem Kontakt sind und bleiben. Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten haben oft wenig Vertrauen in die Tragfähigkeit einer Beziehung und ziehen sich schnell zurück. Spreche ich meine diesbezügliche Wahrnehmung an höre ich regelmäßig: „egal“, „war nicht so wichtig“, „ist eh wurscht“ – meist gefolgt von

längerem Schweigen. Aus meiner Erfahrung heraus bin ich in solchen Fällen besonders bemüht auf einführende Weise in Kontakt zu bleiben.

5.3 Veränderung durch Anerkennung

5.3.1 Unbedingte Wertschätzung

Unbedingte Wertschätzung bedeutet „eine Person zu schätzen, ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat.“ Der Therapeut zeigt „bedingungslose positive Beachtung im Hinblick auf die Erfahrungen, vor denen der Klient sich fürchtet oder deren er sich schämt. Und zwar in genau derselben Weise wie den Erfahrungen gegenüber, die den Klienten erfreuen und befriedigen. Nach unseren Erfahrungen hilft dies Veränderungen herbei zu führen.“ (Rogers, 1959a, S. 35)

Rogers spricht auch davon, dass der Therapeut dem Klienten gegenüber eine „geradezu leichtgläubige“ Haltung einnimmt, in dem er den Klienten so akzeptiert wie er sich mitteilt, ohne den Verdacht zu haben, dass er vielleicht ganz anders ist. „Dies ist keineswegs Dummheit des Therapeuten; es ist die Haltung, die mit größter Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass der Klient Vertrauen fasst, sein Selbst weiter erkundet und unrichtige Äußerungen korrigiert, sobald sich sein Vertrauen gefestigt hat.“ (Rogers, 1977b, S. 28)

5.3.2 Freiheit zur Veränderung durch bedingungslose Anerkennung

Unbedingte Wertschätzung bedeutet für mich, dass ich versuche meine jugendlichen Klientinnen so anzunehmen wie sie sich in den Therapiestunden zeigen. Ich vermittele ihnen, dass sie so okay sind, wie sie eben gerade sind und ich mir nicht wünsche, dass sie sich ändern. Jugendliche werden in der Regel – auch wenn dies nicht explizit ausgesprochen wird - mit dem Auftrag ihr selbstschädigendes Verhalten zu ändern zu mir in Therapie geschickt. In den ersten Stunden kommunizieren sie mir häufig, dass sie ihr von der Erwachsenenwelt offenbar so unerwünschtes Verhalten tatsächlich ändern wollen. Bei zunehmendem Vertrauen in meine Wertschätzung sprechen meine Klientinnen an, wie ambivalent sie bezüglich des Aufhörens sind, oder dass sie eigentlich nicht mit ihrem selbstverletzenden Verhalten aufhören wollen. Diese Ehrlichkeit ist erst möglich, wenn es nicht mehr nötig ist sich gegen mich als Erwachsenen zu verteidigen.

In wieweit meine unbedingte Wertschätzung echt ist und es möglich ist mir wirklich zu vertrauen ist eine Frage die mir auch im Laufe der Therapie immer wieder mehr oder

weniger direkt gestellt wird. Manchmal sprechen meine Klientinnen sehr direkt an, dass sie daran zweifeln, dass ich so bin wie ich mich zeige: „Sie sitzen hier ja nur wegen dem Geld!“ „Sie sind ja nur so weil sie dafür geschult sind!“ „Das ist ihr Job, meinen sie das auch so?“ „Sie sind ja auch eine von denen, die mir alles verbieten wollen!“ In solchen Situationen antworte ich meist ebenso direkt, weil ich der Überzeugung bin, dass es wenn ich so „herausfordert“ werde darum geht mich als Gegenüber zu spüren. Dieser Widerspruch zwischen Misstrauen meiner unbedingten Wertschätzung gegenüber und dem Bedürfnis verstanden und angenommen zu werden ist in Therapiestunden häufig spürbar.

Durch das bedingungslose Akzeptieren erleben Jugendliche in der therapeutischen Beziehung eine Freiheit, die es ihnen ermöglicht sich aus sich selbst heraus zu verändern. Sie können sich ebenso bedingungslos annehmen und müssen ihre Gefühle nicht in Abgrenzung zu mir als Erwachsenen formulieren. Diese Freiheit ist oft etwas ganz neues und kann auch zu starker Verunsicherung führen und mitunter auch zu dem Gefühl mit einer Entscheidung alleine gelassen zu werden. Dieses Bedürfnis nach Orientierung in Ambivalenz zum Bedürfnis nach Autonomie versuche ich entsprechend zu thematisieren.

Christian Fehring spricht von „zwei grundlegenden Funktionen“, die „der Therapeut, als nicht bedrängender, aber präsenter, emotional zur Verfügung stehender Erwachsener“ erfüllt: die „eines sehr vorsichtigen „Resonanzkörpers“ auf die emotionalen Befindlichkeiten des Klienten, und auch die eines Behälters, der das was in ihn hineingelegt wird, nicht bewertet, sondern benennt und erklärt, Erfahrungen als Orientierung anbietet, sich wegen zeitweiliger omnipotenter Triumphe des Adoleszenten nicht „rächt“, die Entwertungen oder die Idealisierung, die sich auf ihn bezieht, mit Gelassenheit ein Stück weit zulässt und sich seine Authentizität erhält.“ (Fehring, 2006, S.184)

5.4 Veränderung durch Verstehen

5.4.1 Empathie

„Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „als ob“-Position aufzugeben.... Verliert man diese „als-ob“-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung.“ „Der innere Bezugsrahmen ist die subjektive Welt des Individuums. Nur das Individuum allein kennt sie völlig. Diese innere Welt kann niemals durch einen anderen erfahren werden, es sei denn durch empathisches Einfühlen, jedoch auch dann niemals ganz.“ Rogers (1959a) S.37

Rund 20 Jahre nach seiner ersten Definition von Empathie betont Rogers dass Empathie als Prozess zu verstehen ist. Es gehe darum den „nicht-verbalisierten innersten Fluss“ als Bezugspunkt zu benutzen.

„Empathie bedeutet, zeitweilig das Leben dieser Person zu leben; sich vorsichtig darin zu bewegen, ohne vorschnell Urteile zu fällen; Bedeutungen zu erraten, deren sie selbst kaum gewahr wird; nicht aber Gefühle aufzudecken versuchen, deren sich die Person gar nicht bewußt ist, dies wäre zu bedrohlich. Sie schließt ein, dass man die eigenen Empfindungen über die Welt dieser Person mitteilt, da man mit frischen und furchtlosen Augen auf Dinge blickt, vor denen sie sich fürchtet. Sie bedeutet schließlich, die Genauigkeit eigener Empfindungen häufig mit der anderen Person zusammen zu überprüfen und sich von ihren Reaktionen leiten zu lassen. Der Therapeut ist für die Person der vertraute Begleiter in ihrer inneren Welt.“ Rogers (1977) S. 79

Mit einem „vertrauten Begleiter“ an der Seite können auch beunruhigende und aufregende Aspekte des aktuellen inneren Erlebens in einer Beziehung verstanden werden. Dies ist der erste Schritt zu einer Änderung des Selbstkonzepts und ermöglicht in der Folge eine Verhaltensänderung als Anpassung an das neue wahrgenommene Selbst.

5.4.2 Aufhebung von Entfremdung und Isolation durch Empathie

Die „innere Welt“ von Jugendlichen ist häufig von Widersprüchlichkeiten geprägt. Als personenzentrierte Psychotherapeutin werde ich mit einem Nebeneinander von scheinbar unvereinbaren Empfindungen in manchmal erschreckender Intensität, mit Gedankensprüngen zwischen verschiedensten Themen, mit Idealisierung und Ablehnung, mit verschiedensten Weltbildern und Meinungen konfrontiert. „Vertrauter Begleiter“ in dieser inneren Welt zu sein ist eine Herausforderung, insbesondere wenn es um für mich fremde Empfindungen geht.

Das Selbstverletzung Erleichterung bei Anspannung oder „seelisch unerträglichen Zuständen“ bewirken kann ist für mich aus meiner eigenen Erfahrungswelt nicht einfach nachzuvollziehen, ganz im Gegenteil verursacht eine Verletzung bei mir Stress anstatt diesen zu reduzieren. Die theoretische Auseinandersetzung mit diesem Thema kann mir dabei helfen mir besser vorzustellen, dass es durch SVV möglich ist Erleichterung zu empfinden und Anspannung zu reduzieren, aber erst in der Begegnung mit meinen Klientinnen entwickelt sich meine Fähigkeit zur Empathie im Sinne eines prozesshaften Verständnisses.

Ich erlebe, dass Klientinnen am Anfang einer Therapie eher vorsichtig damit umgehen, was sie mir anvertrauen. Ich habe oft das Gefühl, dass dies ihrer Wahrnehmung dessen

entspricht, was sie mir zumuten können. So wird der Satz „Ich hab mich geritzt“ beispielsweise von einem schnellen „aber ich machs eh nicht mehr“ begleitet. Ich spreche dann an, dass ich versuchen möchte zu verstehen warum die Selbstverletzung eine offenbar notwendige Strategie ist z.B. mit Anspannung umzugehen und dass es mir nicht darum geht ob meine Klientin vorhat sich wieder zu schneiden. Ich zweifle nicht an, dass dies ihr Anliegen ist und versuche meine Wahrnehmungen und Empfindungen über die Schilderungen meiner Klientin möglichst wertschätzend zu formulieren. Meine Empfindungen ändern sich hierbei durchaus. So reagierte ich auf die detaillierte Schilderung einer Selbstverletzung anfangs mit „Das muss dir aber sehr weh getan haben!“ Diese wenig empathische Wahrnehmung wurde mit einem „Nein, wieso? Mir tut das nicht weh!“ zurückgewiesen. Manchmal bin ich verwundert wie geduldig Klientinnen mit mir sind wenn es darum geht endlich von mir verstanden zu werden! Durch mein Bemühen um Empathie wurde es der oben genannten Klientin im Laufe der Therapie beispielsweise möglich darüber zu sprechen, dass sie ununterbrochen nur daran denken kann, wann und wie sie sich am besten, schnellsten und ungestörtesten selbstverletzen kann, und zwar auch während sie mit mir spricht, dass sie es nicht mehr machen möchte habe sie nur gesagt, weil das alle von ihr erwarten.

Auch wenn ich immer wieder aufs Neue überrascht bin über die Fremdheit der inneren Welten meiner Klientinnen, merke ich, dass ich Empathie durch Erfahrungen in der Begegnung lernen kann. In dem Ausmaß in dem meine Angst vor dem mir Unbekannten weniger wird, findet meine Klientin aus ihrer Isolation heraus und kann sich in Beziehung erleben. Empathie hebt „Entfremdung auf“. (Rogers, 1977, S. 86)

Rogers meint, dass Empathie Priorität hat, wenn „der andere verletzt, verwirrt, verängstigt, entfremdet, erschreckt ist oder an seinem Selbstwert zweifelt, oder sich seiner Identität nicht sicher ist.“ Er spricht auch davon, dass die eigene Identität erst durch das Verstanden werden entwickelt wird. (Rogers, 1977, S. 86ff.)

Die Identitätsfindung ist sicherlich eine der zentralen Aufgabe der Adoleszenz und in der heutigen Welt der scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten eine schwer bewältigbare. Es gilt Ambivalenzen zu ertragen und Entscheidungen zu treffen. Jugendliche fühlen sich mit dieser Verantwortung oft alleine gelassen und überfordert.

„Mein Eindruck ist, dass diesen Klienten ein verinnerlichtes Zwiegespräch fehlt, das es ermöglicht, innere Erfahrungen als solche zu erleben, zu symbolisieren und sich damit einen Ausdruck zu verschaffen. In der

therapeutischen Beziehung muss diese Form des inneren gemeinsamen Dialogs erst entwickelt werden, den Klienten stehen – in ihrer Einsamkeit – dieser Aufgabe ratlos gegenüber.“ Fehringer (2006) S. 181

Empathie lässt meine Klientinnen spüren, dass sie nicht alleine sind, dass sie ein Gegenüber haben, das sich ihnen geduldig anbietet, sich um immer besseres Verstehen bemüht. In dieser Einsamkeit nicht alleine gelassen zu werden ist eine wesentliche Erfahrung im therapeutischen Prozess! Dies möchte ich anhand des folgenden Fallbeispiels verdeutlichen.

Meine Klientin zieht sich im Laufe der Therapiestunde zunehmend zurück, reagiert nur mit kaum wahrnehmbaren Kopfbewegungen auf meine Bemühungen in Kontakt zu bleiben. Wir schweigen einige Minuten, meine Klientin blickt auf den Boden, wirkt teilnahmslos, resignierend.

T: Das ist für mich kaum auszuhalten. Wir sind hier zu zweit, aber ich fühle mich so einsam! Wie kann ich damit nur zurecht kommen? (Ich seufze laut)

Klientin schaut auf. Kurzes Schweigen.

T: Ich bin nicht alleine, aber total einsam. Da ist jemand mit dem ich reden könnte, aber ich bin trotzdem einsam. Das ist schwer auszuhalten!

Meine Klientin schaut mich an, wieder kurzes Schweigen, Blickkontakt

T: Geht es dir ähnlich, bist du auch einsam?

Meine Klientin nickt, schaut zu Boden, kurzes Schweigen

T: Hast du dieses Gefühl hier und jetzt? (Schweigen) Kennst du es vielleicht auch von woanders?

Klientin schaut auf, Blickkontakt, Schweigen

K: Es geht mir ganz oft so. Ich sitze irgendwo und fühle mich wie ein Alien.

Im weiteren Gespräch sprechen wir über jene Situationen in denen die Einsamkeit für uns beide am größten ist und über Möglichkeiten damit umzugehen. Es ist möglich geworden eine wichtige neue Erfahrung zu erleben und das Selbstkonzept entsprechend abzuändern. Das Gefühl „es versteht mich eh keiner, und schon gar nicht in meiner Einsamkeit“ weicht Neugierde wie ich als Therapeutin mit meiner Einsamkeit umgehe.

Empathisches Verstehen ermöglicht Klientinnen aus ihrer Isolation herauszufinden. In der Begegnung erleben sie sich nicht mehr als „nervig“, „nicht auszuhalten“, „deppert“ oder „verrückt“. Sich als nicht alleine gelassen wahrzunehmen ist ein wichtiger heilsamer Faktor.

5.4.3 Störungsspezifisches empathisches Verstehen

Ute Binder betont die Wichtigkeit des „störungsspezifischen empathischen Verstehens“, das über das normale empathische Verstehen hinausgeht.

„Störungsspezifische Verstehensansätze stellen den Versuch dar, über spontan Vertrautes hinaus auch zu einem differenzierteren Zugang zu Erleben zu finden, das sich weder dem Betroffenen noch seinem Gegenüber unmittelbar erschließt, sondern erst über gemeinsame Erarbeitung oder auch Umwege bzw. Analogie – Störungserfahrungen, Störungswissen, Forschung, Lehre, Supervision ect. - zugänglich und vertraut genug wird, um verstanden zu werden..... Durch Vertrautheit mit dem gestörten Bereich wird es erst möglich, einen offenen Blick auf die Person in allen ihren Facetten und Besonderheiten zu haben.“ Binder (2011) S. 39

Dieses störungsspezifische empathische Verstehen ist notwendig um eine konstruktive therapeutische Beziehung aufrecht zu erhalten, da die störungsspezifische Erfahrung die „Suchrichtung bei den Verstehensbemühungen“ vorgibt und damit schnelleres, spontaneres und präziseres Verstehen möglich ist. Je lebensbestimmender bzw. dominanter eine Störung für die betroffene Person ist, desto wichtiger wird störungsspezifisches empathisches Verstehen.

Die normale „Alltagsempathie“ geht vom eigenen Erleben, dem üblichen Erwarteten oder prototypisch Vertrauten aus. Davon abweichende Verhaltensweisen, wie dies beispielsweise eine Selbstverletzung ist, können mit „Alltagsempathie“ schwer eingefühlt werden und die betroffenen Personen werden in den entsprechenden Bereichen kontinuierlich falsch oder nicht verstanden.

Ute Binder postuliert, dass für die personenzentrierte Psychotherapie eine „notwendige Unterscheidung von Alltagsempathie und therapeutischer Empathie“ ein zentrales Element für Veränderungen im therapeutischen Prozess sei. (Binder, 2011, S. 42)

Störungsspezifisches empathisches Verstehen wird durch folgende Grundsätze (ebd. S. 43) charakterisiert und unterscheidet sich dadurch ganz wesentlich von bloßen diagnosegeleiteten Einstellungen:

- Störungswissen steht im Dienste von Empathie
- Oberstes Ziel sind konstruktive Beziehungserfahrungen

- Diagnosen sind Begriffe für bestimmte Zustände im Prozess, die nicht vom Therapeuten erhoben, sondern vom Klienten vermittelt werden
- Phänomenologische Erkenntnisse sind eine lohnende Suchrichtung
- Therapeutische Verstehensprozesse sind im Prinzip abhängig von beiden beteiligten Personen und damit als intersubjektiv intendiert

Diese Sichtweise von empathischem Verstehen deckt sich mit den Erfahrungen, die ich im Therapieprozess mit meinen Klientinnen mache. Die Erweiterung meines Erfahrungshintergrundes in Richtung einer Vertiefung meines störungsspezifischen Wissens und das gemeinsame Erarbeiten eines besseren Verständnisses sind wesentlich für Veränderungsprozesse. Das „Fremde“, das „Neue“ und die „Überraschung“ bekommen mehr Raum in der therapeutischen Beziehung, wenn mein Erschrecken einer zunehmenden Neugierde weicht, wenn es im Sinne Ute Binders Störungswissen im Dienste der Empathie ist.

6. Verträge als Intervention um Selbstschädigung zu beschränken

In der Arbeit mit suizidalen und selbstverletzenden Klientinnen wird oft mit Verträgen gearbeitet. Diese sollen eine Eigenverpflichtung zur Beschränkung oder Vermeidung selbstschädigenden Verhaltens bewirken. Meine Erfahrung mit solchen Verträgen ist, dass sie eher zur Absicherung und Beruhigung des zweiten Vertragspartners dienen, als zur Heilung der Klientinnen beizutragen. Dabei spielt es für mich keine Rolle, ob von einem „Therapievertrag“ oder von weniger negativ besetzten Begriffen wie „Selbstverpflichtung“, „Versprechen, dass sie sich selbst geben“ oder „Garantieschein“ gesprochen wird. Gleich bleibt all diesen Vereinbarungen, dass sie in erster Linie zur Sicherheit des Therapeuten abgeschlossen werden. In meinen Augen ist ein schriftlicher Vertrag für die Klientinnen nicht bindender als ein mündliches Versprechen, für Therapeuten aber gibt es mehr Sicherheit ein Schriftstück in der Hand zu haben. Um dieses zu erhalten scheint es auch legitim manipulativ vorzugehen:

„Ich diktiere dann eine entsprechende Formulierung, wobei ich dem Patienten meist ein Heft anbiete, von denen ich immer einige auf Vorrat in der Praxis habe.“ Solch eine Formulierung ist beispielsweise: „Ich werde bis zur nächsten Sitzung am.....am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal, was passiert, und egal, wie ich mich fühle.“ Der Autor schreibt in der Folge: „Manche Patienten lassen sich gerne wörtlich diktieren, während andere auf eigenen Formulierungen bestehen. Im letzteren

Fall passiert es aber nicht selten, dass die Patienten sehr vagen Aussagen den Vorzug geben. Dies darf ich natürlich nicht akzeptieren, sondern muss mit dem Patienten eine klare Aussage erarbeiten.“ (Dorrmann, 2009, S. 60ff.)

Solcherart manipuliert und der Eigenverantwortung enthoben zu werden ist ganz sicher nicht im Sinne einer personenzentrierten Psychotherapie. Innerlich Lächeln musste ich als ich den oben zitierten Text weiterlas. „Es passiert auch, dass Klienten auf die Unzulänglichkeit dieser Selbstverpflichtung hinweisen.“ Aber mein Lächeln verging mir wieder. „In solchen Fällen frage ich die Patienten, was ihnen in derart kritischen Situationen denn bisher geholfen habe am Leben zu bleiben. Genau dies greife ich dann auf und lasse in den Vertrag integrieren. Wenn der Patient gar keine eigenen Selbstkontrolltechniken hat, biete ich zusätzliche Rahmenbedingungen an, die ihm helfen können sich zumindest bis zur nächsten Sitzung sicher zu fühlen.“ Der Autor spricht dann über genau vereinbarte telefonische Erreichbarkeit „das Recht auf einen 5minütigen Anruf pro Tag“ oder Notfallsitzungen. All dies soll auch schriftlich vereinbart werden. Die Übernahme einer Expertenrolle in so einem hohen Ausmaß und das fehlende Vertrauen in „den Patienten“ verursacht in mir Zweifel an der Qualität des Therapeuten.

Für mich ist dieses Beispiel einen Therapievertrag zu erstellen ein gutes, wenn auch hoffentlich überzeichnetes, Spiegelbild wie von Erwachsenenenseite versucht wird Jugendliche dazu zu bringen „Eigenverantwortung für ihre Handlungen“ zu übernehmen. Das Scheitern kann dann beim Jugendlichen festgemacht werden, schließlich habe er sich ja verpflichtet, konnte sein Versprechen nicht halten, während die andere Vertragsseite sich redlich bemüht.

Jugendliche mit selbstverletzenden Verhalten werden auch in Institutionen mit „selbstverpflichtenden“ Verträgen konfrontiert. Die Unterfertigung dieser Verträge ist meist die Bedingung für den weiteren Verbleib in der Institution und erfolgt nicht wirklich freiwillig. Durch die Vorgabe von Regeln und deren Kontrolle soll eine Verhaltensänderung bewirkt werden. Dies ist in meinen Augen für die betroffenen Jugendlichen im besten Fall wenig hilfreich, in der Regel aber stigmatisierend und kann die Anspannung erhöhen. Es kann mitunter auch zu einer Verstärkung des selbstverletzenden Verhaltens führen. „Ich muss mich möglichst schnell, möglichst tief und möglichst oft schneiden, weil ich weiß nicht wann ich wieder die Gelegenheit dazu haben werde! Ich weiß nicht was denen als

nächstes einfällt!“ sagte mir eine Klientin, die sich mit zunehmenden Sanktionen ihres ungewünschten Verhaltens konfrontiert sah.

Handelt es sich bei der Institution um die Schule kann für die Betroffene ein wesentlicher Bereich ihres Lebens am Spiel stehen, der in der Regel als eher stabilisierend erlebt wird. Unter Rücksprache mit meiner Klientin bin ich in diesem Fall bereit Kontakt mit der Schule aufzunehmen um eine andere Sichtweise einzubringen. Ebenso wichtig ist es mir meine Klientin in dieser Situation nicht alleine zu lassen, da Erziehungsberechtigte oft einer Meinung mit der Schule sind. Solcherart gestärkt ist es meinen Klientinnen mitunter auch möglich sich selbst verständlich zu machen und gehört zu werden.

Institutionen und Therapeuten, die mit solchen Verträgen arbeiten, tragen damit zu einer Reduktion der Eigenverantwortung und zu weiterem Kontrollverlust der Jugendlichen bei. Dabei wäre es wesentlich die Betroffenen durch „Empowerment“ zu unterstützen damit diese die Eigenwirksamkeit in ihrem Leben wieder besser spüren können!

Helen Spandler und Sam Warner schreiben in einer Publikation zum Projekt „42street“ einer Einrichtung in der auch Jugendliche mit selbstverletzendem und suizidalem Verhalten Unterstützung finden, dass nach heftigen Diskussionen Therapieverträge durch eine Vielzahl individueller Maßnahmen ersetzt wurden. „The suicide and self-harm project allowed us to take our first steps toward establishing a service which explicitly moved from managing or stopping self-harm, to working with young people in more permissive, person-centred and empowering ways.“ (Spandler/Warner, 2007, vii)

7. Grenzen setzen - die eigenen Grenzen kennen

In der Arbeit mit Jugendlichen sind Grenzen ein wichtiges Thema. Oft wird davon gesprochen, dass es notwendig sei Grenzen „zum Wohle des Kindes“ zu setzen. Es gibt zahlreiche Publikationen zum Themenbereich „Grenzen setzen“ gegenüber Kindern und Jugendlichen. Oft höre ich auch den Satz, dass Grenzen die Sicherheit schaffen, die Kinder brauchen. Dies setzt voraus, dass ein „Experte“ die Bedürfnisse des Kindes kennt und entsprechend handelt.

In der therapeutischen Begegnung versuche ich mir bewusst zu sein, dass die von mir aufgezeigten Grenzen eher zu meiner Sicherheit dienen, als „zum Wohle des Kindes“. Ich brauche einen bestimmten örtlichen und zeitlichen Rahmen um therapeutisch arbeiten zu

können und für mich ist es wichtig, innerhalb dieses Rahmens bestimmte Grenzen zu setzen. In jenem Ausmaß in dem Klientinnen diese Grenzen in Frage stellen, wie beispielsweise durch häufiges Anrufen außerhalb der Therapiestunden um aktuelle Ereignisse sofort besprechen zu können, versuche ich ehrlich anzusprechen, dass dies für mich nicht passt. Bei diesem Beispiel thematisiere ich, dass ich in Notsituationen für meine Klientinnen zwar gerne erreichbar sein möchte, aber meine Arbeit und mein Privatleben dies nicht immer erlauben. Im Rahmen des therapeutischen Prozesses werden solche Grenzen immer wieder aufs Neue verhandelt und in Frage gestellt. Dies verlangt von mir immer wieder zu überdenken was ich brauche um mich in meiner therapeutischen Arbeit wohl zu fühlen.

„Why should our boundaries be constrained by anything more than our own limitations of comfort within which we can look after ourselves and be able to honestly and openly respond to the needs of women and girls in distress?“ Procter (2007) S. 105

Mir ist dabei wichtig deutlich zu machen, dass es meine Aufgabe ist auf meine Grenzen zu achten, dass ich gut auf mich aufpasse, meine Klientin mir zutrauen kann, dass ich rückmelde wenn es für mich nicht passt. Wenn ich mir über meine Möglichkeiten im Klaren bin, schafft dies auch Sicherheit für mein Gegenüber.

Es ist für mich wesentlich zu kommunizieren, dass ich Grenzen habe und nicht, dass meine Klientin Grenzen braucht, die ich dann auch noch für sie festlege.

8. „Harm-Reduction“ und „Harm-Minimisation“

8.1 Entwicklung der Konzepte

Im Jahr 1995 wurde in Manchester in einer Einrichtung für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen, namens „42nd Street“, ein Projekt durchgeführt, dass sich mit selbstverletzendem Verhalten von Jugendlichen beschäftigte. Die daraus resultierende Publikation „Who’s Hurting Who?“ (Spandler, 1996) zeigte auf, dass selbstverletzendes Verhalten auch positive Funktionen für die Betroffenen haben kann. Dies stand der gängigen Lehrmeinung entgegen, die davon ausging, dass dieses Verhalten rein destruktiv sei. Die Fragestellung die aus diesem Projekt entwickelt wurde, war wie diese Jugendlichen im Sinne eines „young-person-centered“ Ansatzes möglichst effektiv unterstützt werden könnten.

Parallel dazu wurde 1994 das „National Self Harm Network“ (NSHN) gegründet. Dies hat die Zielsetzung Betroffene zu unterstützen und Informationen über den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten für Personen bereit zu stellen, die damit in ihrer Arbeit oder privat konfrontiert sind. Im Rahmen von zwei „Risk Reduction“ Konferenzen im Jahr 2000 in London und Manchester wurden die Grundsätze des NSHN auf breiter Basis kommuniziert, wobei vor allem der für die Erstversorgung von Wunden zuständige medizinische Bereich Zielgruppe war. Louise Prembroke, eine der Gründerinnen des NSHN, hat lange Jahre mit ihren eigenen Selbstverletzungen gelebt. Sie beschreibt zunehmende verbale Erniedrigungen und Feindseligkeiten in der für sie zuständigen Unfallstation. Ärzte verwendeten teilweise keine Anästhesie während dem Nähen, da sie Schmerzen sowieso möge. Dies führte dazu, dass sie seltener zur Notaufnahme ging und versuchte die Wunden selbst zu versorgen. Ihre mangelnde Fähigkeit dies entsprechend durchzuführen führte zu einer Sepsis und der Gefahr den Arm zu verlieren.

„As I became more depressed by the responses to my self-harm this turned into a ‘malignant alienation’. I became increasingly aliented and withdrawn from everything to the point that I felt death was preferable to the responses my self-injuring generated.“ Prembroke (2007) S. 163

Louise Prembroke beschreibt wie sie mit 18 Jahren von einer Krankenschwester das erste Mal über Anatomie und Physiologie ihres Körpers aufgeklärt wurde. Diese Krankenschwester verurteilte nicht und wurde nicht ärgerlich, sondern erklärte ausführlich und geduldig was bei einer Selbstverletzung passieren kann, wodurch bleibende Schäden verursacht werden können, wie beispielsweise der Verlust von Mobilität, und wie Wunden optimal versorgt werden.

„She understood that was where I was at in my life and she accepted me whether I harmed or didn’t harm. I didn’t have to hide it, justify it, or make bargains or promises I couldn’t keep. It was such a relief. For the first time in my life I had some control over my circumstances. I had choices, I could choose to stop cutting at a certain point, I could choose to position the blade the other side of the vein to avoid a major bleed, I could choose to make it cleaner and safer.“ Prembroke (2007) S. 165

Aus ihren eigenen Erfahrungen und der Überzeugung, dass Selbstverletzung für die Betroffenen ein im Moment notwendiges Bedürfnis sein kann, das akzeptiert gehört, entwickelte Louise Prembroke in weiterer Folge das Konzept „harm minimisation“ (2007) Kay Inckle griff dieses in einem Forschungsprojekt auf und nannte sein Konzept „harm reduction“ (2010). Diese Konzepte werden mittlerweile in England und Irland in einigen

Einrichtungen, die Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Problemen unterstützen, angewendet.

„Harm-minimisation is about accepting the need to self-harm as a valid method of survival until survival is possible by other means.“ Prembroke (2007) S. 166

“A harm-reduction approach, instead of focusing on ways to prevent the behaviour, accepts that the person engages in it and priorities enabling a person to stay safe and avoid unwanted, irreversible or fatal damage to themselves. The fundamental principle of harm reduction is acceptance of the whole person rather than concentrating solely on the behaviour and categories or diagnosis of it.” Kay Inckle (2010) S. 176

Die diesen Ansätzen zugrundeliegende Haltung ist personenzentriert. Akzeptanz, Liebe (bzw. Wertschätzung) und Empathie werden als grundlegende Bedingungen für eine hilfreiche Beziehung zu Personen, die sich selbstverletzen, eingefordert. Die Wichtigkeit einer ganz präsenten Person, als Helfer, wird immer wieder hervorgehoben. Die Gesamtheit der Person, die sich selbstverletzt, wird in den Fokus gerückt. Es wird außerdem betont, dass die Trennung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit aufzuheben ist und die komplexen sozialen Einbindungen der Betroffenen zu berücksichtigen sind.

Dem Ansatz der „harm-minimisation“ wurde teilweise heftige Kritik entgegengebracht. Vor allem das zur Verfügung stellen eines „clean kits“ für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten ist auf Missbilligung gestoßen. Die NSHN und andere Organisationen (siehe Anhang) haben es sich zur Aufgabe gemacht mit einer offensiven Informationspolitik mehr Verständnis für die Betroffenen zu erreichen.

8.2 Zugrundeliegende Prinzipien

8.2.1 Kontrolle, Strafe und Vorbeugung helfen nicht

Durch Kontrolle und Bestrafung werde in Institutionen ein Umfeld geschaffen, das wie ein Spiegelbild für jene Erfahrungen ist, die von den Betroffenen mit Hilfe der Selbstverletzung zu bewältigen versucht werden. Das Bedürfnis nach Selbstschädigung wird daher nur erhöht. Patienten müssten dann umso mehr überwacht werden, um sicherzustellen, dass sie physisch gesund bleiben. Emotional könne es den Betroffenen umso schlechter gehen, dies sei jedoch nicht sichtbar. Kontrolle, Strafen und der Versuch vorbeugende Maßnahmen zu etablieren sind kontraproduktiv, da die Selbstverletzung eine für die betroffene Person nützliche Strategie zur Bewältigung von Verzweiflung und Leiden ist.

8.2.2 Selbstverletzung als Symptom, nicht als Problem

Selbstverletzendes Verhalten ist ein Ausdruck etwas zu artikulieren, dass nicht verbalisiert werden kann. Als solches wird es wertschätzend akzeptiert und das Augenmerk liegt darauf das Risiko der Selbstverletzung zu reduzieren. Im Fokus steht die Person und die Erfahrungen die ihrem Verhalten zugrundeliegen. Dabei gilt es einen größeren sozialen Kontext zu berücksichtigen. Jugendliche erleben ihr Umfeld mitunter als kontrollierend, einschränkend, ihre Individualität und ihre Privatsphäre nicht respektierend und als einfach sehr schwierig sich darin zurechtzufinden. Selbstverletzung kann als Antwort auf diese Zusammenhänge verstanden werden.

8.2.3 Abwägung von Risiko und Vertrauen

Selbstverletzung kann auch in suizidaler Absicht erfolgen. Die Schwere der Verletzung ist hier kein Indikator für die zugrundeliegende Absicht. Auch eine geringfügige Verletzung kann auf einen Suizidversuch hindeuten. Es bedarf daher großer Achtsamkeit auf die zugrundeliegenden Motive und einer sorgfältigen Abwägung inwieweit Suizidalität vorliegt.

8.2.4 Zur Verfügung stellen eines „clean kit“

Als eine der wirkungsvollsten Maßnahmen um das Risiko von Selbstverletzung zu senken wird die gezielte Information bezüglich der Gefahren verschiedener Verletzungen genannt. So ist es beispielsweise gefährlicher sich eine Verletzung mit einem stumpferen Gegenstand zuzufügen, weil dies viel Druck braucht und schlecht kontrollierbar ist. Auch die Wichtigkeit, dass die verwendeten Gegenstände sauber sind und nicht mehrmals verwendet werden, wird betont. Eine Anleitung zur optimalen Wundversorgung vermeidet zusätzliche Schäden durch etwaige Infektionen und hilft den Heilungsprozess zu beschleunigen. In einer im Internet gratis herunterladbaren Publikation können Betroffene entsprechende Informationen über einen „clean Kit“ erhalten. (Cutting the Risk, www.harm-ed.co.uk)

Auch in emotionaler Hinsicht ist der „kit“ eine wichtige Ressource. Er erlaubt Selbstverletzung und Selbstfürsorge zur gleichen Zeit. Gefühle von Scham, Heimlichtuerei und Verzweiflung werden gelindert, der Prozess wird verlangsamt und sicherer.

„The slowness, the self-care, the permission, choices and recognition that are enabled through the kit have both physical and emotional impacts. Physically they reduce the level of damage and risk involved in the injury, while emotionally they are validating and empowering means of self-care.“ Inckle (2010) S. 196

Die Bereitstellung eines „clean kits“ für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten ist auf teilweise heftige Kritik gestoßen. So wird beispielsweise argumentiert, dass durch das zur Verfügung stellen sauberer Klingen durch klinische Abteilungen unausweichlich selbstverletzendes Verhalten gefördert werde. Dies widerspreche der ärztlichen Grundhaltung Leid zu vermindern und würde Fragestellungen aufwerfen inwieweit ein „crime against the body“ unterstützt werden kann. (Scanlon/Adam, 2009, S.68)

Diese Kritik verdeutlicht die in der Medizin häufig vorgenommene Trennung von psychischer und physischer Gesundheit.

8.2.5 Anforderungen an die Helfer

Um wirklich hilfreich für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten zu sein bedarf es der folgenden Grundhaltungen: Akzeptanz, Offenheit, Liebe (oder zumindest ‚uneingeschränkter Wertschätzung‘), Vertrauen, Sicherheit, Zuhören, Echtheit, Respekt und Empathie. Die Person als Ganzes mit allen ihren Erfahrungen gilt es zu verstehen. Die Trennung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit ist aufzuheben. Darüber hinaus sind die komplexen sozialen Einbindungen der betroffenen Personen zu berücksichtigen. (Inckle, 2010, S.191)

8.2.6 „Slow it down“

Die „slow it down“ Regel gilt für alle von der Selbstverletzung betroffenen Personen. Die schädlichsten Reaktionen seien Panik, vorschnelle Handlungen und schnelle Schlussfolgerungen. „Slow it down“ sei die konstruktivste Intervention und einfach durchzuführen durch die Konzentration auf eine Verlangsamung und Vertiefung der Atmung. Tief in den Körper zu atmen erlaube es ruhiger zu werden, mehr präsent zu sein und so Zeit zu haben Entscheidungen abzuwägen. Personen die sich selbstverletzen befinden sich oft in einem Erregungszustand, der ihnen keine Entscheidungsfreiheit lässt. Mit Hilfe der „slow it down“ Regel soll es möglich gemacht werden Entscheidungen bewusster zu fällen, damit verbundene Gefühle und Empfindungen besser zu spüren und seine Bedürfnisse besser wahrzunehmen.

„With each breath and each minute there is a choice of not continuing with the process for that moment, and there is also always absolute permission to continue with it. A pause the length of a breath is a gift of choice and permission that everybody is entitled to provide themselves with.“ Inckle (2010) S. 198

Auch jene Personen, die Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten unterstützen, sollten sich an das Prinzip des „slow it down“ halten. Einige ruhige Atemzüge seien sehr hilfreich um zu überlegen was als Nächstes getan werden sollte. Personen, die sich selbst geschädigt haben, sind oft extrem verletzlich und schutzlos. Umso wichtiger ist es ganz präsent auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.

8.2.7 „Emotional Harm Reduction“

Eine der wesentlichen Gründe für die Durchführung von Selbstverletzungen ist das Beenden von nicht aushaltbaren negativen Gefühlen. Dennoch haben viele Personen nach der Selbstverletzung ebenfalls negative Gefühle (Scham, Schuldgefühle, Angst vor der Reaktion Anderer). Immer wieder kehrende abwertende, stigmatisierende und verletzende Reaktionen des Umfeldes können zu einem Teil des Selbstverletzungsprozesses werden.

„ Going to Accident and Emergency had become a form of self-harm. The judgement of staff confirmed that I really was the lowest form of life and reinforced every negative feeling I had about myself. “
Pembroke (1996) S. 36

Es ist daher sehr wichtig, dass Helfer nichts dazu beitragen diese Emotionen zu verstärken, da dies die Betroffenen immer tiefer in ihren „injurious cycle“ stürzt. Eine dafür wesentliche Grundhaltung ist es die ganze Person zu sehen, die sich selbst verletzt und die Betroffenen nicht auf die stigmatisierende Sichtweise der „Selbstverletzerin“ oder „Ritzerin“ zu reduzieren.

8.2.8 Hoffnung

Akzeptanz und Liebe ist essentiell um den Betroffenen beizustehen. Hoffnung und die Gewissheit, dass die Dinge sich ändern können, dass das Leben besser aushaltbar werden kann, dass sich neue Perspektiven entwickeln können, sind ebenfalls wichtige Ressourcen, die Helfer den Betroffenen zur Verfügung stellen.

8.3 „Harm Minimisation“ in der personenzentrierten Psychotherapie

In den Publikationen zum Thema „harm minimisation“ und „harm reduction“ wird nicht von psychotherapeutischen Beziehungen, sondern allgemein von „Helfern“ gesprochen. Die von den „Helfern“ geforderten Grundhaltungen werden nur kurz aufgezählt, entsprechen aber durchaus jenen die ich als personenzentrierte Psychotherapeutin habe.

Es deckt sich auch mit meinen Erfahrungen, dass Vorbeugung, Kontrollen und Strafen bei Klientinnen mit selbstverletzendem Verhalten wenig hilfreich sind. Mein Fokus liegt hierbei jedoch nicht so sehr im institutionellen Bereich, sondern im familiären Umfeld. Hier wird das unerwünschte Verhalten auch vielfach zu kontrollieren versucht und sanktioniert. In Elterngesprächen versuche ich die Ängste der Erziehungsberechtigten ernst zu nehmen, stelle ihnen aber auch meine authentische Reaktion zur Verfügung, wenn sie mir beispielsweise berichten, dass sie die Türschlösser in der ganzen Wohnung abmontiert haben um besser kontrollieren zu können, was z.B. auf der Toilette vor sich geht. Im institutionellen Bereich sind es in erster Linie Schulen, die mit Sanktionen arbeiten oder drohen. Dies können selbstverpflichtende Verträge sein (siehe auch „Verträge als Interventionen um Selbstschädigung zu verhindern“), aber auch die Androhung von bestimmten Schulveranstaltungen ausgeschlossen zu werden oder noch bedrohlicher die Androhung des Schulverweises. Diese Strafen und Verbote werden von den Erziehungsberechtigten oft unterstützt. In solchen Fällen biete ich meinen Klientinnen an mit der Schule Kontakt aufzunehmen, um eine andere Sichtweise einzubringen.

„Slow it down“ ist für mich eine gut nachvollziehbare Technik zur Entschleunigung und kann sicherlich hilfreich sein. Ich habe diese noch nicht mit einer Klientin angewendet, thematisiere mit meinen Klientinnen aber durchaus die Atmung. Verschiedene Atemtechniken sind mir durch meine Yogapraxis gut vertraut und ich nehme Atmung sehr achtsam wahr. Mein eigener Atem ist für mich ein wichtiger Indikator für mein Wohlbefinden und ich bin mir bewusst, dass tiefes Durchatmen bevor ich reagiere meine Entscheidungsfähigkeit vergrößert. Fällt mir an mir selbst oder an meinen Klientinnen beispielsweise eine besonders schnelle Atmung auf, ist dies eine Wahrnehmung, die ich in meine Therapiestunden einbringe.

Auch der „clean kit“ ist für mich eine Technik, um das Risiko der Selbstverletzung zu senken. Ich kann gut verstehen, dass dieses Prinzip des „harm minimisation“ Konzeptes kontrovers diskutiert wird. Im Rahmen des Gesamtkonzeptes in einer Institution ist der „clean kit“ für mich eine mögliche und sinnvolle Maßnahme. Es entspricht allerdings nicht meinen Erfahrungen, dass von einer meiner Klientinnen die Wunderstversorgung als so stigmatisierend empfunden wird. Das mag vielleicht daran liegen, dass ich mit Jugendlichen arbeite und diesen mehr Verständnis entgegen gebracht wird, oder auch daran, dass sich unser Gesundheitssystem hierbei vom englischen bzw. irischen unterscheidet.

In meiner Praxis habe ich wenig mit der Versorgung der Verletzungen zu tun. Ich sehe diese in der Regel bereits verbunden, oder im abgeheiltem Zustand. Erzählen mir Jugendliche davon wie sie sich verletzen so beispielsweise, dass sie einen stumpfen Gegenstand verwenden, weise ich darauf hin, dass durch den Druck das Risiko etwas unkontrolliert zu verletzen größer wird. Manchmal fragen mich meine Klientinnen auf welche Art es sicherer wäre sich zu schneiden (längs oder quer), oder zeigen mir ihre Schnitte und wollen von mir beurteilt haben wie schwerwiegend ihre Verletzungen sind. Ich bin bei solchen Fragen sehr achtsam bezüglich einer möglichen Suizidalität und antworte sehr individuell. Von meinen Klientinnen wird es als wertschätzend empfunden, wenn ich sie in ihren Anliegen ernst nehme und keine Scheu habe ihnen in diesem Fall mein „Expertenwissen“ zur Verfügung zu stellen, dass ich aus Erfahrungen mit anderen Klientinnen, aus der Literatur und von anderen Fachleuten habe. Es verwundert mich immer wieder zu hören, dass betroffene Jugendlichen sich untereinander wenig über solche Fragen austauschen. Ich stehe daher für alle Fragen bezüglich der Gefahren von Verletzungen und der optimalen Versorgung der Wunden zur Verfügung. Die Zusammenstellung eines „clean Kits“ zu empfehlen kann ich mir mit meinen jetzigen Klientinnen aber nicht vorstellen.

Hoffnung halte ich für eine ganz wesentliche Ressource um Entwicklung zu ermöglichen. Ich sehe es als eine meiner Aufgaben als personenzentrierte Psychotherapeutin meinen Klientinnen Hoffnung zur Verfügung zu stellen. Hoffnung, dass Gefühle besser verstanden werden können und dann besser kontrollierbar sind, dass Situationen sich nicht ständig wiederholen, ohne etwas daran verändern zu können, dass es möglich ist das Gefühl der völligen Fremdbestimmtheit zu überwinden, dass die Dinge nicht immer so aussichtslos sind wie sie im Moment erscheinen. Wenn die Situation für meine Klientinnen hoffnungslos scheint steht mir diese in meinem Vertrauen auf der Aktualisierungstendenz begründet innere Haltung zur Verfügung und hält mich davon ab meiner Klientin in ihre Hoffnungslosigkeit zu folgen – jedenfalls meistens!

10. Schlußfolgerungen

Die theoretische Auseinandersetzung mit den verschiedenen Fragestellungen und Themenbereichen in dieser Abschlussarbeit war für meine praktische psychotherapeutische Arbeit sehr hilfreich, da ich dadurch viel an Information erhalten habe und unterschiedliche Sichtweisen und Erklärungsmodelle kennenlernen konnte. Die für mich entscheidende Auseinandersetzung findet jedoch in der psychotherapeutischen Arbeit mit meinen selbstverletzenden Klientinnen, in meinen Supervisionsstunden und im Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen statt.

Meine anfangs große Verunsicherung in der psychotherapeutischen Arbeit mit selbstverletzenden und suizidalen Klientinnen wich zunehmendem Vertrauen in die Wirksamkeit der personenzentrierten therapeutischen Grundhaltungen und in die Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen einer personenzentrierten Psychotherapie. Dies macht es mir möglich immer wieder aufs Neue zu versuchen ein möglichst präsenten Gegenüber für meine Klientinnen zu sein.

Im Sinne der Entwicklung von störungsspezifischem empathischem Verstehen gemäß Ute Binder kann ich ebenfalls eine Festigung meiner psychotherapeutischen Grundhaltungen spüren. Dies hilft mir in der Begegnung mit meinen Klientinnen, aber auch in der Arbeit mit Eltern, Ärzten und mit Vertretern von Institutionen.

Für mich ist meine psychotherapeutische Arbeit zwar nach wie vor eine große Herausforderung, aber die inneren Welten meiner selbstverletzenden Klientinnen erscheinen mir nicht mehr so fremd und mein anfänglicher Schrecken ist Interesse und Neugierde gewichen.

Selbstverletzende Handlungen sind Ausdruck einer starken Inkongruenz. Als bei weitem überwiegendes Motiv (97%) für eine Selbstverletzung wurde in Befragungen die Bewältigung von Gefühlen genannt. In der Außenwahrnehmung sorgt diese Ausdrucksweise einer Inkongruenz jedoch häufig für starkes Befremden und wird oft missverstanden, als manipulativ, nach Aufmerksamkeit suchend oder als Erpressungsversuch wahrgenommen. Entsprechend wenig empathisch wird auf Betroffene reagiert.

Für mich ist diese Art der nonverbalen Kommunikation eine Ausdrucksweise, die ich wertschätzend akzeptiere und gemeinsam mit meinen Klientinnen zu verstehen versuche, ohne eines der üblichen Erklärungsmodelle im Kopf zu haben. Ich kann dabei in den

Begegnungen mit meinen Klientinnen erleben, dass in dem Ausmaß in dem meine eigene Angst vor dem Unbekannten weniger wird und meine Akzeptanz und Empathiefähigkeit steigen, meine Klientinnen aus ihrer Isolation und Entfremdung heraus finden können. Dadurch wird es ihnen ermöglicht sich in einer Beziehung zu erleben, die Veränderung im Sinne von Entwicklung bewirkt. Dieses personzentrierte Beziehungsangebot fördert die Kraft zur Selbstorganisation und Selbstregulation der Klientinnen. Allmählich wird das eigene innere Erleben zugänglich gemacht und das „Selbst“ kann sich in eine heilende Richtung verändern.

Als personzentrierte Psychotherapeutin verstehe ich mich als Begleiterin dieses Entwicklungsprozesses. Mein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz ermöglicht mir eine innere Haltung durch die ich meinen Klientinnen authentisch meine Zuversicht zur Verfügung stellen kann. Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten erleben häufig, dass ihr Handlungsspielraum durch Kontrollen und Verbote zunehmend eingeschränkt wird.

Dieser Beschränkung der eigenen Möglichkeiten stelle ich in der personzentrierten psychotherapeutischen Beziehung „Empowerment“ im Sinne einer Stärkung der Autonomie und Selbstverantwortung meiner Klientinnen gegenüber. Diese „Selbstbemächtigung“ im Rahmen einer personzentrierten psychotherapeutischen Beziehung ist für mich die wirkungsvollste Art Entwicklung zu ermöglichen.

Mit dieser Arbeit hoffe ich etwas dazu beizutragen, das Verständnis für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten zu vertiefen.

Literaturverzeichnis

- Ackermann, Stefanie (3. Auflage 2007) Selbstverletzung als Bewältigungshandeln junger Frauen, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main
- Binder, Ute, (2010), Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen in Person 1/2011
- Behr/Hölldampf/Hüsson (Hrsg), (2009) Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
- Behr M., (2006) Beziehungszentrierter Erstkontakt in Person 2/2006
- Brunner, Romuald; Resch, Franz (2009) Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen, Verlag Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen
- Cooper/O'Hara/Schmid/Wyatt (2007) The Handbook of Person-Centered Psychotherapy and Counselling
- D'Onofrio, Amelio A. (2007) Adolescent Self-Injury, Springer New York
- Dorrmann, W. (sechste Auflage 2009) Suizid, therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, Klett-Cotta
- Fehringer, Ch. (2006): Ja so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute; Person 2/2006
- Frenzel/Keil/Schmid/Stölzl, (2001), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie
- GwG Akademie (2007), Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten, GwG-Verlag Köln
- Hawton, Keith; Rodham, Karen; Evans, Emma (2008) Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen, Verlag Hans Huber, Bern
- Inckle, Kay (2010) Flesh Wounds? New ways of understanding self-injury, PCCS Books
- Levenkron, Steven (2001) Der Schmerz sitzt tiefer: Selbstverletzung verstehen und überwinden
- Motz, Anna (2009), Managing Self-Harm, Routledge
- Petermann, Franz, Winkel, Sandra (2009) Selbstverletzendes Verhalten

Plante, Lori G. (2007) Bleeding to ease the pain, Cutting, Self-Injury and the Adolescent Search for Self, Praeger Westport, London

Prouty/Pörtner/Dion Van Werde (1998) Prä-Therapie, Stuttgart, Klett-Verlag

Rogers, C.R. (1942a) Die nicht–direktive Beratung. Counseling and Psychotherapy München (Kindler) 1972;

Rogers, C.R. (1951a) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client–Centered Therapy

Rogers, C.R. (1959a) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes

Rogers, C.R. (1961a) Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten

Rogers/Rosenberg (1977) Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit

Rogers, C.R. (1977b) Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie

Rogers, C.R. (1980a) Der neue Mensch

Rogers, C.R./Schmid, F.P. (1991) Person-zentriert

Rohmann, Ulrich: Selbstverletzendes Verhalten - Überlegungen, Fragen und Antworten (4.Auflage 2005), Verlag modernes lernen, Dortmund

Sachsse, Ulrich (7. Auflage 2008) Selbstverletzendes Verhalten - Psychodynamik-Psychotherapie, das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung

Sachsse, Ulrich (2004) Traumzentrierte Psychotherapie, Verlag Schattauer Stuttgart

Schmid, F.P. (2010) Ein Prozess der Personalisierung – Zum dialektisch-dialogischen Verständnis der Aktualisierungstendenz, Person 2/2010

Schmid, F.P.(2008), Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Person-zentrierten Ansatzes, in Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 3/2008

Smith, Mike (2000) Hilfen für Menschen mit selbstverletzendem Verhalten

Spandler/Warner (2007) Beyond Fear and Control, working with young people who self-harm, PCCS Books

Teuber, Kristin, (2000) Ich blute, also bin ich. Selbstverletzung der Haut von Mädchen und jungen Frauen. Centaurus Verlag, Herbolzheim

Webb, David (2010) Thinking about Suicide, Contemplating and comprehending the urge to die, PCCS Books

Weinberger/Papastefanou (2008) Wege durchs Labyrinth, Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen, Juventa Verlag München

Anhang 1

Websites von Organisationen, die mit „Harm-Reduction“ oder „Harm-Minimisation“ Konzepten arbeiten:

- www.basementprojekt.co.uk
- www.selfinjurysupport.org.uk
- www.firstsigns.org.uk
- www.fortysecondstreet.org.uk
- www.harm-ed.co.uk
- www.nshn.co.uk
- www.freewebs.com/sashpen
- www.kreativeinterventions.com
- www.pieta.ie
- www.zestni.org