

KATHARINA HENZ

„INS EIGENE FLEISCH SCHNEIDEN“ – VOM UMGANG MIT SELBSTVERLETZENDEM VERHALTEN



ANGENOMMEN, eine Person käme zu Ihnen in die Praxis und erzählte Ihnen von folgender Idee: Sie (die Person) habe vor, demnächst ein sehr kratziges Hemd anzuziehen, an dessen Innenseite Lederstreifen befestigt sind, in die etwa 150 kleine,

spitz zugefeilte Nägel eingearbeitet wurden. Bei jeder Bewegung würden diese Nägel ihr blutig ins Fleisch stechen, vor allem nachts, beim Daraufliegen. Und damit sie dieses Hemd nicht etwa unabsichtlich beim Schlafen abstreifen könne, würde sie sich überdies Handschuhe anziehen, in die ebenfalls scharf gespitze Stifte eingearbeitet wurden, damit diese Stifte in ihre Haut eindringen könnten, sollte sie versuchen, das Hemd zu entfernen.

Ehrlich – wie würden Sie reagieren? Welche Gefühle, Gedanken, Hypothesen und Handlungsimpulse würden in Ihnen auftauchen? Wie würden Sie die Geschichte dieser offensichtlichen Selbstverletzungsabsicht einordnen? Und würde es einen Unterschied machen, ob diese Geschichte von einem Mann oder von einer Frau erzählt würde? Ob diese Person jugendlich wäre oder erwachsen? Oder ob bereits eine bestimmte Diagnose vorläge oder nicht? Sollten Ihre somatischen Marker mit einer leichten Gänsehaut oder einem etwas flauen Gefühl in der Magengegend auf diese Geschichte reagiert haben, so sind Sie mit dieser Reaktion übrigens nicht allein:

Selbstverletzendes Verhalten (SVV), schreibt der Psychiater Armando Favazza, gehört zu den am wenigsten verstandenen und daher verwirrendsten Verhaltensweisen des Menschen (vgl. Favazza 1996: 222) Und dennoch müssen wir uns in der systemischen Praxis ab und zu auch damit auseinandersetzen. Meist ungern, manchmal angeekelt, häufig verschreckt, oft überfordert, selten oder nie mit Freude oder Interesse. Sollte Favazza Recht haben, dass die große Irritation rund um das Thema SVV vor allem mit dem Nicht-Verstehen dieses Phänomens zu tun hat, so könnte die erste und wichtigste Intervention für die Therapeutin der Versuch sein, für sich selbst ein wenig mehr Klarheit zu erzeugen. Im folgenden Artikel möchte ich daher versuchen

zu erkunden, einzuordnen, eine Art Landkarte zu skizzieren und gemeinsam mit Ihnen kundig zu werden. In guter systemischer Tradition werde ich dabei vor allem mit Unterschiedsbildungen und Kontextklärungen arbeiten, um letztlich eine multiperspektivische Betrachtung des SVV zu erzeugen.

Gleichzeitig kann ich aber auch meine eigenen „multiplen Perspektiven“ – ich bin ja nicht nur systemische Familientherapeutin, sondern auch Soziologin und Ethnologin – nicht ausblenden und werde daher versuchen, auch soziologische und ethnologische Sichtweisen zu utilisieren. Folgende Fragen scheinen mir daher in der Annäherung an das Thema nützlich:

- In welchem Kontext wird SVV von wem produziert?
- Wer entscheidet über die Definition, Bedeutung und Rahmung?
- Welche Kategorien der Bedeutungsgebung sind wann relevant?
- Welchen ‚Sinn‘ macht das Verhalten im therapeutischen Kontext?
- Wie kann ich als Therapeutin¹ letztlich (wieder) handlungsfähig werden?
- Welche Haltungen und Interventionen könnten – je nach Rahmung bzw. Sinnggebung – passend sein?

1. WAS UNS ALS THERAPEUTINNEN UNTER DIE HAUT GEHT

Noch einmal zurück zu unserer Eingangserzählung (Sie wissen schon – der Gänsehauttext). Liest man diesen Absatz in einem professionalisierten therapeutischen Kontext, so drängen sich der gelernten Systemikerin¹ unmittelbar mehrere Fragen auf: Wer wird hier beschrieben? Warum fügt diese Person sich derartige Schmerzen zu? Welchen ‚Sinn‘ könnte das beschriebene Verhalten haben? Und: Welche Art der ‚Störung‘ könnte hinter dem beschriebenen Verhalten stecken?

Ich löse auf: Die beschriebene Geschichte ist etwa 700 Jahre alt. Erzählt wurde sie im ersten Drittel des 14. Jahrhunderts von Heinrich von Seuse, einem – später von der katholischen Kirche seliggesprochenen – Mysti-

¹ Ich verwende in diesem Artikel aus Gründen der Lesbarkeit ausschließlich die weibliche Form, meine aber damit immer auch die männliche mit.

ker und Dominikaner. In seiner „Vita“ (vgl. Bihlmeyer 1907: 39f) setzt Seuse selbst die Geschichte seiner grausamen Selbstmisshandlungen in die Tradition der christlichen Kasteiung – durch das selbstverletzende Verhalten hoffte er, einen veränderten Bewußtseinszustand und in weiterer Folge einen neuen Zugang zur göttlichen Liebe zu finden. „Ach, gewaltiger Gott, nun gib mir heute Kraft und Macht, mein Begehren zu vollbringen, denn du musst heute in den Grund meines Herzens geschmelzet werden.“ (Bihlmeyer 1907: 15) Galt so ein Verhalten um 1320 als ‚behandlungsbedürftig‘?

Tauschen wir probenhalber einmal den Kontext: Angenommen, die Geschichte würde Ihnen nicht von einem mittelalterlichen Dominikaner, sondern von einer etwa 30-jährigen Klientin erzählt werden, die vor kurzem einen mehrwöchigen Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station hinter sich gebracht hat. Welche Alarmglocken würden in Ihrem Kopf zu schrillen beginnen? Würden Sie ihre Erzählung nicht sofort in Zusammenhang mit ihrer ‚Diagnose‘ bringen (und damit eine eindeutig pathologisierende Rahmung erzeugen)? Hätten Sie nicht den Impuls, das Vorhaben unmittelbar durch eine therapeutische Intervention zu unterbinden oder – wenn das nichts nützt – durch einen weiteren Klinikaufenthalt? (Fremdunterbringung bei drohender Gefahr selbst- oder fremdschädigenden Verhaltens....) Oder würden Sie das Ansinnen der Klientin in aller Gelassenheit normalisieren, reframe, skalieren und zirkulär erkunden? Ich vermute nicht.

Es ist also offenbar eine Frage des Kontextes, ob SVV uns ‚befremdet‘ oder gar ‚schockiert‘, ob es uns handlungsfähig oder ohnmächtig erscheinen lässt, ob wir damit an die Grenzen einer therapeutischen Beziehung stoßen – oder aber, ob wir es ‚ganz normal‘ finden.

Womit wir bei einer wichtigen Frage angelangt sind: Was ist eigentlich Selbstverletzendes Verhalten? Ein Online-Lexikon für Psychologie und Pädagogik beschreibt SVV wie folgt: „Eine mögliche knappe Definition beinhaltet die gezielte und bewusste Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, ohne sich aber töten zu wollen, wobei dieses Verhalten sozial nicht akzeptiert ist und zum Abbau psychischer Spannungen durchgeführt wird.“ (Stangl online) Die wesentliche Formulierung ist hier übrigens „sozial nicht akzeptiert“.

Wäre dem nicht so, könnten wir alle möglichen Formen der Selbstbeschädigung als Selbstverletzung definieren: Kaum eine Therapeutin aber würde an ‚Fremdunterbringung‘ denken, wenn eine Klientin ihr von einem besonderen Tattoo, ein Klient von exzessiven Besuchen im Solarium oder eine Jugendliche von einem nagelneuen Bauchnabelpiercing erzählt.

Alle drei Handlungen aber sind durchaus bewusste und gezielte Verletzungen bzw. Beschädigungen des eigenen Körpers. SVV ist also ‚verboten‘ oder zumindest tabuisiert, jedenfalls in unseren Breitengraden und im 21. Jahrhundert. (Inwieweit Schneiden, Brennen, Ritzen oder gar Verstümmeln übrigens tatsächlich *immer* zum Abbau psychischer Spannungen dienen sei vorerst dahingestellt. Wir werden später noch einmal darauf zurückkommen.) Ob aber etwas ‚nicht akzeptiert‘ ist (und daher verboten) oder ‚akzeptiert‘ (also erlaubt), darüber entscheidet, wie immer, die Beobachterin. Und Beobachterinnen-Perspektiven sind, wie wir wissen, verhandel- und veränderbar, sie sind Teil eines flexiblen gesellschaftlichen Diskurses.

2. WENN PHÄNOMENE AUS DEM RAHMEN FALLEN (WORÜBER WIEDERUM DIE BEOBACHTERIN ENTSCHIEDET)

Die Instrumentalisierung des Körpers ist in der Menschheitsgeschichte nichts Neues – die Bedeutungsgebung aber hat sich immer wieder verändert. Je nachdem,

- ob die Beobachterin SVV inner- oder außerhalb der eigenen Kulturgrenze verortet (bei den ‚Wilden‘² ist es vielleicht plausibler, als bei den ‚eigenen Leuten‘)
- ob sie es als historisches Ereignis oder als aktuelles Phänomen einordnet (‚jetzt‘ ist offenbar verstörender, als ‚früher‘)
- ob sie es mit einem kulturwissenschaftlichen Blick oder einer medizinischen Sichtweise versieht (‚interessant‘ oder ‚pathologisch‘)
- ob sie es mit einem ‚vernünftigen‘ Sinn verknüpft oder als ‚sinnlos‘ bewertet (Tätowieren ist offenbar sinnvoll, Unterarme ritzen nicht)

² An dieser Stelle sei auf die Vielzahl von ethnologischen und anthropologischen Monographien zu rituellem Schmerz und blutigen Körper Ritualen hingewiesen, die aus Platzgründen hier ausgelassen wurden.

- ob sie SVV also ‚sozial akzeptiert‘ oder eben nicht – und generell
- ob sie überhaupt einen genaueren Blick dafür entwickelt oder ob SVV in ihrem Beobachtungsrahmen nur als Randerscheinung vorkommt ...

... je nachdem also, welche Perspektive die Beobachterin wählt, wird Selbstverletzendes Verhalten entweder zum ‚Phänomen‘ oder zum ‚Problem‘. Ein Phänomen kann man beobachten, ein Problem muss man lösen.

Eine weitere Unterscheidung liegt natürlich auch in der Begriffswahl selbst. Ob ich das absichtliche Beschädigen eines Körperteils als „Automutilation“ oder als „Selbstverletzendes Verhalten“ etikettiere, macht einen Unterschied. Ersteres ist eher eine Zu-Schreibung, zweiteres eine Be-Schreibung. Auch darauf werden wir noch zurückkommen. Die Beobachterinnen-Perspektive ist also zentral im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten. Und eine ganz besondere Beobachtungsfunktion kommt hier der Medizin zu.

Als in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts vermehrt junge Frauen in die Krankenhäuser kamen, die leichtere oder schwerere Formen oberflächlicher Hautverletzungen aufwiesen, rückte das Phänomen SVV plötzlich vermehrt in den Fokus der Psychiatrie. Zwar fand das Phänomen per se bereits etwa 70 Jahre vorher Eingang in die psychiatrische Literatur, allerdings eher im Kontext des schizophrenen Formenkreises (also bei den ‚wirklich Verrückten‘): Berichte von schweren Selbstverstümmelungen, wie Kastration oder Amputation (um nur die ‚Appetitlichsten‘ zu nennen), tauchten auf und wurden mehr oder minder schulterzuckend dem schweren Wahnsinn zugeordnet. Einige Jahrzehnte später aber beginnt sich die Psychiatrie anders und neu für SVV zu interessieren. Das könnte zwei Gründe haben: Entweder, die Anzahl der Menschen mit selbstverletzendem Verhalten nahm tatsächlich zu (= aufgrund der Häufung eines Phänomens fällt es plötzlich auf), oder sie blieb gleich, aber man schaute nicht mehr weg (= ein Tabu wird gebrochen). Ich vermute Ersteres.

3. WAS DER GESELLSCHAFT UNTER DIE HAUT GEHT

Der Grund, warum SVV insgesamt seit den 70er Jahren zugenommen haben dürfte, bedarf vielleicht eines ge-

samtgesellschaftlichen (soziologischen?) Blickwinkels, der über rein ‚psychologische‘ Erklärungsmodelle hinausgeht. Im Folgenden fünf Erklärungsversuche:

1. War der Körper in früheren Jahrhunderten vor allem Kapital zur Sicherung des Lebensunterhaltes (vgl. Kasten 2006), rückt er im 20. Jahrhundert in der westlichen Welt auch als Kommunikationsmittel ins Blickfeld. Praxen der Körpermodifikation treten ins Bewusstsein und in den sozialen Alltag ein, sie werden Allgemeingut und sind nun nicht mehr einem exklusiven Kreis von Menschen mit besonderem kulturellen oder sozialen Kapital vorbehalten (vgl. Bourdieu 1982). Schminken, zum Frisör gehen, Sport betreiben, Körperbehaarung wegrasieren³, das Gewicht kontrollieren und die Falten wegcremen gehören fast schon zum Standardprogramm. Je weiter das 20. Jahrhundert fortschreitet, desto invasiver werden die Praktiken: Fettabsaugungen, Brustvergrößerungen, Nasenkorrekturen, Tätowierungen, Brandings, Piercings und viele weitere ‚blutige‘ Körpermodifikationen finden Eingang in unsere Kultur – wir kommunizieren unser soziales Sein nun auch mit und über den gewaltsam veränderten Körper. Körpergestaltung darf ruhig ‚unter die Haut‘ gehen.
2. ‚Schockierend‘ sind diese Praxen schon lange nicht mehr. Wer seinen Körper provokativ verändern will, muss schon zu härteren Spielarten greifen. Und Jugendliche und junge Erwachsene wollen auch in ihrer Körpergestaltung oft Abgrenzung von der Norm produzieren (dies allerdings auch nur in bestimmten Kulturkreisen). Über Sicherheitsnadeln im Ohr läppchen (in den 70er Jahren noch ein ultimativer Schocker) können wir heute nur milde lächeln ...
3. In den 60er Jahren beginnen sich erstmals Künstlerinnen mit ihren körperlichen Grenzen auseinanderzusetzen. „Künstlerische Selbstverletzung etabliert sich in den 1960er Jahren als performative Ausdrucks-

³ Inwieweit das weibliche Rasieren und die Werkzeuge des Selbstverletzens in Zusammenhang stehen, wäre m.E. übrigens fast eine eigene Untersuchung wert ...

form, erlebt in den 1970er Jahren ihren Höhepunkt und setzt sich als Grenzbereich der Performance Art bis in die Gegenwart fort. Die als künstlerische Handlungen verstandenen Verletzungen werden dabei mithilfe von Rasierklingen, aber auch Glasscherben, Messern, Nadeln u.Ä. vorgenommen.”⁴ (Brucher 2013: online) Brucher erklärt sich diese Verletzungsakte übrigens als „Selbstversicherung des Individuums in Momenten der Krise”. Jedenfalls: Schneiden und Ritzen ist plötzlich auch ein künstlerischer Akt und ein Akt der Freiheit noch dazu. Sich selbst zu verletzen gilt nun auch als avantgardistisch.

4. In den 70er Jahren entwickelt sich, ausgehend von den Vereinigten Staaten, der Begriff der „Modern Primitives“ (vgl. Winge 2003). Menschen beginnen, sich Rituale aus alten Stammeskulturen ‚einzuverleiben‘, es überwiegt dabei das Interesse, „körperliche, psychische und spirituelle Erfahrungen zu erweitern und auszudehnen“⁵ (Schulz 2014: 23). Die „Body Modification“ Bewegung entsteht, die ihren institutionellen Höhepunkt 2008 erreicht, als die „Church of Body Modification“ von den USA als offizielle Religionsgemeinschaft anerkannt wird. ‚Alte‘, ursprünglich stammesgebundene Rituale (z. B. aus dem Kontext schmerzhafter Initiationsriten) sickern so in unseren Kulturkreis ein und werden – teils längst ihres Sinnes entbunden – zu Körpermodifizierungen transformiert. So haben z. B. auch Narben plötzlich eine bestimmte ‚Bedeutung‘⁶. In anderen Kulturkreisen

ist das nicht so neu, allerdings wird die invasive Körperveränderung dort mit einem anderen Sinn aufgeladen: Der vernarbte Körper steht als Symbol für eine bestimmte Lebensphase (z. B. den initiierten Mann oder das, in eine Religionsgemeinschaft aufgenommene, Mädchen).

5. Dazu passend taucht SVV ab den 60er Jahren nun auch in Filmen und Romanen auf. Filme wie „Sweetie“ (1989), „Repulsion“ (1965), „Breaking the Waves“ (1996), „Dogville“ (2003) oder zuletzt – sogar oscarprämiiert – „Black Swan“ (2010) behandeln das Thema SVV entweder zentral oder zumindest indirekt. Elfriede Jelineks „Klavierspielerin“ (1983), Paolo Giordanos „Die Einsamkeit der Primzahlen“

DER GRUSEL DER SELBSTVERLETZUNG HAT ALSO DURCHAUS ÖFFENTLICHE KONJUNKTUR. EINERSEITS PRODUZIEREN WIR SVV ALS UNTERKATEGORIE VON KÖRPERMODIFIKATIONEN ALS GESELLSCHAFT SELBER MIT (SOZIAL AKZEPTIERT). GLEICHZEITIG GEHT UNS DAS THEMA IMMER NOCH UNTER DIE HAUT (SOZIAL NICHT AKZEPTIERT).

(2008) u. v. a. und in den letzten Jahren eine Flut an semi-autobiographischen Jugendbüchern zum Thema (beispielhaft angeführt hier nur: Gulliver, 676: Schmerzverliebt“ 2013 oder „Rote Linien: Ritzen bis aufs Blut“ 2007) haben SVV ebenfalls ‚salonfähig‘ gemacht.⁷

Der ‚Grusel‘ der Selbstverletzung hat also durchaus öffentliche Konjunktur. Einerseits ‚produzieren‘ wir SVV als Unterkategorie von Körpermodifikationen als Gesellschaft selber mit (sozial akzeptierte Selbstbeschädigung). Gleichzeitig geht uns das Thema immer noch ‚unter die Haut‘ (sozial nicht akzeptiertes SVV). Die

⁴ Interessanterweise scheint besonders Wien in den 1960er und 70er Jahren ein Kulminationspunkt der künstlerischen Selbstverletzung zu sein, z.B. durch Günter Brus, Valie Export, Rudolf Schwarzkogler ...

⁵ Als „typisches“ Artefakt sei hier auf die so genannten „Flesh Tunnels“ verwiesen, eine extreme Dehnungsmethode der Haut, meist der Ohrläppchen.

⁶ Vielleicht geht es Ihnen jetzt wie mir und Sie denken unwillkürlich an Schmisse und Messuren ...

⁷ Wer ein wenig googelt, findet natürlich mittlerweile auch reichlich einschlägige Internetforen zum Thema ...

Grenze zwischen dem einen und dem anderen ist also relativ willkürlich und gar nicht so leicht zu ziehen. Vielleicht kann man dazu folgende Hypothese aufstellen: Die diversen, dem SVV zugrunde liegenden, psychischen Belastungen bzw. Störungen gab es immer schon. Aber durch bestimmte gesellschaftliche Rahmenbedingungen finden sie im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts ein neues Format des Ausdrucks – sich selbst zu verletzen macht plötzlich ‚Sinn‘. So wie etwa zu Zeiten Sigmund Freuds die jungen, traumatisierten Frauen sich der Hysterie ‚bedienten‘, um auf ihre Not aufmerksam zu machen (vgl. Shorter 1999), so greifen sie heute zu Rasierklingen, Glasscherben und Küchenmessern. Es gilt also beim Phänomen SVV auch immer die Makro-Perspektive mitzudenken. (Warum machen es so viele?) Gleichzeitig ist zum Verstehen auch die Mikro-Ebene wichtig. (Warum macht es die Einzelne?)

4. WAS SAGEN EIGENTLICH DIE P-BERUFE? (ALSO PSYCHIATERINNEN, PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN)

Favazza & Conterio schätzten die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung auf 14–750 Personen/100.000 Einwohner, die sich selbst verletzen, in der Altersgruppe zwischen 15 und 35 Jahren jedoch auf 1.800/100.000 Einwohner. (vgl. Favazza 1989). In der so genannten „Heidelberger Studie“ wird die gesamtgesellschaftliche Prävalenz für Automutilation mit ungefähr 1 Prozent angegeben, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 13 und 15 Jahren jedoch mit 11 Prozent. Das heißt, jede/r zehnte Jugendliche im Alter von ca. 14 Jahren fügt sich ein- bis dreimal pro Jahr Verletzungen zu; mehr als 4 Prozent tun dies sogar viermal pro Jahr. Mädchen sind doppelt so häufig betroffen wie Buben. (vgl. Resch 2001) Eine Studie an über 3.000 amerikanischen Collegestudenten fand bereits eine Lebenszeitinzidenz von 17,0 Prozent für einmaliges SVV, 75 Prozent davon mehrfach. 36 Prozent der Befragten kannten jemand, der ein selbstverletzendes Verhalten zeigte (vgl. Whitlock et.al. 2006).⁸

Es sind also größtenteils Kinder, Jugendliche und junge Er-

wachsene, die sich (sozial nicht akzeptiert) selbst verletzen. Eine Art ‚stille Epidemie‘ scheint sich auszubreiten in den westlichen Nationen. Aber weshalb? Die psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Modelle versuchen Erklärungen auf der Mikro-Ebene zu geben: Welche Gründe könnte eine Jugendliche haben, um sich zu ritzen oder zu schneiden? Zwei Thesen stehen dabei im Zentrum der medizinischen und therapeutischen Beobachterposition:

1. SVV ALS SPANNUNGSREGULATION

Diese Deutung des SVV ist wahrscheinlich unter den P-Berufen derzeit die beliebteste. SVV wird hier als seine Art ‚Aderlass‘ für unerträgliche Spannungszustände modelliert. „Typischerweise findet man ein sich intensivierendes Spannungsgefühl unmittelbar vor dem Akt der Selbstverletzung und eine Erleichterung und Zufriedenheit während der selbstverletzenden Handlung [...] Charakteristisch für den selbstverletzenden Akt ist ein Spannungsbogen, auf dessen Gipfel die Gewebeschädigung durchgeführt wird: Zumeist gehen belastende zwischenmenschliche Erfahrungen den selbstverletzenden Handlungen voraus, wobei eine starke subjektive Färbung der Beurteilung sozialer Situationen mit Verzerrung der sozialen Wahrnehmung fassbar wird. Aus diesem Grund kann oft die Umgebung die Belastung des Patienten nicht antizipieren und erkennt erst die Kränkung, die am Ausgangspunkt des Spannungsbogens steht.“ (Resch 2001)

2. SVV ALS DISSOZIATIONSSTOPP

Ähnlich wie bei der Spannungsregulation wird SVV auch in dieser Interpretation als Lösungsversuch für etwas noch Schlimmeres gesehen: die Dissoziation, also die Abspaltung aller Affekte, die innere Leere. Im Gegensatz zur Spannungsregulation, die ein ‚Zuviel‘ von etwas verringern will (nämlich Spannung), soll der Dissoziationsstopp ein ‚Zuwenig‘ kompensieren (nämlich Leere). „Kurz davor spüre ich mich nicht mehr“ wäre so ein typischer Satz einer Klientin. SVV fungiert auch hier als eine Art Selbstmedikation, um Derealisations- oder Depersonalisationsideen zu übersteuern: „Ich schneide, also bin ich (noch).“

⁸ Man sieht: je jünger die Studie, desto alarmierender die Zahlen ...

„Ein immer unbändiger werdender Wunsch beherrscht das Bewusstsein, verbindet sich mit vitalem Leeregefühl und Benommenheit: Sich schneiden, um dies alles zu beenden! Es kommt zur Selbstentfremdung im Sinne von Depersonalisation und Derealisation. Das Selbst wird dabei in einen wahrnehmenden und einen handelnden Teil aufgespalten. Die Zunahme des Leeregefühls führt zu weiteren dissoziativen Erlebnisweisen mit Trancezuständen, Amnesien, Körpergefühls- und Bewegungsstörungen. Die entscheidende Phase der tatsächlichen Umsetzung in die Gewebeschädigung wird häufig von Amnesie und Analgesie begleitet. Der Schnitt wird gesetzt. „Während das Blut rinnt, fühlt der Patient ein Gefühl der Erleichterung und des Wohlbefindens. Er erlebt ein kurzes personales Erwachen.“ (Resch 2001)

5. EINSCHNEIDENDE UNTERSCHIEDE? (UNTERSCHIEDLICHE BEDEUTUNGEN ERZEUGEN UNTERSCHIEDLICHE HYPOTHESEN)

Die P-Berufe haben also ganz bestimmte Erklärungen auf der Mikro-Ebene. Neben den beiden oben angeführten werden fallweise auch noch folgende Modellvorstellungen im therapeutischen Kontext verhandelt (vgl. Salbach-Andrae et al 2007): das Ritusmodell (Herstellen eines Zusammengehörigkeitsgefühls innerhalb einer Gruppe), das Anti-Suizid-Modell (SVV dient dazu, suizidale Handlungen zu vermeiden), das Manipulationsmodell (SVV als Manipulation des sozialen Umfeldes), das Modell der interpersonellen Grenzen (SVV dient dazu, die eigenen Grenzen zu verdeutlichen) und das Selbstbestrafungsmodell (SVV hat die Funktion, den Ärger gegenüber sich selbst zu äußern und sich für tatsächlich oder vermeintlich begangene ‚Vergehen‘ selbst zu bestrafen.)

Je nachdem, welche Bedeutung ich SVV im therapeutischen Kontext gebe werde ich unterschiedliche Zugänge und Interventionen auswählen. Von Försters „Handle stets so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst“ kommt mir da in den Sinn. Ich lasse jetzt einmal die ‚Möglichkeiten wachsen‘, indem ich dem Phänomen SVV weitere Interpretationsmöglichkeiten gegenüberstelle, freilich ohne Anspruch auf ‚Vollständigkeit‘ oder

gar ‚Richtigkeit‘. Allen Annahmen gemeinsam sind dabei drei Ideen. Erstens: Selbstverletzendes Verhalten ist eine Art der Kommunikation, freilich einer nonverbalen, und damit auch Sprache – Körper-Sprache nämlich. Sprache aber ist verstehbar, interpunktierbar, interpretierbar und lädt zu einem Dialog ein, zu einer gemeinsamen Produktion von Sinnerleben. Sprache ist, schreibt Niklas Luhmann, das zentrale Medium struktureller Koppelung von sozialen und psychischen Systemen (Luhmann 1997). Es könnte also in der Therapie auch darum gehen, eine gemeinsame Produktion von Sinn hinter dem (körper-)sprachlichen Kommunikationsakt zu evozieren. Zweitens: So sehr SVV – zu Recht – auch mit frühen traumatischen Erfahrungen in Verbindung gesetzt wird, bleibt es doch ein willentlicher (kommunikativer) Akt. Das bedeutet nicht, dass die Motive dahinter den Handelnden immer auch gänzlich bewusst sind (meist nicht), aber der Griff zum Messer oder zur Rasierklinge ist eine absichtliche Entscheidung. Insofern ist SVV vor allem ein ‚Verhalten‘. Und drittens: SVV ist nicht aus einer einzelnen Motivation heraus erklärbar, sondern immer multidimensional.

SVV ALS APPELL

Z. B. wird eine depressive 14-Jährige in ihrer Not von den Erwachsenen weder erkannt, noch anerkannt. Diverse verbale Äußerungen werden ‚überhört‘ oder falsch interpretiert. Die Botschaft oder der „Sinn“ einer SVV könnte hier lauten: „Anerkenne, wie mies es mir geht und kümmere dich endlich um mich!“ SVV wird an einen oder mehrere Empfänger gerichtet und soll bei diesen eine Einstellungs- oder Verhaltensänderung bewirken. Der Appell SVV beinhaltet also eine Aufforderung zum Handeln (etwas tun) oder Nichthandeln (etwas unterlassen), etwa das Bagatellisieren der Not. Therapeutisch folgerichtig wäre es hier, der Klientin dabei zu helfen, ihre Botschaft tatsächlich an die betroffenen Empfängerinnen zu bringen.

SVV ALS PROVOKATION ODER MANIPULATION

Die Provokation ist eine besondere Spielart des Appells: Durch absichtliche Normverletzung wird ein Gegen-

über ebenfalls aufgefordert, sich in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten, allerdings nicht immer im Sinne einer unterstützenden Maßnahme. Provokationen verärgern, schockieren, verletzen, distanzieren, erzeugen Konflikte, fordern aber ebenfalls zu einer Auseinandersetzung auf. Noch massiver ist die Manipulation: die gezielte, aber gleichzeitig versteckte Einflußnahme auf das Verhalten einer anderen Person. So kann eine blutige Inszenierung helfen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu verhindern. SVV als Manipulation wird vor allem im therapeutischen Kontext relevant: wenn es als Druckmittel der Therapeutin gegenüber verwendet wird. Vordergründig steht die Präsentation der Not, dahinter die Absicht, die Therapeutin zu einem bestimmten Verhalten zu verleiten, etwa noch mehr Aufmerksamkeit zu investieren.⁹ ‚SVV ernst nehmen ohne es allzu ernst zu nehmen‘, die ‚Einladung zur Aktionitis‘ also liebevoll zurückzuweisen, könnte eine adäquate therapeutische Reaktion sein: ‚Ich spende gerne viel Aufmerksamkeit, aber weil ich es will, und nicht weil es von mir verlangt wird‘.

SVV ALS AUSDRUCK DER SELBSTWIRKSAMKEIT

Gerade wenn durch frühe Traumata oder eine hartnäckige Problemtrance bei jemandem der Eindruck entsteht, ohnmächtig zu sein, kann SVV eine Art der Selbstwirksamkeit darstellen: Diese Entscheidung treffe ICH. Die „Selbstversicherung des Individuums in Zeiten der Krise“ der Aktionskünstlerinnen der 70er-Jahre fällt mir dazu wieder ein. SVV ist eine Möglichkeit, Kontrolle wieder herzustellen. Die logische therapeutische Konsequenz wäre hier, durch Erfragen von Ausnahmen und Unterschieden Situationen zu kreieren, in denen Selbstwirksamkeit bereits möglich ist bzw. möglich sein wird.

⁹ Im stationären Kontext wird versucht, die manipulative Kraft der Selbstverletzung durch Herstellen von Bewusstheit im Team aktiv zu entmachten. Das SVV wird „normalisiert“.

SVV ALS REINSZENIERUNG ERLITTENER TRAUMATA

Alice Miller, die in den letzten Jahren im therapeutischen Diskurs ein wenig in Misskredit geraten ist, beschäftigte sich in ihren Büchern vor allem mit der Frage, inwiefern Menschen die Misshandlungen, Demütigungen und Traumata ihrer Kindheit als Erwachsene immer wieder re-inszenieren (vgl. Miller 1993). Sie zieht dabei die Werke von Franz Kafka und Gustave

GERADE WENN DURCH FRÜHE TRAUMATA ODER EINE HARTNÄCKIGE PROBLEMTRANCE BEI JEMANDEM DER EINDRUCK ENTSTEHT, OHNMÄCHTIG ZU SEIN, KANN SVV EINE ART DER SELBSTWIRKSAMKEIT DARSTELLEN: DIESE ENTSCHEIDUNG TREFFE ICH.

Flaubert, die Genozide durch Adolf Hitler und Josef Stalin und viele andere, auch anonyme Beispiele heran, um zu illustrieren, inwieweit die destruktiven Ideen oder Taten von Erwachsenen nicht auch immer als Erzählungen darüber zu lesen sind, was diesen als Kindern widerfahren ist. Das muss nicht immer analog stattfinden – kaum ein Kind wurde wahrscheinlich von den Eltern mit der Rasierklinge an den Unterarmen aufgeschnitten – findet aber im SVV ein Format, das der Brutalität der erlittenen Verletzung gerecht wird. Die deutsche Sprache hat dazu übrigens zwei plastische Metaphern anzubieten: ‚jemanden quälen bis aufs Blut‘ (also psychische, physische oder sexuelle Gewalt) und ‚jemanden schneiden‘ (also Liebesentzug bzw. Exkommunikation, im schlimmsten Fall Suizid eines Familienmitglieds). Ausreichendes Validieren des Erlittenen scheint mir in diesem Fall eine Grundvoraussetzung für weiteres therapeutisches Arbeiten zu sein.

SVV ALS PARADOXE SELBSTFÜRSORGE

SVV zeitigt nicht nur ein Ergebnis – nämlich eine Wunde –, sondern ist auch ein im Außen beobachtbarer Prozess, der mit dem Ergreifen eines entsprechenden

Werkzeuges beginnt und mit der Wundversorgung endet. Diesen Abschluss des selbstverletzenden Prozesses denken wir dabei meist nicht mit. Unser therapeutisches Interesse beginnt mit dem ‚Davor‘ und endet mit dem Beibringen der Wunde. Danach aber beginnt eine besondere Art der Selbstfürsorge: Die Schnitte müssen desinfiziert, die Wunde muss versorgt werden, unmittelbar zunächst, und danach wiederholt auch im Verlauf der Wundheilung. Verbände werden angelegt und gewechselt, Salben aufgetragen, eventuell Schmerzmittel geschluckt. SVV ist ex-post daher auch eine – wenn auch paradoxe – Form der Selbstfürsorge. Im Sinne von „jetzt darf und muss ich mich um mich kümmern oder versorgen lassen.“ Eine Periode der Transformation erfolgt, und der ‚neu gestaltete‘ Körper entsteht.¹⁰ SVV könnte so auch als „Sehnsucht nach einer Pause“ gelesen werden. Gleichzeitig könnte das SVV auch eine ebenfalls paradoxe Heilungsidee sein: Hewitt postuliert in seinem Buch „Mutilating the body. Identity in blood and ink“ (Hewitt 1997), dass Frauen, die sich Genitalpiercings beibringen lassen, oft als Motivation angeben, sich selber heilen zu wollen, den eigenen Körper wieder zurückzuerhalten, ihr Eigen zu nennen. Dies gilt vor allem für Opfer von sexuellem Missbrauch. Im Gegensatz zum ursprünglichen Trauma ist die neue Läsion selbst gewollt und enthält die Intention der Reparation (vgl. Stirn 2002: 229). Die Leitfrage der Therapeutin lautet hier: Welche anderen, passenderen Formen der Selbstfürsorge kommen in Frage?

SVV ALS MUTPROBE, AUFNAHMERITUAL, NACHAHMUNG UND IMPRESSION MANAGEMENT

„Blutsbrüderschaft“ galt noch vor einigen Jahrzehnten als ultimative Mutprobe unter – vorwiegend männlichen – Jugendlichen. SVV als Aufnahme ritual in eine ganz bestimmte Community ist zwar vielleicht selten, aber möglich. „Wenn die ‚coolen‘ Mädchen das tun, dann tu ich es auch.“ So beobachteten Taiminen et al. (1998),

¹⁰ Irgendwie muss ich hier an die Idee des Rituals von van Gennep denken: Auf die Ablösungsphase (die alte Identität gilt nicht mehr) folgt die Zwischenphase (die Identität ist ungewiss) beendet von der Integrationsphase (die neue Identität wird angenommen). (Van Gennep 2005)

dass SVV in geschlossenen psychiatrischen Jugendstationen durch Ansteckung auch bei vorher nicht betroffenen Jugendlichen ausgelöst werden konnte und interpretieren dieses Phänomen als eine Art Kleingruppen-Ritus, um ein Zusammengehörigkeitsgefühl herzustellen. Diese „soziale Ansteckung“ außerhalb geschlossener Communities ist m. E. aber auch nicht zu unterschätzen, vor allem dann, wenn wir uns die aktuelle Jugendliteratur zum Thema genauer anschauen. Geben Sie doch einmal ‚Ritzen‘ in das Suchfeld von Amazon ein und beobachten Sie, was passiert.... Taucht daher die Idee bei der Therapeutin auf, dass SVV etwas mit der Sehnsucht nach Zugehörigkeit zu tun hat, werde ich entsprechende Fragen stellen und eher diesen Themenbereich verhandeln, als z. B. die reine Spannungsregulation.

SVV ALS SOZIALE KONTROLLE UND ZURÜCKEROBERUNG DER SOZIALEN MACHT

Sobald ein System – also z. B. eine Familie – sich vor dem SVV zu fürchten beginnt, hat die Akteurin auch Macht und Kontrolle über das System. Ähnlich wie bei magersüchtigem Verhalten dreht sich ein Gutteil der familiären Kommunikation ab nun um das Problem. Neue Verhaltensweisen werden hervorgebracht und alte modifiziert, um das gefürchtete Verhalten zu verhindern. Gebe ich dieser Hypothese Raum, werde ich um familientherapeutische Settings wohl nicht herumkommen.

SVV ALS ÜBERWINDUNG VON „INNEN“ UND „AUSSEN“ UND DAMIT ALS „MAGISCHE MACHT“

Aglaja Stirn stellt in ihrem überaus klugen Artikel „Körpermagie, Körpernarzissmus und der Wunsch, Zeichen zu setzen: Eine Psychologie von Tattoo und Piercing“ (Stirn 2002) die These auf, dass SVV auch der Versuch sein kann, Körpergrenzen zu überwinden: „Blut ist aufs Engste mit den Praktiken der Körperveränderung verbunden und wird als heilige Substanz häufig in religiösen Zeremonien gebraucht. [...] Es sind wohl gerade die Überschreitungen der definierten Körpergrenzen, die die magische Potenz ausmachen: Körperflüssigkeiten, die Körpergrenzen überschreiten, werden als Medien zwischen Individuum und Kosmos betrachtet. Der

Akt des Blutvergießens ist wahrscheinlich generell das machtvollste Beispiel der Überwindung der Grenze zwischen internem und externem Körper.“ Das Blut, das bei SVV fließt, wird so als „erlösende Flüssigkeit“ gedeutet, „die den Menschen mit Gott, das Ego mit dem Selbst wiedervereint.“ Interpretiere ich demgemäß, dass die Klientin eigentlich die Sehnsucht hat, wieder „sie selbst“, also ganz, zu werden, werde ich dem „Selbst“ eine ganz besondere Bedeutung geben und, beispielsweise in der Teilarbeit, immer wieder unterstellen, dass es so etwas bereits gäbe: ein Selbst, eine innere, heile, weise Instanz, und ich werde dieses Selbst zirkulär immer wieder befragen.

SVV ALS PROJEKTIVE IDENTIFIZIERUNG¹¹

„Die anderen sollen meine Gefühle nach-spüren.“ Der Begriff der „projektiven Identifizierung“ wurde ursprünglich von Melanie Klein entwickelt, von Otto Kernberg im Zusammenhang mit seinen Arbeiten zur Borderline-Persönlichkeitsstörung weiterentwickelt und stammt aus der Psychoanalyse. (vgl. Kernberg 2005) Teile des Selbst werden abgespalten und auf eine andere Person projiziert, die wiederum mit heftigen Gefühlen – Gegenübertragung – reagiert. Oft genug passiert das bei SVV auch in einer nahen (therapeutischen) Beziehung: Gefühle der Ohnmacht, Verstörung, des Ekels, der Wut tauchen bei dem Ehemann, der Mutter, der Therapeutin auf, die offenbar nichts mit ihr selbst, sondern mit den geschilderten Phänomenen zu tun haben. Verfolge ich als Therapeutin so eine Hypothese, wird es vielleicht darum gehen, neue, bekömmlichere Möglichkeiten zu finden, die Umwelt mit den Gefühlen der Klientin zu konfrontieren. Und vor allem: Möglichkeiten finden, mich als Therapeutin immer wieder von meinen auftauchenden Gegenübertragungsaffecten ausreichend zu distanzieren.

SVV ALS OBJEKTVERSCHIEBUNG

„Eigentlich will ich jemand anderem weh tun, trau mich aber nicht.“ Das Objekt der Aggression liegt also ur-

sprünglich im Außen, wird aber auf das eigene Selbst verschoben. Hier könnte es im therapeutischen Prozess darum gehen, die Wut auf andere wieder erlebbar zu machen und zu artikulieren.

6. VOM UMGANG MIT ‚WUNDEN KLIENTINNEN‘ – HILFREICHE HALTUNGEN UND INTERVENTIONEN IN DER THERAPEUTISCHEN PRAXIS

Noch einmal: Um im Falle von SVV hilfreich agieren zu können, findet die erste Intervention in der Therapeutin selber statt. Was brauche ich (immer wieder), um Angst in Sorge transformieren zu können? Ersteres macht mich handlungsunfähig, letzteres handlungsfähig. Information, Inter- oder Supervision, evtl. die Erlaubnis, mich mit anderen Akteurinnen aus dem Helfersystem zu vernetzen (Psychiaterin, Hausärztin, Familie, Gruppentherapie...), vielleicht auch klare „Spielregeln“ („Wenn die Wundversorgung nicht ausreichend gesichert ist, kommt hier kein therapeutischer Kontrakt zustande“ i. S. v. „Auslagern der medizinischen Kontrolle“ o. ä.) können helfen, Sicherheit (zurück) zu gewinnen. Darüber hinaus gibt es m. E. ein paar systemische Haltungen bzw. Interventionen, die bei SVV eher zu fokussieren sind, als bei anderen „Störungen“.

A) DIE BEDEUTUNG DER NEUTRALITÄT, BESONDERS DER LÖSUNGS- BZW. PROBLEMNEUTRALITÄT

„Die Neutralität im Hinblick auf das präsentierte Problem oder Symptom zeigt sich in dem Maße, indem die Einladung zur positiven oder negativen Bewertung, zur Kontrolle oder gar zur Bekämpfung des präsentierten Symptoms/Problems ausgeschlagen wird.“ (Retzer 2006: 163) Bei SVV gilt im besonderen Maße: keine Killeraufträge annehmen, i. S. v. „Killen Sie das Symptom“. (vgl. Schmidt 2004) Verbünde ich mich mit diesem Anteil der Klientin, werde ich den anderen Teil verlieren. In der Arbeit mit Klientinnen mit selbstverletzendem Verhalten ist also Ambivalenzmanagement angesagt. Das Symptom wird gewürdigt und als Selbstmedikation reframed, die unter gewissen Bedingungen noch eine Zeit lang weiter verabreicht werden kann. (z. B. ausreichende Sicherstellung der Wundversor-

¹¹ An dieser Stelle ganz lieben Dank an Mag. Marcus Hölzl für seine klugen und behutsamen Kommentare zu diesem Artikel!

gung). Telearbeit eignet sich hier besonders als Ambivalenz-Tool: ‚Ein Teil von Ihnen möchte das loswerden, ein anderer Teil von Ihnen hat vielleicht noch keine Idee, wie mit unerträglichen Situationen umzugehen ist.‘ Ist die ‚gute Absicht dahinter‘ identifiziert, kann ein neuer Auftrag verhandelt werden: ‚Angenommen, wir finden andere/neue/bekömmlichere Möglichkeiten, mit dem Problem (das hinter dem SVV liegt) umzugehen....‘ usw. Voraussetzung dafür aber ist, dass die Therapeutin sich vom Symptom nicht in Geiselnhaft nehmen lässt (Sorge statt Angst).

B) DAS „PERLENREIHE“-MODELL

Klientinnen mit selbstverletzendem Verhalten berichten oft, dass ‚es‘ ihnen ‚passiert‘. Hier gilt es, die Klientin vom „Problempfer“ zur „Lösungstäterin“ zu machen. (Anm.: Persönliche Mitteilung von Iris Seidler im Zuge eines Seminars). Mit Hilfe des Perlenreihe-Modells kann eine typische Sequenz wie Perlen an einer Schnur aufgefädelt werden: ‚Erzählen Sie mir bitte genau, wie das beim letzten Mal vonstatten gegangen ist. Was genau ist passiert, bevor Sie den Entschluss gefasst haben, wieder zu schneiden? Und davor? Und davor? An welcher Stelle genau haben Sie zum Messer gegriffen? An welcher Stelle der Erzählung hätten Sie noch die Möglichkeit gehabt, sich dagegen zu entscheiden? Was hätten Sie dazu gebraucht? etc.‘ Auch Verschlechterungsfragen können helfen, Klientinnen ‚die Unschuld zu rauben‘: ‚Wie müssten Sie es anstellen, um das Symptom absichtlich einzuladen? Wer könnte was dazu beitragen?‘

Beim Konkretisieren entstehen so gemeinsame Hypothesen zum Nutzen des Symptoms: ‚Aha, verstehe ich das richtig, wenn die Spannung nach einem Streit mit ihrer Mutter unerträglich wird, dann hat das Symptom die besten Chancen, sich wichtig zu machen? usf.‘ Ist die Idee einmal installiert, dass ‚es‘ der Kleintin nicht einfach ‚passiert‘, sondern sie einen aktiven Beitrag zum Geschehen leistet, kann kleinschrittig weiterverhandelt werden: ‚Wenn der Schneidimpuls das nächst Mal auftaucht, wie könnte man ihn verzögern? Welche anderen Reize könnten die unerträgliche Spannung lindern?‘ Die Klientin wird so eingeladen von der unbeteiligten Betroffenen zur aktiven Beobachterin und Gestalterin zu werden.

C) PSYCHOEDUKATION – AKTIVES ANBIETEN ALTERNATIVER LÖSUNGSEIDEN

Für Systemikerinnen etwas ungewöhnlich, aber durchaus wichtig im Umgang mit SVV, ist Psychoedukation. Die Therapeutin hilft der Klientin dabei, andere körperliche Reize zur Unterbrechung der Spannung und/oder der Dissoziation zu erlernen und einzuüben. Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Marsha Linehan (vgl. Linehan 1996) bietet hierzu sogenannte Skills an. Mögliche Stresstoleranz-Skills für akute Krisensituationen sind beispielsweise Ammoniak, Lavendel, Riechampullen, getrocknete Chilischoten, Vitamin- oder Brausetabletten (ohne runterzuschlucken), Gummis für's Handgelenk (daran ziehen und loslassen), Coolpacks (zum auf die Haut legen) oder harte Igelbälle. Gemeinsam mit der Klientin werden die Skills ausprobiert und so genannte Skills-Ketten entwickelt, also eine Liste mehrerer Hilfsmittel, die im Krisenfall nacheinander abgearbeitet werden. Dazu können neben den o.a. körperlichen Reizen auch Telefonate mit vertrauten Personen oder eine bestimmte Musik zählen. Ebenfalls hilfreich sind regelmäßige Skalierungsaufgaben: Wie wird die Spannung über den Tag verteilt erlebt? Ab welchem Skalierungsgrad sollten erste Maßnahmen ergriffen werden? Dabei wird gelernt, anhand der Spannungskurve den Grad der momentanen Anspannung überhaupt einmal einzuschätzen und zu definieren bzw. bereits vor Eintreten der akuten Hochspannung zu intervenieren. Ebenfalls hilfreich können beruhigende Imaginationen sein, wie der innere sichere Ort oder die Tresorübung. Und generell geht es in der Arbeit mit Personen mit selbstverletzendem Verhalten um das Einüben von Achtsamkeit – neben der ambulanten Psychotherapie kann es für Klientinnen daher auch durchaus empfehlenswert sein, an Achtsamkeits- oder Stresstoleranzgruppen teilzunehmen.

D) UND LETZTLICH, WIE IMMER: LÖSUNGSORIENTIERTES ARBEITEN

Die Problemtrance bei Personen mit SVV ist meist so groß, dass es zu Beginn kaum möglich sein wird, wunderfragenartige Lösungsideen zu verwirklichen.

Die Lösungsorientierung wird daher zu Beginn eher durch mikrosprachliche Interventionen realisiert werden (z. B. das Reformulieren von ‚nie‘ zu ‚noch nicht‘ oder das Reframen von Schneidattacken zu Rück- oder besser noch Vorfällen), in weiterer Folge aber durchaus konkreter werden: ‚Was wird in einer guten Zukunft ohne SVV möglich sein? Wenn Sie nicht mehr dauernd mit der Spannungsregulation beschäftigt wären – wofür wäre dann Zeit und Energie frei? Wenn ich Sie in fünf Jahren auf der Straße träfe, was würden Sie mir erzählen, was Ihnen alles gelungen ist? Wie werden Sie das geschafft haben? usf.‘ Um diesen Lösungsraum zu betreten braucht es Zeit und Vertrauen seitens der Klientin – neben einer ausreichenden Würdigung des (dahinterliegenden) Problems wird die therapeutische Beziehung daher immer auch wieder Thema sein: ‚Wie geht es Ihnen eigentlich hier mit mir? Was müsste ich tun (darf ich keinesfalls tun), um bei Ihnen derartige Ideen auszulösen? usf.‘

7. HEINRICH, MIR GRAUT NICHT MEHR VOR DIR

Sollten Sie es bis hierher geschafft haben, lade ich Sie ein, zum Schluss gemeinsam zu überprüfen, ob dieser Text in irgendeiner Form ‚Wirkung gezeigt‘ hat. Lesen Sie den ersten Absatz (Heinrich von Seuses Selbstverletzungen) einfach noch einmal durch. Und achten Sie, diesmal absichtlich, erneut auf Ihre somatischen Marker. Konnten wir durch das Verhandeln von Bedeutungen mehr Gelassenheit erzeugen? Gelang es, das Problem (nämlich unsere Einstellung zu SVV) in Richtung einer Lösung zu transformieren? Half uns die Metaperspektive der Beobachterin dabei, SVV neu einzuordnen? Und sind wir durch das Erzeugen von ‚Klarheit‘ (im Unterschied zur ‚Verwirrung‘) handlungsfähiger geworden? Ich auf jeden Fall.

MMAG.^A KATHARINA HENZ

ist Soziologin, Ethnologin; Lektorin an der Universität Wien, systemische Organisationentwicklungsberaterin und Psychotherapeutin (SF) in freier Praxis.

BIBLIOGRAPHIE:

Bourdieu, Pierre: Die feinen Unterschiede. Frankfurt am Main 1982

- Brucher, Rosemarie: Das Erhabene und die Body Art in: <http://science.orf.at/stories/1715182/> (dl 2.9.14, 13:06)
- Favazza, Armando: Bodies under siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. Baltimore 1996
- Favazza, Armando R./ Conterio, Karen: Female habitual self-mutilators. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 1989 / 79, pp. 283–289
- Hewitt, Kim: Mutilating the body. Identity in blood and ink. Bowling Green 1997
- Kasten, Erich: Body Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen. München 2006
- Kernberg, Otto: Narzissmus, Aggression und Selbsterstörung: Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart 2005
- Linehan, Marsha: Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München 1996
- Luhmann, Niklas: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main 1997
- Miller, Alice: Am Anfang war Erziehung. Frankfurt am Main 1983
- Resch, Franz: Der Körper als Instrument zur Bewältigung seelischer Krisen: Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. In: Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 36 vom 07.09.01, p. A-2266
- Retzer, Arnold: Passagen. Stuttgart 2006
- Salbach-Andrae, Harriet, et al.: Selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Jugendlichen. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55 (3), 2007, (185–193)
- Schmidt, Gunther: Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg 2004
- Schulz, Alexandra: No Pain, No Gain? Nonmainstream Body Modifications – Transformation durch rituellen Schmerz. Berlin 2014
- Seuse, Heinrich: Deutsche Schriften. Hrsg. v. Karl Bihlmeyer. Stuttgart 1907 (Nachdruck Frankfurt a.M. 1961)
- Shorter, Edward: Die Geschichte der Psychiatrie. Berlin 1999
- Stirn, Aglaja: Körpermagie, Körpernarzissmus und der Wunsch, Zeichen zu setzen. Eine Psychologie von Tattoo und Piercing, in: Hirsch, Mathias (Hg.): Der eigene Körper als Symbol, Gießen 2002 (223–236)
- Taiminen, Tero (et.al.): Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998 Feb; 37(2), 211–7.
- Van Gennep, Arnold: Übergangsriten. Frankfurt am Main 2005
- Whitlock, Jane, et al.: Self-injurious Behaviors in a College Population, in: PEDIATRICS Vol. 117 No. 6 June 2006, pp. 1939–1948)
- Winge, Theresa: Constructing ‚Neo Tribal‘ Identities through Dress. Modern Primitives and Body modifications. In: Muggleton, Davoid, et.al (Hg.): The Post-Subcultures Reader. Oxford 2003
- <http://lexikon.stangl.eu/89/selbstverletzung-selbstverletzendes-verhalten-svv/> (dl 5.9.14, 16:44)
- Psychotherapie im Dialog (3: 91–93). Thieme Verlag
- Leff, Julian et al (2000): The London Depression Intervention Trial. British Journal of Psychiatry nr. 177
- Linares, Juan & Campo, Carmen (2003): Familientherapie bei Depressionen. Carl-Auer Verlag