



Abb. 1

Pädagogisches Intervenieren bei selbstverletzendem Verhalten von Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe

Welche pädagogischen Möglichkeiten gibt es in der stationären
Jugendhilfe, wenn sich Jugendliche selbst verletzen?

Leonie Nau
Bachelorarbeit

DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen
Jahrgang: 2014, Kurs: C
Studiengangsleitung: Prof. Dr. Matthias Moch
Bachelorbetreuung: Andreas Gut
Matrikelnummer: 1421736
Erstellungszeitraum: 27.12.2016 - 20.03.2017

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die mich im Rahmen der Bachelorarbeit vielseitig unterstützt haben. Ganz besonderen Dank gehört meinem Betreuer Herrn Andreas Gut für sein großes Interesse an meinem Thema und seiner tatkräftigen Unterstützung. Ebenso möchte ich meinem Studiengangsleiter Prof. Dr. Matthias Moch, meinen lieben Kolleginnen der Mädchenwohngruppe der Paulinenpflege Winnenden und meiner Familie und Freunden danken.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis	I
1. Einleitung	1
2. Stationäre Jugendhilfe	3
2.1 Erziehung – Bindung – Entwicklung.....	5
2.2 Besondere Belastungssituation	7
2.3 Besondere Bewältigungsaufgaben.....	9
3. Selbstverletzendes Verhalten	12
3.1 Definition und begriffliche Abgrenzung	12
3.2 Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen.....	14
3.2.1 Methoden der Selbstverletzung bei Jugendlichen.....	15
3.3 Funktionen der Selbstverletzung	15
3.3.1 Selbstregulation.....	16
3.3.2 Bewältigung von belastenden Lebensereignissen.....	17
3.3.3 Soziale Funktionen.....	18
3.4 Erklärungsansätze	18
3.4.1 Biologischer Erklärungsansatz.....	18
3.4.2 Psychoanalytischer und -dynamischer Erklärungsansatz	19
3.4.3 Entwicklungspsychopathologischer Erklärungsansatz	20
3.4.4 Lerntheoretischer Erklärungsansatz	23
3.4.5 Systemischer Erklärungsansatz.....	24
3.4.6 Traumalogischer Erklärungsansatz.....	26
3.5 Risikofaktoren	26
3.5.1 Psychische Störungen als Risikofaktor	27
3.6 Selbstverletzendes Verhalten in der stationären Jugendhilfe	28

4. Interventionsformen bei selbstverletzendem Verhalten.....	30
4.1 Psychotherapie.....	30
4.1.1 Psychodynamische Interventionsmöglichkeiten.....	31
4.1.2 Verhaltenstherapeutische Interventionsmöglichkeiten	33
4.2 Systemische Interventionsmöglichkeiten	38
4.3 Traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten.....	40
4.4 Pharmakotherapie	43
4.5 Kreative und körperbezogene Therapieansätze.....	43
4.6 Die Interventionsformen im Vergleich.....	45
4.7 Übertragbarkeit der Interventionsformen in den Bereich der Sozialpädagogik.....	47
5. Pädagogische Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der stationären Jugendhilfe.....	49
5.1 Grundhaltung.....	49
5.2 Umgang in der stationären Wohngruppe.....	51
5.2.1 Traumapädagogische Standards in der stationären Jugendhilfe	51
5.2.2 Regeln in der Gruppe	53
5.2.3 Umgang mit den anderen Jugendlichen.....	55
5.2.4 Allgemeiner Umgang mit den betroffenen Jugendlichen	56
5.3 Umgang in akuten Situationen	58
5.3.1 Wundversorgung.....	59
5.3.2 Verhaltensanalyse	61
5.3.3 Interventionsmöglichkeiten bei tranceartigen Zuständen	62
5.4 Gespräche und Reflexion.....	62
5.4.1 Gesprächsmethoden	63
5.4.2 Reflexion.....	66
5.5 Aktivitäten	67
5.6 Skillstraining und Selbstfürsorge.....	69
5.7 Grenzen der stationären Jugendhilfe	72

6. Pädagogische Handlungsempfehlungen für die stationäre Jugendhilfe.....	74
7. Fazit und Ausblick	78
8. Literaturverzeichnis.....	80
9. Erklärung.....	86
10. Anhang	II
10.1 Diary Card	II
10.2 Verhaltensanalyse.....	III
10.3 Schemakarten.....	VI
10.4 Liste angenehmer Aktivitäten.....	VIII

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 - Umschlagsfoto	
Abb. 2 - Gliederung des selbstverletzenden Verhaltens	13
Abb. 3 - Entwicklungspsychopathologisches Erklärungsmodell für das selbstverletzende Verhalten	21

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 - Skillsbeispiele.....	71
Tab. 2 - Persönliche Skillsliste.....	72

Abkürzungsverzeichnis

DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DBT-A	Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente
TFP	Transference-Focused Psychotherapy (Übertragungsfokussierte Therapie)
MBT	Mentalisierungsbasierte Therapie
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Ausgabe
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen), 4. Ausgabe
BAG-TP	Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik

1. Einleitung

Der Körper eines Menschen ist verletzlich. Denkt man an Wunden und Verletzungen, geht man in der Regel davon aus, dass diese unabsichtlich, in Form eines Unfalles, entstanden sind oder von einer anderen Person zugefügt wurden. Es gibt aber Menschen, die einen verletzenden Akt gegen ihren eigenen Körper richten und sich selbst absichtlich Schaden zufügen. (vgl. Schmeißer 2000, S. 18) Diese Körperschädigung kann auf sehr unterschiedliche Weise stattfinden. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 59 f.) Doch die Folge ist immer, dass der Mensch, nach dem Selbstverletzungsakt, eine Wunde davon trägt. Der Baum auf dem Foto des Titelblattes hatte auch eine solche Wunde. Er konnte sich diese jedoch nicht selbst zufügen. Dem Baum wurde ein Herz in seine harte Rinde geritzt. Sind die Verletzungen bei Menschen etwa auch ein Schrei nach Liebe? Wie die Rinde des Baumes wird der menschliche Körper von manchen als Schale, Hülle oder Mantel wahrgenommen. Diese Menschen haben keinen Bezug zu ihrem Körper und nehmen ihn nicht als sich selbst wahr. Er gehört zwar zu ihnen, weil sie in ihm stecken und trotzdem fühlen sie ihn kaum. Um sich und den Körper spüren zu können, nutzen manche Verletzungen, um ein Gefühl für sich zu bekommen. Doch das ist nur einer von vielen möglichen Gründen für Selbstverletzung. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 60) Nach einiger Zeit heilen die Wunden. Trotzdem hinterlassen sie Narben; Narben wie das Herz auf dem Baumstamm. Die Verletzungen werden immer ein Teil der Betroffenen sein, doch es ist möglich, ein Wiederauftreten der Selbstverletzungen zu verhindern. Dies ist jedoch eine sehr schwere und große Aufgabe, wofür die meisten Betroffenen Hilfe brauchen. Doch Personen, die helfen möchten, sind häufig bei der Konfrontation mit dem selbstverletzenden Verhalten selbst hilflos und fühlen sich ohnmächtig. (vgl. Schmeißer 2000, S. 11) Helfen sollen auch die Mitarbeiter in der stationären Jugendhilfe. Sie betreuen häufig Jugendliche die dysfunktionale Verhaltensweisen, wie die Selbstverletzung, aufzeigen. Doch auch die Mitarbeiter der stationären Jugendhilfe kommen im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten an ihre Grenzen. (vgl. Schmidt u.a. 2003 in Schmid 2008, S. 196; Baur u.a. 1998 in Schmid 2008, S. 196) Damit den Betroffenen nicht mit einer solchen Hilflosigkeit oder gar mit Vorurteilen begegnet wird und sich die Helfer in der Lage fühlen pädagogisch richtig zu handeln, ist es wichtig diese auf ihre Aufgabe vorzubereiten. (vgl. Schmeißer 2000, S. 11)

Aus diesem Grund lautet der Titel dieser Thesis „Pädagogisches Intervenieren bei selbstverletzendem Verhalten von Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe“ und stellt die

forschungsleitende Frage, welche pädagogischen Möglichkeiten es in der stationären Jugendhilfe gibt, wenn sich Jugendliche selbst verletzen.

Mit diesem Titel wurden der Personenkreis und das Setting bereits erwähnt. Die Thematik richtet sich auf den Umgang mit Jugendlichen, wobei die Maßnahmen für Kinder ebenso gültig sind. Es ist jedoch von Jugendlichen die Rede, da das selbstverletzende Verhalten in der Regel erstmals im Jugendalter auftritt. Ausgeschlossen sind Erwachsene. Die Thematik bezieht sich auf das Setting der stationären Jugendhilfe, welches im Folgenden auch z.T. als Wohngruppe bezeichnet wird. Somit handelt es sich um den Umgang mit Jugendlichen, welche selbstverletzende Verhaltensweisen aufzeigen und stationär in der Jugendhilfe untergebracht sind. Ebenso bezieht sich der Inhalt dieser Thematik auf die Mitarbeiter des Arbeitsfeldes. Damit sind alle Mitarbeiter der Wohngruppen gemeint, egal welche Qualifikationen (Erzieher, Jugend- und Heimerzieher, Sozialpädagoge, etc.) sie haben. Sie werden in dieser Arbeit auch als Bezeichnung ‚Betreuer‘ oder im Gesamten als ‚Betreuungsteam‘ bezeichnet. In der Thematik wird ausschließlich die männliche Geschlechterbezeichnung genutzt, da dies der besseren Leserlichkeit dient. Es sind jedoch stets alle Geschlechter angesprochen.

Die Arbeit ist in vier Teile gegliedert. Die ersten drei legen das theoretische Fundament, um anschließend im vierten Teil das Wissen miteinander zu verknüpfen.

Im ersten Teil wird die stationäre Jugendhilfe näher betrachtet und die Hilfeform erklärt. Anschließend wird das Dilemma aufgezeigt, welche besondere Belastung eine solche Unterbringung für die Jugendlichen darstellt.

Im zweiten Teil der Thematik wird versucht, dem Leser das Phänomen der Selbstverletzung näher zu bringen. Hierfür wird zunächst anhand theoretischer Grundlagen eine Definition formuliert, welche das selbstverletzende Verhalten eingrenzt. Der weitere Inhalt der Arbeit bezieht sich auf diese Einschränkung. Des Weiteren soll in diesem Teil das selbstverletzende Verhalten auf die Jugendlichen bezogen werden. Ebenso sollen dem Leser die Methoden und Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens für ein grundlegendes Verständnis erklärt werden. Werden die Funktionen erkannt und verstanden, kann das Verhalten besser nachvollzogen werden und ein professioneller Umgang wird möglich. Doch nicht nur die Funktionen sollen zum Verständnis des Verhaltens dienen, sondern auch die Erklärungsmodelle aus den verschiedenen psychologischen, therapeutischen und pädagogischen Schwerpunkten.

Im dritten Teil der Arbeit werden verschiedene Interventionsmöglichkeiten bei selbstverletzendem Verhalten im Allgemeinen herausgearbeitet und anschließend einander gegen-

übergestellt. Es wird diskutiert, inwieweit sich die Inhalte decken oder auch widersprechen. Außerdem wird überprüft, welche der aufgezeigten Interventionsmöglichkeiten auf die Pädagogik übertragbar sind.

Im vierten großen Teil der Thesis, werden die Inhalte und Erkenntnisse der vorherigen drei Teile miteinander verknüpft und in Verbindung gebracht. Es wird überlegt, welche Interventionsmöglichkeiten im pädagogischen Alltag der stationären Jugendhilfe Anwendung finden können. Wie das umgesetzt werden kann, wird in den verschiedenen Unterpunkten aufgezeigt. Dabei wird eine Grundhaltung festgelegt, die für den Umgang mit Jugendlichen, welche selbstverletzende Verhaltensweisen aufzeigen, notwendig ist. Es werden Regeln für den alltäglichen Umgang festgelegt und ein ‚Fahrplan‘ für Akutsituationen vorgeschlagen. Anhand der Inhalte von einzeltherapeutischen Angeboten wird aufgezeigt, wie Gespräche und Reflexionen stattfinden können, welche Aktivitäten angeboten werden können und wie ein vereinfachtes Skillstraining durchgeführt werden kann.

Anschließend werden diese Interventionsmöglichkeiten stichpunktartig in einer kompakten Handlungsempfehlung zusammengefasst. An dieser können sich Betreuungsteams der stationären Jugendhilfe orientieren und ihre bisherige Arbeit mit dysfunktionalen Verhaltensweisen, wie Selbstverletzung, hinterfragen. Nur wenn die Betreuer ein Grundwissen, wie es in den ersten drei Teilen der Thesis vermittelt wird, haben, kann professionell gehandelt werden. Da die Betreuer in ihrer Ausbildung jedoch sehr wenig oder gar nichts zu diesem Thema gelernt haben, ist es von großer Relevanz für die Soziale Arbeit, ein solches Wissen zu vermitteln. Dies bedarf Weiterbildungsmöglichkeiten, tiefgehende Forschung und Interesse der Einrichtungen, sich den komplexen Problemlagen der Jugendlichen anzunehmen.

2. Stationäre Jugendhilfe

Die stationäre Jugendhilfe ist ein Angebot der Hilfen zur Erziehung und ist im § 34 SGB VIII gesetzlich geregelt. Laut dem achten Sozialgesetzbuch richtet sich das gesamte Hilfesystem mit verschiedenen Angeboten an sorgeberechtigte Eltern, die „eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleisten“ (§ 27 SGB VIII) können. Eine Hilfe wird gewährt, wenn das Angebot für die Entwicklung des Kindes „geeignet und notwendig“ (§ 27 SGB VIII) ist. Welche Hilfeart geeignet und notwendig ist, wird individuell und subjektiv eingeschätzt und ist nicht gesetzlich festgelegt. Für die stationäre Unterbringung in der Jugendhilfe heißt das, dass eingeschätzt werden muss, wann ein Kind oder ein Jugendlicher nicht mehr in seiner Herkunftsfamilie leben kann.

(vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 14) Für welche Jugendhilfeeinrichtung man sich entscheidet, liegt grundsätzlich an den speziellen Angeboten der einzelnen Einrichtungen. Im stationären Bereich kann es Angebote wie z.B. Mädchenwohngruppen, Wohngruppen für traumatisierte Kinder oder Wohngruppen für kleine Kinder geben. Je nach Bedarf, Wunsch der Eltern und Kinder sowie der Kapazität der Einrichtung kann ein Platz gesucht bzw. gefunden werden. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 19 f.) Der Wunsch des Kindes und der Eltern ist nach dem Wunsch- und Wahlrecht (§ 5 SGB VIII) zu berücksichtigen.

Bei den stationären Jugendhilfen handelt es sich um „Einrichtungen, die im Rahmen einer zentralen Institution versuchen, den Kindern und Jugendlichen ein besserer Ersatz zu sein für ihre nicht (mehr) zur Verfügung stehenden Familien, und die gleichzeitig versuchen, Kindern und Jugendlichen mit lebensgeschichtlichen Belastungen Hilfestellung zu geben zur Bewältigung ihrer mitgebrachten Probleme.“ (Freigang/Wolf 2001, S. 60) Die lebensgeschichtlichen Belastungen sind soziale, gesellschaftliche und individuelle Einflüsse, welche die Entwicklung des Jugendlichen bedrohen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998, S. 200). Ziel der Hilfe ist es, die „Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie“ (§ 34 SGB VIII) so zu verbessern, dass eine Rückführung in diese Familie stattfinden kann. Ist dies nicht möglich, dann soll die „Erziehung in einer anderen Familie“ (§ 34 SGB VIII) vorbereitet werden. Für ältere Jugendliche kann das Ziel auch die Vorbereitung auf ein selbstständiges Leben sein.

Heime für Kinder und Jugendliche gibt es seit langer Zeit, jedoch hat sich nachdem die Anstaltserziehung in den 70er Jahren sehr kritisiert wurde, viel verändert. Heute haben die meisten Einrichtungen ihre Wohngruppen dezentralisiert, das heißt sie befinden sich nicht mehr auf einem gemeinsamen großen Gelände, sondern sind einzeln in Wohngebieten verteilt. Die Wohngruppen sind nicht mehr wie früher für 30-100 Jugendliche ausgerichtet, sondern haben in der Regel Platz für circa 8-10 Jugendliche, die meist in Einzelbettzimmern schlafen. Betreut werden sie von 3-5 Mitarbeitern mit beruflichen Abschlüssen wie Erzieher, Jugend- und Heimerzieher und Sozialpädagogen. Die Mitarbeiter arbeiten abwechselnd im Schichtdienst und somit ist rund um die Uhr jemand vor Ort. Gemeinsam wird der Alltag gelebt und die Mitarbeiter unterstützen die Jugendlichen in ihren Entwicklungsaufgaben, der Alltagsbewältigung und in besonderen Problemlagen. Die Wohngruppen sind gewöhnlich sehr selbständig in der Gestaltung des Alltags und legen ihre pädagogischen Schwerpunkte in einem Konzept fest. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 60)

Die stationäre Jugendhilfe wurde früher ‚Anstaltserziehung‘ oder ‚Heimerziehung‘ genannt. Diese Begriffe werden wegen ihrer stigmatisierenden Wirkung im Fachbereich nicht mehr verwendet. (vgl. Esser 2011, S. 31)

Die Erziehung, soll im folgenden Kapitel genauer erläutert werden und mit der Bindungs- und der Entwicklungstheorie in Verbindung gebracht werden. Dies dient zum besseren Verständnis der besonderen Lebenssituation und den Bewältigungsaufgaben in der stationären Jugendhilfe.

2.1 Erziehung – Bindung – Entwicklung

Die Systemtheorie betrachtet die Erziehung als Interaktion und nicht als einseitige Wirkung vom Erwachsenen auf das Kind. Das Kind wird somit nicht nur als „Objekt der Erziehung“ (Esser 2011, S. 20) angesehen, welches sich bei ‚guter‘ Erziehung in gewünschter Weise entwickelt, sondern entscheidet selbst, welche Einwirkungen und Einflüsse es annimmt. Dies tut ein Kind, wenn es dem Erwachsenen vertraut, dass die Veränderungsbemühungen zugunsten des Kindes sind und nicht zu dessen Schaden. Je sicherer ein Kind an seine Bezugsperson gebunden ist, desto bereitwilliger lässt es sich auf die Erziehung ein. (vgl. Esser 2011, S. 20 f.) Wie eine sichere Bindung entsteht, erforschte John Bowlby in den 1950er Jahren in Säuglingsstationen und Kinderheimen. Er beobachtete die Verbindung zwischen der mütterlichen Versorgung und der Entwicklung des Kindes und stellte dabei einen wesentlichen Zusammenhang fest: Erkennt die Bezugsperson die Bedürfnisse des Kindes und kann diese angemessen befriedigen, so entsteht Sicherheit. (vgl. Esser 2011, S. 22; Bowlby 2008, S. 9 f.)

Wichtig ist dieses Grundverständnis, um in stationären Erziehungshilfen zu überlegen, wie alternative Bindungen angeboten werden können und wie es möglich ist, die Bindungen der Kinder zu den Bezugspersonen zu erhalten. Ebenso muss geklärt werden, wie man vorgeht, wenn Störungen im Bindungsverhalten des Jugendlichen vorliegen und wie diese kompensiert werden können. Neue sichere Beziehungen aufzubauen, dauert lange und benötigt intensive gemeinsame Zeit, d.h. die Qualität der Betreuungssituation ist entscheidend. (vgl. Esser 2011, S. 22 f.)

Bowlby leitet von seiner Bindungstheorie ab, je sicherer ein Kind gebunden ist, desto mehr kann es seinem Explorationsverhalten nachgehen. Unter dem Explorationsverhalten versteht man die Erkundung der Umwelt. Das Kind erschließt sich seine Welt und entwickelt sich in vielerlei Bereichen. Doch die Entwicklung ist nicht, wie lange angenommen wurde, mit der Adoleszenz abgeschlossen. Sie ist ein Prozess, der sich über den gesamten Lebens-

lauf des Menschen zieht, da in jedem Lebensabschnitt neue Herausforderungen auftreten. Entwicklung wird von negativen und positiven Einflüssen im Lebenslauf geprägt. Wie diese Einflüsse auf den Einzelnen wirken, ist sehr individuell und je nach Schutz- und Risikofaktoren sowie der Resilienz des Einzelnen unterschiedlich. Es kann zum Beispiel sehr unterschiedliche Langzeitauswirkungen haben, wenn ein Kleinkind von seiner Mutter getrennt wird. Je nachdem welche Gesamtsituation vorliegt und welche Kompensationsmöglichkeiten die Umwelt dem Kind bietet, zeigt die Trennung sehr unterschiedliche Auswirkungen. (vgl. Cassée/Spanjaard 2009, S. 35) Schutzfaktoren sind persönliche Ressourcen, die das Individuum in belastenden Situationen aktiviert. Sie können Risikofaktoren entgegenwirken und begünstigen eine erfolgreiche Entwicklung. Risikofaktoren (auch Stressoren genannt) sind belastende und beeinträchtigende Einwirkungen auf die Entwicklung eines Individuums. Sie können die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erschweren. Die Schutz- und Risikofaktoren können sowohl im Individuum selbst verankert sein, als auch in seiner Umgebung. Dabei spricht man von internen und externen Schutz- und Risikofaktoren. Externere Schutzfaktoren können z.B. eine gute Wohngegend oder ausreichende finanzielle Mittel sein, interne Schutzfaktoren hingegen kognitive Fähigkeiten oder psychische Gesundheit. Beispiele für externe Risikofaktoren sind ein psychisch erkrankter Elternteil, Gewalt in der Familie, Scheidung der Eltern und Diskriminierung. Zu den personengebundenen, internen Risikofaktoren gehören Traumatisierungen, unsichere Bindung und psychische Störungen. (vgl. Esser 2011, S. 27; Cassée/Spanjaard 2009, S. 36)

Jugendliche der stationären Jugendhilfe hatten in ihrem bisherigen Lebenslauf viele prägende und häufig auch schlechte Erlebnisse. Dazu kommt, dass ihre Schutzfaktoren von Risikofaktoren überwältigt wurden, was bedeutet, dass ihre Umgebung und/oder ihre individuelle Ausstattung sich nicht ausreichend schützend gegenüber den negativen Stressoren zeigten. Die Gesamtsituation konnte die Problematik nicht kompensieren, wodurch sich ein Jugendlicher nicht positiv entwickeln kann. Häufig gehören zu den Risikofaktoren, die oben genannten Beispiele. Aus diesem Grund benötigten diese Jugendlichen eine Ausnahme aus ihrer nichtschützenden Gesamtsituation und als Schutzfaktor den sicheren Ort der Wohngruppe. Doch leider beinhaltet die Wohngruppe nicht nur Schutz, sondern durch ihre Strukturen und Gegebenheiten, auch Belastungen.

2.2 Besondere Belastungssituation

Jugendliche, die in einer stationären Jugendhilfwohngruppe leben, haben zunächst die große Belastung der Problemlage, weshalb sie in der Jugendhilfe betreut werden. Diese enorme Herausforderung besteht nach einem Einzug in eine Wohngruppe weiterhin, auch wenn die Herausnahme aus dem gefährdenden Milieu als Entlastung dient und die Einrichtung einen Schon- und Schutzraum darstellt. Eine zusätzliche Herausforderung für einen jungen Menschen in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung, stellt bereits der Einzug in die Wohngruppe dar. Er ist ein tiefgehender Bruch in der Lebensgeschichte des jungen Menschen, der sehr belastend sein kann (vgl. Schleiffer 2014, S. 98; Landenberger/Trost 1988, S. 56). Der Umzug in die Einrichtung bedeutet, dass der Jugendliche aus seinem gewohnten Umfeld genommen wird. Die sozialen Kontakte sind von einer größeren örtlichen Distanz geprägt und das bisherige Leben tritt in den Hintergrund. Der junge Mensch muss sich auf einen neuen Alltag in einer neuen Umgebung, mit neuen Personen und Aufgaben einlassen. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 46)

Das Leben in einer stationären Jugendhilfgruppe beinhaltet grundlegend eine gesellschaftliche, soziale Ausgrenzung. Bereits eine Aufnahme in die Wohngruppe bedeutet, dass der Jugendliche und/oder seine Familie bereits auffällig geworden sind. Es kann von einer Diskriminierung gesprochen werden, da die Hilfe nur bei einem ‚Versagen‘ der Familie gewährt wird. Die Wohngruppe als Organisation grenzt die Jugendlichen mit ihren Strukturen von der gesellschaftlichen Teilhabe aus, da die zentralisierte Verwaltung die Erfahrungsmöglichkeiten der Jugendlichen beschränkt. Alltägliche und lebenspraktische Handlungen wie z.B. einkaufen, putzen, kochen, werden in großen Einrichtungen oft von Großküchen und Reinigungspersonal übernommen. Es muss konzeptionell und in der Umsetzung darauf geachtet werden, dass diese Erfahrungsmöglichkeiten trotzdem für die Jugendlichen hergestellt werden. Doch nicht nur die Hilfe selbst ist diskriminierend, sondern auch die Stigmatisierung von außen, welche in unterschiedlichem Maße schädigend sein kann. Jugendliche aus Wohngruppe werden als ‚Heimkinder‘ und ‚Schwererziehbare‘ betitelt und stellen eine Randgruppe der Gesellschaft dar. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 44, 55)

Eine weitere Belastung für die Jugendlichen aus Wohngruppen, ist die Instabilität der sozialen Beziehungen. Dazu führt unter anderem die Fluktuation der Mitarbeiter und Praktikanten. Da für die Mitarbeiter, die Wohngruppe den Arbeitsplatz darstellt, kann die Stelle jederzeit gekündigt werden. Die durchschnittliche Verweildauer bei Mitarbeitern in der stationären Jugendhilfe liegt bei 4,4 Jahren (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 66). Noch höher

ist die Fluktuation der Jugendlichen, welche ebenso zur Instabilität der Beziehungen innerhalb der Wohngruppe führt. Nicht zu unterschätzen ist die Belastung der Schichtdienste, welche einen täglichen Wechsel verursachen. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 62; Landenberger/Trost 1988, S. 47 f.) In der Regel haben Heimwohngruppen einen Mitarbeiterschlüssel von 1 zu 3 bis hin von 1 zu 2. Das heißt, auf einen Mitarbeiter kommen 2 bis 3 Jugendliche. Das hört sich zunächst gut an, aber bei genauerer Betrachtung erkennt man die Problematik: Da die Mitarbeiter nicht 24 Stunden, 7 Tage die Woche arbeiten, wechseln sie sich im Schichtdienst ab. Somit ist meist nur ein Mitarbeiter anwesend, maximal am Nachmittag zwei. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 64 f.) Es ist schwierig dabei der Qualität und Quantität der emotionalen Versorgung nachzukommen (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 57). Auch wenn die Jugendlichen den Schichtdienst als selbstverständlich hinnehmen, heißt das nicht, dass der ständige Personenwechsel und die Abwesenheit von der Bezugsperson nicht als Mangel erlebt wird. Auch die Tatsache, dass stationäre Wohngruppen die Besonderheit haben, dass sie zwei unterschiedliche Orte darstellen: für die Jugendlichen ein privater Wohnraum und für die Mitarbeiter hingegen der Arbeitsplatz, ist für die Jugendlichen eine ungewohnte und durchaus belastende Situation. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 64 f., 71)

Damit ein Alltag mit ca. 8-10 Jugendlichen, die aus ganz unterschiedlichen Lebensbedingungen stammen, möglich ist, wird ein Regelkatalog benötigt. Jede Erziehung braucht Grenzen und Regeln, doch es ist wichtig, dass diese flexibel an die Bedürfnisse und Situationen der Einzelnen angepasst werden. Dies ist im institutionellen Rahmen oft schwierig umzusetzen und kann für die individuelle Entwicklung belastend sein. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 49)

Auch die Größe und Wohnlichkeit der stationären Jugendwohngruppe ist als Belastungsmerkmal nicht zu unterschätzen. Durch die Größe und Neuheit der Wohngruppe, wird das Lebensfeld des Jugendlichen unüberschaubarer und weniger vertraut. Außerdem haben eine Vielzahl an Personen Zutritt zu diesem Wohnraum, wodurch die Intimität und Privatheit des Ortes reduziert wird. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 50) An die Vielzahl der Personen muss sich ein Neuankömmling erst einmal gewöhnen und seine Rolle in der Gruppe finden. Das ist schwierig, denn die Jugendlichen müssen miteinander leben, obwohl sie zunächst nichts, außer die gemeinsame Wohnsituation, verbindet. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 58 f.) Doch im Laufe der Zeit entstehen Beziehungen zwischen den Jugendlichen, die sehr vertraut und geschwisterähnlich sein können. Es ist aber auch möglich, dass sich die Beziehungen negativ entwickeln, bis hin zur Feindseligkeit. Entstehen

im negativen Fall etwa Gewaltbeziehungen, kann dies zur enormen Qual eines schwachen Jugendlichen werden. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 71) Auch die Problematiken, welche die Jugendlichen von zu Hause mitbringen, können zur Belastung Anderer werden. Wichtig für die angesprochenen Punkte ist es, dass die Jugendlichen eigene Zimmer haben, in die sie sich zurückziehen und nach ihrem Geschmack und persönlichem Wohlbefinden gestalten können, um somit die Privatsphäre gewährleisten zu können.

2.3 Besondere Bewältigungsaufgaben

Aus der besonderen Lebenssituation von Jugendlichen, die in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung leben, ergeben sich zusätzliche Bewältigungsaufgaben. Die Aufgaben werden durch die Strukturen des stationären Settings erschaffen und müssen zusätzlich zu den allgemeinen Entwicklungsaufgaben und der individuellen Problemlage des Jugendlichen bewältigt werden.

Die erste Bewältigungsaufgabe im stationären Setting ist, wie bereits beschrieben, der Einzug in die Wohngruppe. Ein Auszug von zu Hause und das Einfinden in ein komplett neues Umfeld stellt eine Aufgabe dar, die eigentlich nicht altersentsprechend ist. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 46)

Die primäre Sozialisation und auch viele grundlegende Entwicklungsaufgaben finden in der Regel innerhalb der Familie statt. Da die stationäre Wohngruppe eine familienersetzende Maßnahme ist, übernimmt sie, zumindest vorübergehend, diese Aufgabe und muss hierfür über Eigenschaften verfügen, die in der Familie gegeben sind. Manche Kinder und Jugendliche führen ihre Entwicklungen und Sozialisation in der Wohngruppe fort, andere müssen sie nachholen, wenn zu Hause nicht der Rahmen dafür gegeben war. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 61) Damit Entwicklung möglich ist, muss eine Sicherheit in Form von Bindung vorliegen. Doch genau dies ist eine weitere Bewältigungsaufgabe der Jugendlichen im stationären Setting. Die Mitarbeiter bieten zwar professionelle, konfliktfreie Bindungen an, doch durch die Strukturen des Schichtdienstes ist es für die Jugendlichen nicht möglich rund um die Uhr auf eine Bindung zurückgreifen zu können. (vgl. Schleiffer 2014, S. 98) Sie müssen lernen die Sicherheit der Bindung zu spüren, auch wenn dieser Mitarbeiter nicht jederzeit für sie da sein kann. Schafft es ein Jugendlicher sich trotz der Instabilität auf eine Bindung zu einem Mitarbeiter einzulassen, steht eine weitere Aufgabe vor ihm. Wird die Maßnahme beendet, oder der Mitarbeiter kündigt sein Arbeitsverhältnis, dann findet ein weiterer einschneidender Bruch in der Biografie des jungen Menschen statt. Dieser Verlust ist mit großen Schmerzen und Enttäuschung verbunden. (Freigang/Wolf 2001,

S. 72) Um sich davor zu schützen, vermeiden einige Jugendliche engere Bindungen zu den Mitarbeitern und lassen sich auf das Angebot nicht ein. (vgl. Schleiffer 2014, S. 99) Doch nicht nur zu den Mitarbeitern werden Bindungen aufgebaut. Auch die Jugendlichen untereinander haben zum Teil sehr enge Verhältnisse, die bei der häufigen Fluktuation oft abbrechen. Grundsätzlich ist es jedoch erst einmal eine große Aufgabe, sich auf die vielen Jugendlichen einzulassen, miteinander in Kontakt zu treten und unter einem Dach zu wohnen, obwohl man sich gar nicht kennt. Leben viele Jugendliche zusammen in einer Institution, so ist ihr Lebensraum kein reiner Privatraum. Er ist halb öffentlich und auch dies stellt eine Herausforderung dar. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 44) Den neuen Wohnort anzuerkennen, kann sehr schwer fallen, vor dem Hintergrund, dass die Jugendhilfe gesellschaftlich nicht gut angesehen wird. Dies auszuhalten und zu überwinden stellt eine sehr große Aufgabe für die Jugendlichen dar. Denn Diskriminierung bzw. Stigmatisierung kann die Selbstentwicklungsprozesse und vor allem die Identitätsbildung sowie die Behauptung in der Gesellschaft der Heranwachsenden, aus einer Wohngruppe, hindern. Es ist z.B. nachgewiesen, dass bei Bewerbungen um einen Ausbildungsplatz schlechtere Erfolgschancen vorliegen, wenn der Wohnort eines Bewerbers eine Jugendhilfeeinrichtung ist. (vgl. Landenberger/Trost 1988, S. 45)

Um die Strukturen des stationären Settings so zu verändern, dass sie keine oder zumindest weniger zusätzliche Aufgaben für die Jugendlichen herstellen, können Hans Thierschs Strukturmaxime der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit Anwendung finden. Diese richten sich an die Soziale Arbeit im Allgemeinen und sollen die Bedingungen und Schwierigkeiten der Hilfen verbessern.

1. *Prävention*: Die gesellschaftlichen Umstände sollen so gestaltet werden, dass Hilfen, wie die stationäre Jugendhilfe, gar nicht erst benötigt werden. Hierfür sollen vorbeugende Maßnahmen stattfinden.
2. *Integration*: Hilfen, wie die stationäre Jugendhilfe, die einen gesonderten Charakter haben, sollen abgebaut werden. Hilfen, welche die Klienten in ‚normale‘ Angebote integrieren, sollen hingegen gefördert werden.
3. *Dezentralisierung*: Das Hilfeangebot soll vor Ort sein, d.h. im Lebensfeld der Klienten. Ebenso sollen sich die Hilfeangebote in die vorhandenen Angebote vor Ort einbetten.
4. *Alltagsorientierung*: Nicht nur örtlich sollen die Hilfen für die Klienten erreichbar sein, sondern auch im Sinne der Erreichbarkeit durch niedrige Barrieren, bzw. abgebaute Barrieren. Ebenso soll der Klient ganzheitlich, d.h. als einen Teil eines gesamten Netzes, gesehen werden, welches mit in die Arbeit einbezogen werden soll. Für die statio-

näre Jugendhilfe bedeutet dies, dass vor allem die Familien durch Zusammenarbeit, in die Hilfe einbezogen werden sollen.

5. *Partizipation*: Auch die Klienten selbst sollen in Form von Partizipation Mitspracherecht bekommen. Sie sollen teilhaben, teilnehmen und mitbestimmen können, da es schließlich um ihr Leben geht. Dies kann in der stationären Jugendhilfe in Form von Gruppengesprächen stattfinden, bei welchen alle gemeinsam Absprachen treffen und die Jugendlichen bei neuen Regelungen mitbestimmen dürfen.

(vgl. Schoch 2005, S. 1 f.)

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, welchen Familien Hilfen zur Erziehung gewährt werden und welches Angebot die stationäre Jugendhilfe darstellt. Des Weiteren wurde thematisiert, dass Erziehung auf der Grundlage von Bindung stattfinden kann und diese gleichzeitig die Voraussetzung für die menschliche Entwicklung darstellt. Die besondere Lebenssituation für Jugendliche, die in einer stationären Jugendhilfe wohnen, ergibt sich nicht nur aus den Gründen, weshalb die Hilfe notwendig ist, sondern auch aus dem Rahmen der Institution. Die Jugendlichen stammen aus schwierigen Familien- und/oder Wohnverhältnissen, in welchen sie häufig mangelnde Bindungserfahrungen gemacht haben. Innerhalb der stationären Jugendhilfe, ist es allerdings ebenfalls schwierig, durchgehend sichere Bindung zu erfahren. Trotzdem ist es die Aufgabe der Mitarbeiter, den Jugendlichen Sicherheit zu geben und Beziehungen anzubieten. Die Mitarbeiter müssen sich der besonderen Lebenslage der Jugendlichen bewusst sein und sie bei der Bewältigung all ihrer Aufgaben unterstützen. Doch nicht jedem Jugendlichen reicht diese Unterstützung aus. Manche Jugendliche entwickeln unter den Umständen ihrer Biographie dysfunktionale Verhaltensweisen, da sie manche Situationen nicht anders bewältigen können. Dysfunktionale Verhaltensweisen können z.B. sozialer Rückzug, Aggressionen oder Selbstverletzung sein.

In dieser Thesis wird das selbstverletzende Verhalten in der stationären Jugendhilfe betrachtet und gefragt, wie in Wohngruppen damit umgegangen werden kann. Im folgenden Kapitel soll dem Leser die Thematik des selbstverletzenden Verhaltens allgemein näher gebracht werden, um anschließend Bezug auf die Jugendhilfe nehmen zu können.

3. Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzung gab es, im historischen und rituellen Kontext, schon vor vielen hundert Jahren. Es gibt Berichte, die von unterschiedlicher Motivation für eigene Verletzungen berichten, wie z.B. die rituelle Selbstverletzung als Körperschmuck, zum Ausdruck einer Gemeinschaftszugehörigkeit, religiöse Rituale oder Übergangsrituale der Adoleszenz (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 18). Als Beispiel für religiös begründete Selbstverletzung kann die Selbstgeißelung genannt werden. Die Geißler versuchten sich von religiöser Schuld zu befreien und das göttliche Urteil zu mildern, indem sie sich selbst verletzten. (vgl. Levenkron 2001, S. 18 f.) Selbstverletzung ist also kein neues Phänomen. Doch seit Beginn der 90er Jahre gewinnt sie an öffentlichem Interesse und nimmt einen immer höheren Stellenwert bei der psychiatrischen Forschung und klinischen Arbeit ein. (vgl. Kaess 2012, S. 20)

3.1 Definition und begriffliche Abgrenzung

„Selbstverletzendes Verhalten“ ist keine fest definierte Bezeichnung und zeigt keine klare Abgrenzung (vgl. Kaess 2012, S. 21). Im Folgenden wird versucht, den weitreichenden Inhalt der Bezeichnung aufzuzeigen, zu gliedern und eine Definition für den Inhalt dieser Thesis festzulegen.

Selbstverletzung ist eine Form der Autoaggression. „Als Autoaggression wird der aggressive Akt gegen die eigene Person bezeichnet.“ (Schmeißer 2000, S. 18) Bei der Autoaggression wird zwischen Automutilation (nicht suizidales autoaggressives Verhalten) sowie suizidalem und parasuizidalem Verhalten unterschieden. Die Selbstverletzung wird der Kategorie Automutilation untergeordnet. Des Weiteren kann unterschieden werden, ob die Selbstverletzungen aus artifiziellen Störungen begründet sind oder aus funktioneller Motivation entstehen. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 19 f.)

Selbstverletzung kann in direkter und indirekter Form stattfinden. Als direktes selbstschädigendes Verhalten zählt unter anderem das Schneiden, Ritzen, Beißen und Schlagen gegen sich selbst sowie das Verbrennen der eigenen Haut. Als indirekte Form gilt zum Beispiel pathologisches Essverhalten, Verweigerung von notwendiger medizinischer Behandlung oder Drogenmissbrauch. (vgl. Kaess 2012, S. 22 f.) Auch riskantes Verhalten beim Sport oder im Straßenverkehr und ungesunde Ernährung können zu den indirekten Formen zählen. Dabei ist die Grenze zum Normalbereich schwimmend. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 17)

Die aufgeführten Beispiele für direkte und indirekte Formen der Selbstverletzung werden gesellschaftlich nicht anerkannt. Es gibt aber auch Formen der Selbstverletzung, die von

der Gesellschaft toleriert und anerkannt werden. Diese Ausführungen von gewollter Verletzung des eigenen Körpers, können unter dem Begriff ‚Bodymodification‘ zusammengefasst werden. Gemeint sind damit Tattoos, Piercings und Schönheitschirurgie. (vgl. Kaess 2012, S. 22; Schoppmann 2003, S. 17)

Selbstverletzende Handlungen können offen oder heimlich durchgeführt werden. Mit offener Selbstverletzung ist gemeint, dass der Betroffene sich die Verletzung entweder vor Zeugen zufügt oder im Laufe der Verletzungsversorgung über die Ursache der Schädigung aufklärt. Das heißt, er gesteht ein, sich die Verletzung selbst zugefügt zu haben. Von heimlicher Selbstverletzung ist die Rede, wenn der Betroffene verschweigt, sich die Verletzungen selbst zugefügt zu haben, um die Rolle eines Kranken einzunehmen. Diese heimliche Selbstverletzung ist unter der artifiziellen Krankheit einzuordnen. Dazu gehört zum Beispiel das Münchhausensyndrom. (vgl. Kaess 2012, S. 23; Petermann/Winkel 2009, S. 33; Schmeißer 2000, S. 20 ff.)

Betroffene verletzen sich unterschiedlich oft. Es wird unterschieden in repetitiver (wiederholend), episodischer oder einmaliger Selbstverletzung. (vgl. Kaess 2012, S. 23)

Die beschriebenen Inhaltspunkte können nun folgendermaßen zusammengefasst werden:

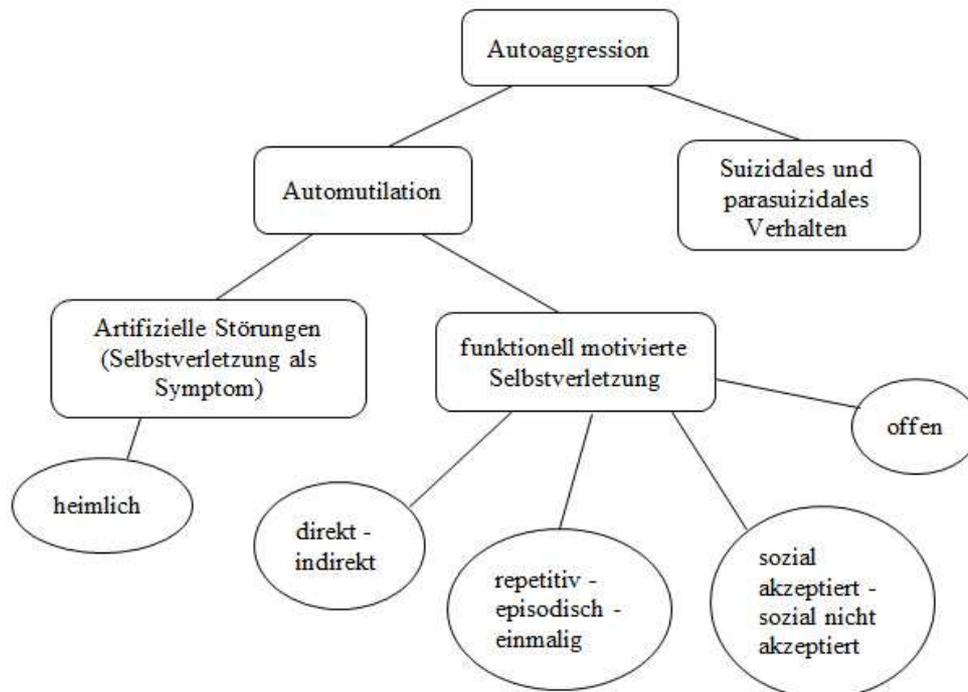


Abb. 2 - Gliederung des selbstverletzenden Verhaltens

(vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 20, 33)

Anhand dieser Gliederung lässt sich nun eine Definition formulieren, die als Basis für das weitere Vorgehen dieser Thesis gilt:

Unter Selbstverletzendem Verhalten, sind alle funktionell motivierten Handlungen zu verstehen, „durch die ein Jugendlicher sich selbst direkt und absichtlich verletzt oder Schaden zufügt“ (Hawton/Rodhham/Evans 2008, S. 9). Dies geschieht in offener Form, ist sozial nicht akzeptiert und geht nicht mit suizidalen Absichten einher. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 23)

3.2 Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen

Im Rahmen der Heidelberger Studie, welche 2004/2005 durchgeführt wurde, wurden Neuntklässler in allen Schulstufen zu „Risikoverhaltensweisen und emotionalen Verhaltensauffälligkeiten“ (Resch u.a. 2008, S. 87) befragt. 5759 Schüler und Schülerinnen mit einem Durchschnittsalter von 14,9 Jahren, nahmen an der Befragung teil. 10,9% der Befragten gaben an, sich im vergangenen Jahr gelegentlich selbst verletzt zu haben. Repetitiv selbst verletzt haben sich im vergangenen Jahr 4%. 14,8% der Jugendlichen, die sich gelegentlich selbst verletzen, und 27,1% der Jugendlichen, die sich regelmäßig selbst verletzen, befinden sich in psychologischer Beratung oder Therapie. (vgl. Resch u.a. 2008, S. 87 f.) Diese Ergebnisse ähneln den Angaben einer Studie aus Großbritannien sowie einer weiteren deutschsprachigen Studie von Brunner u.a. Die Studie aus Großbritannien war ebenfalls eine Schülerstudie, an welcher 5293 Schüler und Schülerinnen, im Alter von 15 bis 16 Jahren, teilnahmen und die Ende 2000 bis Anfang 2001 durchgeführt wurde. In dieser Studie gaben 13,2% der Schüler und Schülerinnen in Fragebögen an, sich irgendwann in ihrem Leben selbst verletzt (Lebenszeitprävalenz) zu haben, 8,6% im vergangenen Jahr. (vgl. Hawton/Rodhham/Evans 2008, S. 21, 32, 40)

Brunner und seine Kollegen (2007) untersuchten 2004/2005 Neuntklässler mittels eines Fragebogens, zum Thema selbstverletzendes Verhalten. Ihr Ergebnis für wiederholtes selbstverletzendes Verhalten war eine Jahresprävalenz von 4%, für gelegentliches selbstverletzen hingegen 10,9%. (vgl. Brunner u.a. 2007 in Fleischer/Herpertz 2009, S. 20)¹

Selbstverletzendes Verhalten zeigt sich meist erstmals im Jugendalter. Dies belegen Studienergebnisse an psychiatrischen Patienten von Herpertz u.a. (1997). Bei 15% trat die Selbstverletzung bereits im Kindesalter auf und bei weiteren rund 20% in der Adoleszenz. (vgl. Herpertz u.a. 1997 in Fleischer/Herpertz 2009, S. 20)

¹ Die Sichtung der Primärquellen einiger Studien zu selbstverletzendem Verhalten ist nicht möglich. Deshalb müssen diese als Sekundärliteratur angegeben werden.

Bei der Geschlechterverteilung konnte die Studie von Hawton, Rodham und Evans (2008) aufzeigen, dass junge Frauen häufiger betroffen sind, als junge Männer. Die Lebenszeitprävalenz bei den weiblichen Studienteilnehmerinnen lag bei 16,7%, bei den männlichen bei 4,8%. (vgl. S. 41)

3.2.1 Methoden der Selbstverletzung bei Jugendlichen

Selbstverletzungen finden in Formen von Ritzen und Schneiden der Haut mit Gegenständen wie Stecknadeln, Rasierklingen, Glasscherben, Messern, etc. statt. Häufig wird die Haut auch mit Zigaretten, einem Feuerzeug oder anderen heißen Gegenständen verbrannt. Auch das Verhindern der Wundheilung und bewusst herbeigeführte Infektionen sind Methoden der Selbstverletzung. Seltener kommen Formen wie das Ausreisen von Haaren und Nägeln, Beißen, Schlagen, Verätzen durch Säuren und Quetschungen sowie Knochenbrüche vor. (vgl. Schmeißer 2000, S. 20 f.)

Nixon u.a. (2002) untersuchten die Methoden der Selbstverletzung bei Jugendlichen. Bei einer Studie gaben 97,6% der Jugendlichen an, sich selbst zu schneiden/ritzen. 76,2% kratzen sich und 66,7% schlagen sich selbst. Über die Hälfte der Befragten reißen sich Haare aus (57,1) und beißen sich selbst (54,8%). Die Hälfte der Jugendlichen stören ihre Wundheilung, indem sie zum Beispiel die Wunden wieder aufkratzen. Das Kopfschlagen ist mit 47,6 % vertreten, das Nagelbeißen und -verletzen mit 45,2% und das Durchstechen von Körperteilen mit 31,0%. 14,3% der Befragten versuchten sich die Knochen zu brechen. (vgl. Nixon u.a. 2002 in Petermann/Winkel 2009, S. 28)

Verletzungen finden an allen denkbaren Körperstellen statt. Die Jugendlichen gaben an, sich zu 97,6% an den Unterarmen und am Handgelenk zu verletzen. 57,1% an den Oberarmen und Ellenbogen. An den Unterschenkeln und Knöcheln verletzen sich 40,5% der befragten Jugendlichen, an den Händen und Fingern 35,7% und am Unterleib 26,2%. (vgl. Nixon u.a. 2002 in Petermann/Winkel 2009, S. 29)

3.3 Funktionen der Selbstverletzung

Wenn Menschen ihren eigenen Körper verletzen, stößt dies in ihrer Umwelt auf Unverständnis, Mitleid, Sorge, Wut oder Angst. Mitmenschen können sogar ein Gefühl der Ohnmacht erleben. Um solchen Gefühlen entgegenzuwirken, müssen Angehörige, Freunde und auch Helfer darüber aufgeklärt werden, welche Funktion die Selbstverletzung für den Betroffenen hat. So können sie ein besseres Verständnis für das Verhalten bekommen, der Betroffene fühlt sich besser verstanden und kann offener mit seiner Problematik umgehen. (vgl. Kaess 2012, S. 73; Levenkron 2001, S. 16)

Nixon u.a. (2002) untersuchten die Gründe, weshalb sich Jugendliche selbst verletzen. In dieser Studie gaben 83,3% der Jugendlichen an, durch die Selbstverletzung depressive Gefühle zu bewältigen. 73,8% spüren eine Erleichterung von unerträglicher Spannung, wenn sie sich selbst schädigen. 71,4% bewältigen damit ihre Angst und Nervosität, ebenso viele demonstrieren dadurch ihre Frustration. Auch sehr viele Jugendliche gaben an, sich durch die Selbstverletzung von unangenehmen Erinnerungen abzulenken. Sie möchten einen Schmerz spüren, wenn ein anderer unerträglich ist oder sich für schlechte Gedanken / für Schlecht-sein bestrafen oder ein Gefühl der Leere, der Einsamkeit oder Taubheit beenden. Nur sehr wenige der betroffenen Jugendlichen geben Gründe, wie das Erlangen von Aufmerksamkeit, Fürsorge oder der Wunsch einer Gruppe zu zugehören, an. (vgl. Nixon u.a. 2002 in Petermann/Winkel 2009, S. 59) Die Angaben der Jugendlichen lassen erkennen, dass die Gründe für selbstverletzendes Verhalten größtenteils (97,6%) „auf die Bewältigung von Gefühlen bezogen“ (Petermann/Winkel 2009, S. 60) sind. Dies bestätigt die Schülerstudie von Hawton, Rodham und Evans (2008). In dieser gaben 72,8% der Schüler und Schülerinnen an, durch die Selbstverletzung „Erleichterung von einem schrecklichen seelischen Zustand“ (S. 51) zu suchen.

Petermann und Winkel (2009) fassten die vielen Funktionen bzw. Gründe von selbstverletzendem Verhalten inhaltlich in drei Punkte zusammen: „Selbstregulation, Bewältigung von Lebensereignissen und soziale Funktionen.“ (S. 60) Diese sollen nun genauer erläutert werden.

3.3.1 Selbstregulation

Die Selbstverletzung dient bei der Selbstregulation dazu, eine intensive, belastende Stimmungslage zu erleichtern und die Spannung zu reduzieren. Betroffene, die Selbstverletzung zur Regulation von Gefühlszuständen einsetzen, leiden meist unter schwer kontrollierbaren und sehr intensiven Stimmungseinbrüchen und weisen Defizite in der Emotionsregulation auf. (vgl. Kaess 2012, S. 73) Um die unzureichende Kompetenz der Emotionsregulation zu kompensieren, wird das selbstverletzende Verhalten eingesetzt. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 61) Diese Funktion der Selbstverletzung kann paradoxerweise als eine Art Selbstfürsorge bezeichnet werden, da die Betroffenen ihren Leidenszustand durch die Selbstverletzung lindern, ihre Stimmung stabilisieren und positive Gefühle hervorrufen. Durch das Verhalten gewinnen sie wieder die Kontrolle über ihre eigenen Emotionen.

Wie selbstverletzendes Verhalten tatsächlich eine Reduktion der negativen Gefühle bewirkt, ist derzeit noch unklar und wird biologisch und psychologisch erforscht. (vgl. Kaess

2012, S. 74; Schmeißer 2000, S. 9) Betroffene selbst beschreiben, dass die Selbstverletzung überwältigende, negative Gefühle wie über ein Ventil nach außen abführt. Man kann also sagen, dass körperlicher Schmerz gesucht wird, um den „noch schmerzlicheren psychischen Zustand“ (Levenkron 2001, S. 23) zu überlagern, bzw. abzubauen. Diese Funktion scheint sehr wirkungsvoll, denn laut Studien berichten 94% der Betroffenen, dass die Selbstverletzung eine Erleichterung hervorruft. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 61 f.)

Kaum vorstellbar ist für Außenstehende, dass die Selbstverletzung nicht nur negative Gefühle abbaut, sondern auch positive hervorruft. Betroffene berichten, dass selbstverletzendes Verhalten Trost spendet und eine beruhigende Wirkung zeigt. Zusätzlich können durch das selbstverletzende Verhalten regelrechte Rauschzustände erlebt werden. Diese können mit der Ausschüttung von Endorphinen erklärt werden, die bei einer Verletzung im Körper freigesetzt werden. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 63)

Oftmals dient die Selbstverletzung auch zur Selbstbestrafung. Die Betroffenen empfinden Schuld, Wut oder Scham gegen sich selbst. Diese Selbstbestrafung kommt häufig bei Menschen vor, die Missbrauchserfahrungen gemacht haben oder in ihrer Kindheit extremer Invalidierung ausgesetzt waren. (vgl. Kaess 2012, S. 75) Sie empfinden teilweise eigene Schuld am Geschehenen oder zumindest eine Teilschuld. Sie haben das Gefühl, dass ihr eigenes Verhalten oder ihr Körper den Täter erst zu seiner Tat gebracht hat oder, dass der Körper für die passive Teilnahme am Missbrauch bestraft werden muss. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 65)

3.3.2 Bewältigung von belastenden Lebensereignissen

Menschen, die sich selbst verletzen, haben häufig traumatische Erlebnisse durchlebt. Durch das selbstverletzende Verhalten reinszenieren manche das Erlebte und versuchen damit das Trauma aufzuarbeiten und „die Kontrolle über die als unkontrollierbar und überwältigend erlebte Situation wiederzugewinnen“ (Petermann/Winkel 2009, S. 67). Die Rolle des Opfers und des Täters kann dabei getauscht werden und das frühere Opfer erlebt, anstatt des Ohnmachtsgefühls, Macht und Kontrolle. Ging Misshandlung oder Missbrauch von einer geliebten Bezugsperson aus, so können Kinder Zuwendung mit Gewalt verbinden. Später fügen sich diese Menschen eventuell selbst Gewalt zu, um Zuwendung und Fürsorge für sich zu erhalten. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 67 f.)

Selbstverletzung kann aber auch zur Bewältigung von aktuell belastenden Ereignissen eingesetzt werden. Wie in 3.4.1 beschrieben wurde, können überwältigende Gefühlszustände durch die Verletzung überwunden werden. Viele betroffene Jugendliche berichten, dass sie

nach einem belastenden Ereignis den Drang verspüren, sich selbst zu verletzen. (vgl. Petermann/Winkel, S. 68)

3.3.3 Soziale Funktionen

Vielen Betroffenen fällt es außerordentlich schwer, ihre Gefühle angemessen zum Ausdruck zu bringen. Selbst wenn sie in der Lage sind ihre Gefühle zu verbalisieren, kann es trotzdem sein, dass die Person das Gefühl hat, dass ihre verbalen Äußerungen nicht ausreichen oder nicht richtig zum Ausdruck gebracht wurden. Die Selbstverletzung wäre dann keine Form der manipulativen Kommunikation, sondern ein Versuch sich authentisch auszudrücken. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 60, 69 f.)

Machen Menschen die Erfahrung, dass ihnen nicht ‚richtig‘ zugehört wird oder der Schweregrad ihrer Problemlage nicht anerkannt wird, kann es dazu führen, dass sie über Selbstverletzung, die erwünschte Reaktion ihres Umfelds zu erreichen versuchen. Sie machen die Erfahrung, dass Selbstverletzung deutlicher ist, als ihre Worte und können das Verhalten nicht unterlassen, da sie auf die Aufmerksamkeit und Fürsorge der Erwachsenen angewiesen sind. (vgl. Kaess 2012, S. 76 f.; Petermann/Winkel 2009, S. 70)

Bei Jugendlichen kann Selbstverletzung auch zur Anwendung kommen, um Zugehörigkeit zu einer Gruppe zu finden. Selbstverletzung kann dabei „ein Mittel der gemeinsamen Bindung und der Identitätsstiftung darstellen“ (Kaess 2012, S. 77). Das selbstverletzende Verhalten kann innerhalb von Cliques ‚ansteckend‘ wirken, indem es einen Zusammenhalt bietet. Die Jugendlichen können sich über Verständnis und Erfahrungen austauschen. Manche Jugendliche jedoch verletzen sich, um genau das Gegenteil zu bewirken. Sie möchten sich durch die Selbstverletzung abgrenzen, um Unabhängigkeit und Autonomie zu erleben. (vgl. Kaess 2012, S. 77; Petermann/Winkel 2009, S. 72)

3.4 Erklärungsansätze

Die Funktionen der Selbstverletzung sind die subjektiven Erklärungen für selbstverletzendes Verhalten. Verschiedene Disziplinen haben versucht, die objektiven Ursachen für selbstverletzendes Verhalten zu erforschen. Die Ergebnisse sind noch nicht ausreichend und nehmen meist nur wenig Bezug auf die Verknüpfungen der Faktoren. Trotzdem sollen einige Erklärungsansätze im Folgenden vorgestellt werden.

3.4.1 Biologischer Erklärungsansatz

Die Biologie untersucht die Komplexität des selbstverletzenden Verhaltens in vielerlei Hinsicht. Einer der biologischen Erklärungsansätze basiert auf Untersuchungen der Aktivität endogener Opiate. Studien haben ergeben, dass während der Selbstverletzung körpereiri-

gene Opiate (Endorphine) freigesetzt werden, ähnlich wie bei einem Kampf oder einem Unfall. Dies führt zu einem tranceartigen, berausenden Bewusstseinszustand, der zu einem Suchtfaktor werden kann. Deshalb spricht man auch von der Abhängigkeitshypothese, welche als Erklärung für das Wiederholen des selbstverletzenden Verhaltens dienen kann. Gleichzeitig zu der berausenden Wirkung dämpfen die Opiate das Schmerzempfinden, was opioidvermittelte Analgesie genannt wird. Es wird davon ausgegangen, dass diese durch Stress ausgelöst wird, da bei fremdverursachter Verletzung das Schmerzempfinden in der Regel nicht gestört ist. Deshalb wird angenommen, dass es während dem selbstverletzenden Verhalten zu immer schwereren, intensiveren Verletzungen kommt. Diese Annahme könnte durch die Tatsache bestätigt werden, dass bei einigen Betroffenen ein paar Stunden nach der Selbstverletzung das Schmerzempfinden zurückkehrt. (vgl. Schmahl 2009, S. 66; Petermann/Winkel 2009, S. 81; Schmeißer 2000, S. 46)

Manche Autoren gehen davon aus, dass Menschen, die in ihrer Kindheit Missbrauchserfahrungen, emotionale Vernachlässigung oder soziale Isolation erleben mussten, einen herabgesenkten Endorphinspiegel haben. Dieser soll für das Gefühl von Leere und Anspannung verantwortlich sein. Selbstverletzung, welche die Ausschüttung von Endorphinen verursacht, würde diesem Mangel entgegenwirken. (vgl. Plener 2015, S. 35 f.; Schmeißer 2000, S. 46 f.)

3.4.2 Psychoanalytischer und -dynamischer Erklärungsansatz

Dieses Erklärungsmodell sieht die Ursache für selbstverletzendes Verhalten in der frühen Kindheit. Macht ein Mensch als Kind einschneidende, negative Erfahrungen wie z.B. den Verlust einer Bezugsperson, Erfahrungen von Zurückweisung, Ablehnung oder Gewalt, kann die Entwicklung der Persönlichkeit beeinträchtigt werden. In der Literatur werden insbesondere die körperliche Misshandlung und der sexueller Missbrauch als Beispiele für negative Kindheitserfahrungen genannt.

Körperliche Misshandlung kann im Rahmen von Erziehungsmaßnahmen bis hin zu Formen der Folter erfolgen. Die Gewalt findet oft innerhalb des Elternhauses statt, wodurch die feindselige Familienatmosphäre geschützt bleibt. Geprägt ist sie immer von einem Machtgefälle, welches die Rechte, Gefühle und Grenzen des Kinders missachtet. Zeigt sich der Kontakt zum Kind über Gewalt, so kann dieses „keine positive Lebenseinstellung entwickeln“ (Schmeißer 2000, S. 52). Die Gewalt gegen das Kind erzeugt in ihm Aggressionen gegen den Aggressor (die Eltern). Da das Kind die Aggressionen jedoch nicht gegen die Eltern ausleben kann, muss es sie gegen sich selbst richten. Außerdem übernimmt und

verinnerlicht das Kind „die elterliche Vorstellung von seiner eigenen Schlechtigkeit“ (Schmeißer 2000, S. 52). Das Kind glaubt, nichts anderes verdient zu haben und ein positives Selbstwertgefühl kann nicht entwickelt werden. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 93 ff.; Schmeißer 2000, S. 52)

Dass der sexuelle Missbrauch eng mit Selbstverletzung in Zusammenhang steht, folgerte Schmeißer (2000) aus einigen Studien. Zwischen 33% und 70% der Menschen, die sich selbst verletzen, wurden sexuell missbraucht. Diese Folgerung bedeutet nicht, dass fast jeder der sexuell missbraucht wurde sich auch selbst verletzt, aber der sexuelle Missbrauch muss auf jeden Fall als großer Risikofaktor genannt werden. (vgl. S. 54) Ähnlich wie bei der körperlichen Misshandlung, kann ein sexuell misshandeltes Kind kein positives Selbstwertgefühl entwickeln. Ist der Täter eine nahestehende Person, so muss das Kind die Tat leugnen, um die Situation emotional und kognitiv verkraften zu können. Die Schlechtigkeit des Täters wird auf sich selbst bezogen. Dabei spricht man vom Verleugnungs- und Projektionsmechanismus. Die geliebte Person kann nicht so schlecht sein, deshalb wird das Ganze der eigenen Person zugeschrieben und die Aggressionen werden auf sich selbst projiziert. Die Opfer fühlen sich schuldig und ihr Körper wird oft als böses Objekt angesehen. Viele Opfer ekeln sich vor dem eigenen Körper, finden ihn schmutzig, dreckig und schreiben ihm Schuld am Geschehen zu. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 93 ff.; Schmeißer 2000, S. 54)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass schlimme, negative Erfahrungen in der Kindheit Aggressionen im Individuum auslösen können, die das Individuum gegen sich selbst richtet, um z.B. Schuldgefühle zur eigenen Beteiligung, abzuwenden. Im Laufe des Lebens können Enttäuschungen und Frusterlebnisse immer wieder Auslöser für Selbstverletzung sein. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 78; Yates 2004, S. 45)

3.4.3 Entwicklungspsychopathologischer Erklärungsansatz

Das entwicklungspsychopathologische Erklärungsmodell kann aufbauend auf das psychoanalytische und -dynamische Erklärungsmodell verstanden werden. Die entwicklungspsychopathologische Erklärung nimmt die Entwicklungsprobleme in Betracht, die aus kindlichen, negativen Erfahrungen/Traumata entstehen. Das selbstverletzende Verhalten wird dann als alternative Regulationsstrategie betrachtet, da die Betroffenen „motivationale, instrumentelle, emotionale und soziale Kompetenzen nicht oder nur unzureichend entwickeln“ (Petermann/Winkel 2009, S. 75) konnten. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 75; Yates 2004, S. 52) Entwickeln kann sich ein Kind, wenn es die Sicherheit einer Bindung

zu einem Erwachsenen spürt. Diese Sicherheit wird als Basis für die Erkundung der Umwelt genutzt. Nach den Bindungstheorien von Bowlby kann davon ausgegangen werden, dass eine sichere Bindung das Entwickeln von erfolgreichen Copingstrategien einem gesunden Selbstkonzept und Selbstregulation ermöglicht. (vgl. Chapman u.a. 2009, S. 87) Kann ein Kind keine sichere Bindung erleben, sind die sozialen, emotionalen und körperlichen Anforderungen der Entwicklungsphasen nur sehr schwer zu erfüllen. Auch in der Pubertät brauchen Jugendliche eine erwachsene Person, die sie darin bestärkt, die Veränderung des eigenen Körpers zu akzeptieren, sie beim Aufbau von Beziehungen unterstützt sowie bei den zunehmend schwierigeren Aufgaben im schulischen Bereich Hilfe leistet. Manche Eltern können diese Beziehung und Unterstützung nicht bieten, da sie Alkoholabhängig sind, andere psychische Störungen vorliegen oder der Alltag von Belastungen wie z.B. finanziellen Problemen oder Krankheit geprägt ist. Jugendliche fühlen sich dann von ihren Eltern vernachlässigt und können wegen den mangelnden Entwicklungskompetenzen den Anforderungen im Alltag oder in Belastungssituationen nicht gerecht werden. Sie müssen deshalb auf alternative Regulationsmechanismen zugreifen. Diese können dysfunktional, wie z.B. selbstverletzendes Verhalten, sein. Auf diese Weise stehen frühkindliche Beziehungserfahrungen mit der Entstehung von selbstverletzendem Verhalten in Verbindung. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 88 f.; Chapman u.a. 2009, S. 87; Schmeißer 2000, S. 49)

Yates (2004) entwickelte ein Modell, das aufzeigt, wie frühkindliche negative Erfahrungen die Entwicklung eines Kindes beeinflussen und daraus selbstverletzendes Verhalten entstehen kann.

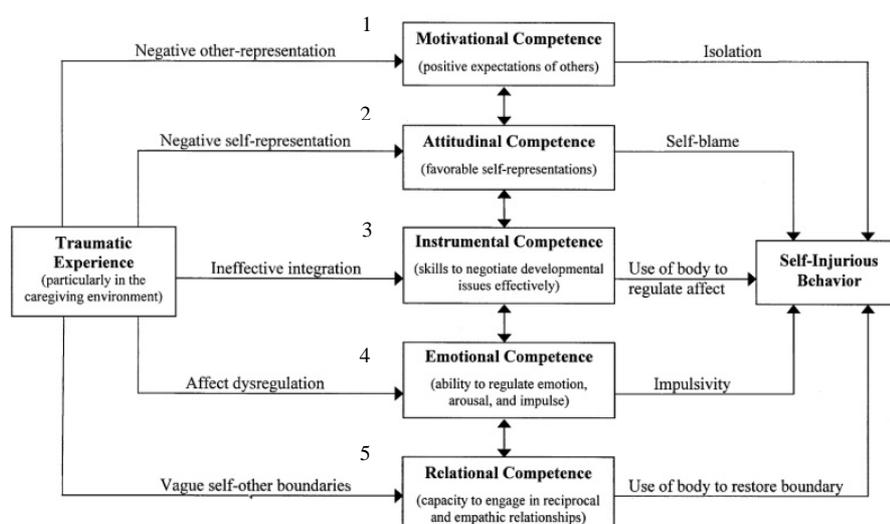


Abb. 3 - Entwicklungspsychopathologisches Erklärungsmodell für das selbstverletzende Verhalten

Grundsätzlich stellt für Yates eine schlimme Erfahrung in der Kindheit eine besondere Bedrohung dar, wenn sie innerhalb des eigentlichen Schutzraumes (Familie) stattfand.

1. Im Kontext einer fürsorglichen, liebevollen und bedürfnisorientierten Versorgung entwickelt das Kind eine positive Erwartungshaltung gegenüber anderen Menschen. Orientiert sich die Versorgung nicht an den Bedürfnissen des Kindes, wird es vernachlässigt oder gewalttätig behandelt, so kann das Kind keine positive Erwartungshaltung gegenüber anderen Menschen entwickeln. Es wird Anderen stets mit Misstrauen begegnen und ihnen Manipulation oder Aggressionen unterstellen. Aus Angst vor Kontakt ziehen sich solche Menschen zurück und isolieren sich von ihrem sozialen Umfeld. Diese Einsamkeit und Leere kann Grund für die Entwicklung von selbstverletzendem Verhalten sein. (vgl. S. 54)

2. Wie ein Kind von seiner Bezugsperson gesehen wird, überträgt sich auf die Sichtweise des Kindes auf sich selbst. Wächst ein Kind mit einer fürsorglichen, liebevollen und bedürfnisorientierten Versorgung auf, so entwickelt das Kind ein gesundes Selbstbild, in dem es sich als wirkungsvoll, würdig und kompetent erlebt. Muss ein Kind unter gegenteiligen Bedingungen aufwachsen, so entwickelt es ein negatives Selbstbild. Die Abwertung der Bezugsperson überträgt sich auf das Selbstbild des Kindes. Es erlebt sich selbst als wertlos, unfähig und selbstschuldig. Daraus kann ein Hass gegen sich selbst und Scham entstehen, welcher mit selbstverletzendem Verhalten kompensiert oder den Gefühlen Ausdruck verliehen werden kann. (vgl. S. 54 f.)

3. Kinder lernen spielerisch und über die Fantasie, wie man verschiedene Fähigkeiten und Ressourcen in Lebenssituationen einsetzen kann. Die symbolische und mentale Ebene wurde bei traumatisierten Kindern durch die schlimme Erfahrung missbraucht, zerstört oder verschoben. Sie können kaum die Fähigkeit entwickeln zu wissen, auf welche Kompetenzen sie in bestimmten Situationen zurückgreifen können. Selbstverletzendes Verhalten stellt dann eine alternative Regulationsstrategie dar. (vgl. S. 55 f.)

4. Eine gesunde affektive Entwicklung tritt im Kontext einer einfühlsamen, auf die Bedürfnisse achtende Versorgung der Bezugsperson auf, wenn diese die Differentiation, Symbolisierung, Integration und Regulation von emotionalen Stimuli fördert. Finden jedoch Traumata in der frühen Kindheit statt, dann gefährdet dies die Erregungsregulierung des Kindes. Das Kind hat dann einen Mangel an normalen Spannungsregulierungsstrukturen (Defizit an Ressourcen zur Affektregulation) oder entwickelt schlechte Regulierungsstrukturen. Daraus kann impulsives Verhalten entstehen. (vgl. S. 56 f.)

5. Bei Misshandlungen werden die Grenzen des Kindes gebrochen und übergangen. Ein Kind erfährt keinen Schutz und ist der Gewalt ausgeliefert. Das hat zur Folge, dass das

Kind seine Grenze zu Anderen nie recht erfassen kann, sowohl psychisch, als auch physisch. Für das Kind, oder später den Jugendlichen, ist es unklar, wann seine Grenzen überschritten werden und wann es die Grenzen anderer überschreitet. Somit ist es sehr schwer für die Betroffenen Beziehungen zu führen, bei denen beidseitig Nähe und Distanz gleich gewährt wird. Betroffene neigen dazu ihren Körper zu nutzen, um Grenzen zu setzen, bzw. um Distanz zu wahren, indem sie sich Verletzungen zufügen. (vgl. S. 57 f.)

3.4.4 Lerntheoretischer Erklärungsansatz

Das lerntheoretische Erklärungsmodell geht davon aus, dass selbstverletzendes Verhalten über Konditionierung, „wie jedes andere Verhalten in der Interaktion mit der Umwelt gelernt wird“ (Petermann/Winkel 2009, S. 78). Positive Auswirkungen der Selbstverletzung und der Ausfall von schmerzlichen Emotionen erhöhen das Risiko, dass das Verhalten immer wieder auftritt. Eine positive Auswirkung ist beispielsweise die Ausschüttung von körpereigenen Opiaten (Endorphine), wie sie im biologischen Erklärungsmodell beschrieben wurde. Die Ausschüttung hat einen belohnenden Effekt und verstärkt das Verhalten positiv. Verstärkend kann jedoch auch die Umwelt wirken. Das deutlichste Beispiel hierfür ist die besondere Aufmerksamkeit einer Bezugsperson nach einem selbstverletzenden Vorfall. Ein negativer Verstärker ist z.B. das Verschwinden des Gefühls von Leere oder Trauer durch die Selbstverletzung. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 78 ff.; Chapman u.a. 2009, S. 74; Schmeißer 2000, S. 47)

Auch die Theorie des Modelllernens ist auf die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten anwendbar. So weisen einige Studien nach, „dass der Einfluss von Vorbildern das Risiko für selbstverletzendes Verhalten erhöht“ (Petermann/Winkel 2009, S.80). Lernen am Modell bedeutet, dass ein Individuum eine neue Verhaltensweise lernt, indem es diese bei einem Vorbild, dem Modell, beobachtet. Sind sich Beobachter und Modell vertraut oder in einer ähnlichen Situation, so ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass die neue Verhaltensweise gelernt und angenommen wird. Ebenso ist bei der Beobachtung wichtig, ob das Modell positive oder negative Konsequenzen auf sein Verhalten zeigt. Positive Konsequenzen fördern das Lernen des Verhaltens beim Beobachter. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 81; Schmeißer 2000, S. 47 f.)

Selbstverletzendes Verhalten kann auch durch die ‚Ansteckung‘ (contagion) erklärt werden. Dabei wird das Verhalten „nicht unbedingt neu gelernt, sondern als Handlungsmöglichkeit im Bewusstsein aktualisiert“ (Petermann/Winkel 2009, S. 81). Das Verhalten selbst durchzuführen wurde durch die Beobachtung der Handlung bei einer anderen Person

enthemmt. Es wird angenommen, dass nicht alle Individuen gleichermaßen für die ‚Ansteckung‘ empfänglich sind, sondern besonders psychisch labile Menschen auf diese Weise Handlungsmöglichkeiten in Betracht ziehen. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 81)

3.4.5 Systemischer Erklärungsansatz

Ein System ist eine „beliebige Gruppe von Elementen, die durch Beziehungen miteinander verbunden“ (Schlippe/Schweitzer 2012, S. 31) sind. Bei der systemischen Arbeit mit Klienten beinhaltet das System den Klienten mit seiner Familie, anderen nahestehenden Personen, sowie Institutionen und Helfer. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 31) Dieses äußere System spiegelt sich im Inneren einer Person wieder. Man kann von dem „System der inneren Familie“ (Holmes 2010, S. 9) sprechen. Dieses Modell des systemischen Ansatzes dient der Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen von Menschen. Es wurde in den 1980er Jahren von Richard C. Schwartz entwickelt. (vgl. Holmes 2010, S. 9)

Die meisten Menschen haben in verschiedenen Bewusstseinszuständen unterschiedliche Gefühle, Gedanken, Verhaltensmuster, Erinnerungen und Motivationen (vgl. Earley 2014, S. 33; Holmes 2010, S. 11). Diese werden zusammengefasst in unterschiedliche ‚Teile‘/ ‚Anteile‘ der Person und ihren Geist. Jeder Anteil hat seine eigene Motivation weshalb in dieser Theorie angenommen wird, dass nichts aus Gewohnheit getan wird, sondern stets aus der Motivation eines Teiles heraus. (vgl. Earley 2014, S. 33) Ist also die Rede von unterschiedlichen Teilen, ist damit eine „ganz normale Zusammensetzung unseres Geistes“ (Holmes 2010, S. 11) gemeint und nicht etwa eine Multiple Persönlichkeitsstörung. Bei dieser wären die Teile der Persönlichkeit nämlich nicht einfach nur vorhanden, sondern voneinander abgespalten/dissoziiert. Dadurch weiß eine Person mit multipler Persönlichkeitsstörung wenig davon, was sie in ihren unterschiedlichen Anteilen tut. Dies ist häufig die Folge einer schweren Traumatisierung und kann auch mithilfe des innerfamiliären Systems bearbeitet werden. (vgl. Holmes 2010, S. 11) Der folgende Erklärungsansatz gilt sowohl für Menschen, deren Anteile auf diese Weise dissoziiert sind, wie auch für die ‚integrierten‘ Persönlichkeitsanteile.

Es gibt verschiedene Persönlichkeitsanteile mit unterschiedlichen Gemütszuständen, welche grundsätzlich alle im sogenannten Speicherbewusstsein ‚aufbewahrt‘ werden. Je nach Situation tritt ein Teil in den Vordergrund und übernimmt die Führung der Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen. (vgl. Holmes 2010, S. 16 f.) So führt z.B. bei einer berufstätigen Mutter während der Arbeitszeit ihr Manager-Teil das Selbst und sobald sie zu ihrem

Kind nach Hause kommt, übernimmt ein fürsorglicher Anteil die Führung. (vgl. Holmes 2010, S. 23)

Bei manchen Menschen gibt es im inneren System Persönlichkeitsanteile, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an die Führung gelassen werden sollen. Sie werden im Speicherbewusstsein/Unterbewusstsein verschlossen gehalten, damit ihre Aktivierung verhindert wird. Diese Persönlichkeitsanteile wurden in der Vergangenheit womöglich vom Umfeld nicht akzeptiert. Z.B. kann es sich dabei um einen sehr weichen, verletzlichen Teil eines Jungen handeln, welcher vom Vater oder von Peers belächelt und bestraft wurde. Ein sogenannter innerer Manager, der die Teile organisiert, lernt anhand solcher Situationen, dass es besser zu sein scheint, diesen Teil zu verbergen, um Unannehmlichkeiten zu vermeiden. Ebenso werden Teile verbannt, die schmerzliche Erinnerungen, wie z.B. traumatische Erlebnisse, tragen. (vgl. Holmes 2010, S. 111 f.) Die Emotionen dieser verbannten Anteile sind ganz unterschiedlich. Die einen fühlen sich einsam und verlassen, weil die Mutter früher nur selten zu Hause war, die anderen erniedrigt und beschämt, weil sie häufig fertig gemacht und ausgelacht wurden, die anderen fühlen sich betrogen, missbraucht, ängstlich, nutzlos oder schutzlos. Das Verschließen und Verbannen von Teilen ist mit großer Anstrengung verbunden, weshalb es doch häufig vorkommt, dass durch aktuelle Situationen und Lebensumstände, die den früheren sehr ähneln, diese Teile unkontrollierbar aktiviert werden und die Person mit Schmerz überschwemmt wird. (vgl. Earley 2014, S. 42; Schwartz 2002, S. 144 f.)

Sind diese Gefühle so mächtig und groß, dass andere ablenkende, eindämmende und beschützende Teile nicht ausreichen, um den schmerzlichen Anteil wieder zu verdrängen, können extreme Ablenker aktiviert werden, die den schmerzlichen Zustand bekämpfen. Diese extremen Ablenker haben dysfunktionale Gefühle, Gedanken und Handlungen. (vgl. Earley 2014, S. 36) Sie werden auch Feuerlöscher genannt und nutzen z.B. Essattacken, Alkoholmissbrauch oder selbstschädigende Verhaltensweisen, um den schmerzlichen Teil zu verdrängen. Die schmerzlichen Gefühle können dadurch abgeblockt und verdrängt werden, jedoch zeigt dies keine dauerhafte Wirkung, sondern kann immer wieder auftreten. (vgl. Holmes 2010, S. 113)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass selbstverletzende Verhaltensweisen von einem extremen Ablenkerteil der Persönlichkeit genutzt werden, um schmerzliche Anteile wieder aus dem Bewusstsein zu verbannen, damit der überwältigende Schmerz aufhört. Dies erwies sich für die Person als funktionierende Reaktion, welche jedoch nur kurzfristige Wirkung zeigt und den Körper beschädigt. (vgl. Earley 2014, S. 33)

3.4.6 Traumatologischer Erklärungsansatz

Der Begriff Trauma kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet Wunde oder Verletzung. Dabei ist die Verletzung auf die menschliche Psyche bezogen. Laut der ICD 10 Diagnostik handelt es sich um ein Trauma, wenn ein Ereignis eine außergewöhnliche Bedrohung darstellt oder katastrophenartiges Ausmaß hat, welches fast jeden in eine tiefste Verzweiflung bringen würde. Man sagt auch, Traumata entstehen bei Erlebnissen, die für den Menschen lebensbedrohlich sind oder die körperliche Unversehrtheit mit intensiver Furcht und Hilflosigkeit bedroht ist. (vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 18 f.) Das traumatische Ereignis kann vom Betroffenen nicht mit den „üblichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gelöst werden“ (Scherwath/Friedrich 2014, S. 18). Das Verarbeitungsvermögen ist überwältigt und außer Kraft gesetzt. Der Mensch ist nur in der Lage Notprogramme zum Überleben zu aktivieren, welche häufig langfristige Folgen verursachen. (vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 19) Diese beeinträchtigen die emotionalen, sozialen, kognitiven, und sensorischen Kompetenzen, wodurch eine Vielzahl an Auffälligkeiten entstehen können. Neben Problemen wie Aggressivität, Schlafstörungen und Leistungseinbrüchen, entsteht auch häufig das selbstverletzende Verhalten. Man spricht dabei von Folgeerscheinungen der Traumatisierung. Die Traumatisierung kann Dissoziationen auslösen, welche als psychischer Überlastungsschutz dienen. Unter Dissoziation versteht man die Abspaltung des Erlebten, um eine normale Integration der Erlebnisinformationen zu verhindern. Betroffene erleben diese Zustände als ‚wegdriften‘ und ‚nicht anwesend sein‘. (vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 41 ff.) Selbstverletzendes Verhalten findet meist in solchen dissoziativen Zuständen statt, bzw. dient es den Betroffenen häufig dabei, diese Zustände zu beenden. (vgl. Beckrath-Wilking u.a. 2013, S. 175)

3.5 Risikofaktoren

Neben allgemeingültigen Erklärungsversuchen für selbstverletzendes Verhalten sind verschiedene Risikofaktoren zu nennen, die ein solches Verhalten fördern. Treten sie gehäuft auf, so steigt das Risiko immer mehr. Viele Risikofaktoren wurden bereits genannt, wie z.B. Missbrauch, körperliche Gewalt oder mangelnde Bindung an eine Bezugsperson. Die sozialen Risikofaktoren sollen im Folgenden ergänzend zum Bisherigen aufgezeigt werden. Anschließend werden kurz die psychischen Störungen vorgestellt, bei welchen selbstverletzendes Verhalten als Symptom auftreten kann. Diese sind somit ebenfalls als Risikofaktoren für Selbstverletzung anzusehen. Jedoch wird im Rahmen dieser Thesis versucht

die klinischen psychischen Störungen auszuklammern und das Augenmerk auf das selbstverletzende Verhalten an sich, bzw. als eigenständige Störung, zu legen.

Der wahrscheinlich häufigste und schwerwiegendste Risikofaktor ist das familiäre Umfeld. Forschungen haben ergeben, dass elterliche Antipathie, Vernachlässigung und Kritik Einfluss auf das selbstverletzende Verhalten haben. (vgl. In-Albon 2015, S. 16) Weist die Eltern-Kind-Interaktion schwerwiegende Probleme auf und ist die Bindung zu den Eltern ungenügend, kann dies selbstverletzendes Verhalten fördern. Eine Bindungsperson, die den Jugendlichen emotional umsorgt und unterstützt, scheint es bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten oft nicht zu geben. In einer Untersuchung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten fühlten sich 74% der Untersuchten von ihren Eltern emotional vernachlässigt. (vgl. Resch 1998 in Petermann/Winkel 2009, S. 89)

In der Adoleszenz spielt die Peergroup eine immer bedeutsamere Rolle. Jugendliche, die selbstverletzende Verhaltensweisen aufzeigen, haben häufig Freunde, die sich auch selbst verletzen. Solche Freunde zu haben oder solchen Jugendkulturen zugehörig zu sein, stellt einen weiteren Risikofaktor für Selbstverletzung dar, wenn man die ‚Ansteckungsgefahr‘ der Lerntheorie betrachtet. (vgl. In-Albon 2015, S. 16 f.; Petermann/Winkel 2009, S. 81)

Zwischenmenschliche Probleme im Allgemeinen, auch außerhalb der Familie, stellen ein Risiko für selbstverletzendes Verhalten dar. In einer britischen Längsschnittstudie wurde herausgefunden, dass mehr als die Hälfte (56%) der 12-Jährigen, die sich selbst verletzen, Opfer von Mobbing waren. (vgl. Hay/Meldrum 2010 in In-Albon 2015, S. 17) Auch die Homosexualität ist als Risikofaktor zu nennen. Die damit zusammenhängenden sozialen Probleme, wie z.B. Ausgrenzung, Mobbing, Konflikte in der Familie, können selbstverletzendes Verhalten auslösen. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 91 f.)

3.5.1 Psychische Störungen als Risikofaktor

Selbstverletzendes Verhalten zeigt sich oft als Symptom von bestimmten psychischen Störungen. Diese fördern demnach das Risiko für selbstverletzendes Verhalten. Häufig erscheint Selbstverletzung als Begleitsymptom bei Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Persönlichkeitsstörungen sind geprägt von persönlichem Leiden mit gestörter sozialer Fähigkeit. Die Patienten zeigen Abweichungen in Beziehung zu Anderen, im Denken, Wahrnehmen und Fühlen. (vgl. Köhler 2012, S. 223) Nach dem DSM IV stellt selbstverletzendes Verhalten ein „diagnostisches Kriterium für die Borderline-Persönlichkeitsstörung dar“ (Petermann/Winkel 2009, S 97). Laut einer Studie wiesen 78% der Personen mit selbstverletzendem Verhalten eine Persön-

lichkeitsstörung auf, davon 52% die Borderline-Störung (vgl. Herpertz 1995 in Petermann/Winkel 2009, S. 98).

Auch bei affektiven Störungen kommt selbstverletzendes Verhalten vor. Diese psychische Störung zeigt sich vor allem in Veränderungen der Stimmung. Dies zeigt sich zum einen in ungewöhnlich gedrückter, depressiver und zum anderen in unangemessener gehobener, manischer Stimmung. (vgl. Köhler 2012, S. 122) Studien haben ergeben, dass Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten höhere Depressivitätswerte aufweisen. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S.104 f.) Demnach stellen Depressionen, z.B. innerhalb der affektiven Störungen, ein erhöhtes Risiko für Selbstverletzung dar.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine vorübergehende psychische Störung, die eine verzögerte Reaktion „auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außer gewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes“ (Köhler 2012, S. 185) darstellt. Traumatische Erlebnisse stellen einen Risikofaktor für Selbstverletzung dar. Es wurde nachgewiesen, dass ein hoher Anteil der Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten an einer PTBS leiden. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S.105 f.) Das wiederholte Erleben des traumatischen Ereignisses in Erinnerungen oder Träumen (Flashbacks) ist ein charakteristisches Merkmal dieser Störung. Die Flashbacks lösen Gefühle wie Taubheit und emotionale Stumpfheit aus (vgl. Köhler 2012, S.184 f.). Viele der Betroffenen nutzen Selbstverletzung, um sich aus diesen Flashbacks zu befreien.

Dissoziative Störungen beinhalten die Unterbrechung des Bewusstseins und die „Störungen des Erlebens der eigenen Person und der Umwelt“ (Petermann/Winkel 2009, S. 106). Dissoziation wird oft mit Gefühlen wie Leere, Taubheit und Realitätsverlust erlebt. Dabei können die Betroffenen zwar körperlich anwesend sein, sind jedoch gleichzeitig kognitiv nicht in der Lage etwas aufzunehmen. Ihnen fehlt dabei das Gefühl für Zeit und Raum. (vgl. Schmid 2013, S. 61) Betroffene setzen z.T. Selbstverletzungen ein, um die dissoziativen Zustände zu beenden, weshalb die Störung einen Risikofaktor für selbstverletzendes Verhalten darstellt. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S.106)

3.6 Selbstverletzendes Verhalten in der stationären Jugendhilfe

20-30% der Kinder und Jugendlichen, die stationär in der Psychiatrie behandelt wurden, müssen anschließend in der Jugendhilfe fremduntergebracht werden. Das betrifft auch häufig Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten. (vgl. Schmid 2008, S. 195) „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedarf die Jugendhilfemaßnahmen zur nachhaltigen Rehabilitation, zur Fortsetzung der Milieuthérapie und zum Schutz vor psychosozialen Belastungen

in den Ursprungsfamilien“ (Schmid 2008, S. 195). Auch Jugendliche, die vor der stationären Unterkunft in der Jugendhilfe nicht in der Psychiatrie waren, weisen meist Risikofaktoren für selbstverletzendes Verhalten auf. Denn vergleicht man die besondere Lebenssituationen und Bewältigungsaufgaben der Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe mit den Risikofaktoren für das selbstverletzende Verhalten, fällt auf, dass diese erschreckende Ähnlichkeiten aufweisen. Denn die sozialen Problemlagen der Jugendhilfeklienten beinhalten meistens Familienkonflikte, Bindungsstörungen, bis hin zu Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen, welche alle Risikofaktoren für Selbstverletzungen darstellen.

Doch Studien wie die Jugendhilfe-Effekte-Studie und die JULE-Studie haben festgestellt, dass die stationäre Jugendhilfe bei der Versorgung von psychopathologisch belasteten Jugendlichen am meisten an ihre Grenzen stößt und am wenigsten Erfolge erzielt. (vgl. Schmidt u.a. 2003 in Schmid 2008, S. 196; Baur u.a. 1998 in Schmid 2008, S. 196) Für das Betreuungsteam der Jugendhilfe ist der Umgang mit psychischen Auffälligkeiten, wie dem selbstverletzenden Verhalten, eine enorme Herausforderung. Beim Umgang mit den Verletzungen und dessen Versorgung mangelt es nicht nur an der Ausbildung und Informationen für den Umgang mit psychischen Störungssymptomen, sondern auch an pflegerischen Grundkenntnissen für die Wundversorgung. (vgl. In-Albon u.a. 2015, S. 55; Kaess 2012, S. 131) Denn wie in den vorherigen Kapiteln der Thesis festgestellt wurde, stellt das selbstverletzende Verhalten ein sehr komplexes Phänomen dar. Da es aus sehr unterschiedlichen, individuellen Problemlagen, welche häufig verborgen in der Vergangenheit liegen, entsteht, ist es schwierig zu erfassen und zu verstehen. Jugendhilfeeinrichtungen müssen besser auf Klienten mit solchen Schwierigkeiten vorbereitet sein, um ihrer Betreuung und Versorgung gerecht zu werden. Es gibt bereits Einrichtungen, die sich auf solche Schwierigkeiten spezialisiert haben. Dazu zählen z.B. Wohngruppen, die therapeutische Hilfen anbieten, traumapädagogische Wohngruppen oder Einrichtungen, die Elemente der Dialektisch-behavioralen Therapie in ihren pädagogischen Alltag mitaufgenommen haben. (vgl. In-Albon u.a. 2015, S. 55; Kaess 2012, S. 131)

Wie ein solcher Transfer von Interventionsformen bei selbstverletzendem Verhalten in die pädagogische Arbeit der stationären Jugendhilfe aussehen kann, soll weiterhin untersucht werden. Dazu werden zunächst die Interventionen im Allgemeinen aufgezeigt.

4. Interventionsformen bei selbstverletzendem Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten wird hauptsächlich in der psychologisch-therapeutischen Disziplin untersucht, weshalb in der Literatur vor allem therapeutische Interventionen aufgeführt und beschrieben werden. Die bekanntesten und am meisten angewandten Interventionsformen bei selbstverletzendem Verhalten sollen nun dargestellt und miteinander verglichen werden, um sie anschließend auf ihre Übertragbarkeit in die Pädagogik zu überprüfen.

4.1 Psychotherapie

„Psychotherapie ist die Behandlung von psychischen und körperlichen (psychosomatischen) Störungen und Krankheiten durch gezielten Einsatz von psychologischen Techniken (Behandlung mit seelischen Mitteln) unter bewusster Nutzung der Beziehung zwischen Arzt/Therapeut und Patient. Das Psychotherapieverfahren soll auf einer wissenschaftlichen Theorie basieren.“ (Möller/Laux/Deister 2015, S. 549) Ein Wirksamkeitsnachweis sollte vorliegen. (vgl. Möller/Laux/Deister 2015, S. 549)

Es gibt hunderte verschiedene Psychotherapieverfahren. Grundsätzlich gilt als Voraussetzung, dass der Patient für die Therapie motiviert sein muss. Dies ist meist erst der Fall, wenn der Leidensdruck zu hoch wird. Er muss Einsicht und Änderungspotenzial aufweisen, reflexionsfähig sein und Ausdauer und Frustrationstoleranz besitzen. Wie in der Definition beschrieben ist, wird die Beziehung zwischen dem Therapeut und dem Patienten bewusst genutzt. Hierfür muss der Patient beziehungsfähig sein. (vgl. Möller/Laux/Deister 2015, S. 549) Der Aufbau der Patient-Therapeuten-Beziehung ist grundsätzlich auch der erste Schritt der Psychotherapie. Nur wenn sich der Patient angenommen und verstanden fühlt, können unangenehme Themen ausgesprochen und bearbeitet werden. Darauf aufbauend kann es zum nächsten Schritt, der Einsichtsgewinnung und Konfliktbearbeitung, kommen. Ist der Konflikt aufgearbeitet, so sollen realistische Ziele gesetzt werden und gemeinsam die „therapeutisch erwünschte Reaktion“ (Möller/Laux/Deister 2015, S. 550) durch Übung stabilisiert werden. Dies kann z.B. die Entwicklung und Stabilisierung von Bewältigungsstrategien, der Aufbau sozialer Kompetenzen oder die Steigerung des Selbstwertgefühls sein. (vgl. Möller/Laux/Deister 2015, S. 550)

Psychotherapie bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten ist eine der schwierigsten Aufgaben für Therapeuten. Fast 80% der Jugendlichen brechen die Behandlung vorzeitig ab. Da Selbstverletzung sehr gefährdend für die Gesundheit des jungen Menschen und mit hohem Leidenszustand verbunden ist, ist eine therapeutische Behandlung jedoch not-

wendig. Je länger sich Jugendliche selbst verletzen, desto schwieriger ist es, das Verhalten wieder zu unterlassen. Deshalb ist frühzeitiges Eingreifen und Intervenieren wichtig. Ziel der Psychotherapie ist es, die Funktionen der Selbstverletzung zu erkennen und durch angemessenes Verhalten zu ersetzen. (vgl. Salbach-Andrè 2009, S. 174) Ebenso sollen die „zugrundeliegenden Emotionen und Kognitionen“ (Salbach-Andrè 2009, S. 174) bearbeitet werden.

Resch (2001) gliedert den Therapieverlauf bei der Behandlung von selbstverletzendem Verhalten in vier grundlegende Schritte:

1. Herstellung einer stabilen Patienten-Therapeuten-Beziehung
2. Der Ausdruck der Selbstverletzung in die Wortsprache übersetzen
3. Erarbeiten einer kurz- und mittelfristigen Zukunftsperspektive, um auch für die Zukunft Sicherheit herzustellen
4. Aufarbeitung der biografischen Traumata (vgl. S. A2270 f.)

4.1.1 Psychodynamische Interventionsmöglichkeiten

Die psychodynamische Therapie hat die Auffassung, dass selbstverletzendes Verhalten nicht nur ein „bloßes Überlaufen von Impulsen oder eine rein biologisch determinierte Impulskontrollstörung“ (Doering 2009, S. 164) ist, sondern das Verhalten eine Bedeutung sowie eine meist unbewusste Motivation hat.

Die Wirksamkeit der psychodynamischen übertragungsfokussierten Psychotherapie und der mentalisierungsbasierten Psychotherapie sind empirisch überprüft. Sie wurden beide für die Therapie von BPS entwickelt, können jedoch auch ausschließlich für die Therapie von selbstverletzendem Verhalten verwendet werden, da sie beide detailliert auf das Verhalten eingehen.

4.1.1.1 Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Die übertragungsfokussierte Psychotherapie stammt aus dem Englischsprachigen und nennt sich dort Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Sie wurde für die Behandlung von emotional instabiler Persönlichkeitsstörungen entwickelt. (vgl. Plener 2015, S. 89) Die Therapieform basiert auf der Annahme, dass belastende Beziehungserfahrungen aus der Kindheit, wegen ihrer verwirrenden Wirkung, nicht verarbeitet und integriert werden können. Deshalb werden die unklaren Emotionen mithilfe von ‚unreifen Abwehrmechanismen‘ abgespalten. (vgl. Merod 2013, S. 62) In der Therapie sollen diese abgespaltenen Objektbeziehungen reaktiviert und integriert werden. Dazu dient eine Übertragungsanalyse im Hier und Jetzt, welche in die Schritte Klärung, Konfrontation und Deutung gegliedert

ist. In der Klärungsphase werden die Zusammenhänge erkannt, in der Konfrontationsphase werden die Widersprüchlichkeiten angesprochen und anschließend werden die dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensmuster in der Gegenwart gedeutet. (vgl. Plener 2015, S. 90; Doering 2009, S. 166) In der TFP wird also nicht überlegt, was ein Patient tun kann, um sich nicht selbst zu verletzen, sondern die aktuelle Situation analysiert, indem man fragt, was aktuell zum Verhalten geführt hat und welchem Zweck es diene. (vgl. Doering 2009, S. 167)

Ist vor Beginn der Therapie klar, dass der Patient sich selbst verletzt, wird die Frage gestellt, inwieweit dieses Verhalten die Therapie beeinflussen kann. Es wird in einem Therapievertrag festgelegt, dass der Patient seinen Drang bis zur nächsten Therapiesitzung kontrollieren soll, um ihn dort zu analysieren. Für den Fall, dass es dem Patient nicht gelingt eine Selbstverletzung zu unterlassen, soll er sich nicht an den Therapeuten wenden, sondern eigenständig in eine psychiatrische Klinik gehen und sich ärztlich behandeln lassen. (vgl. Merod 2013, S. 63; Doering 2009, S. 166 f.) Der Therapeut zeigt an den Selbstverletzungen nur soweit Interesse, wie es nötig ist, um das Verhalten zu verstehen und um es überwinden zu können. Die Verantwortung für das Verhalten wird stets beim Patienten selbst gelassen, denn zumindest ein Teil des Patienten möchte den Drang zum Selbstverletzen überwinden. Auf diesen Teil bezieht sich der Therapeut und bietet Reflektion statt Selbstverletzung an. (vgl. Doering 2009, S. 166 f.)

Merod (2013) kritisiert die Sprache der TFP. Es wurden viele Begriffe aus der Tiefenpsychologie übernommen, welche in ihrer Verwendung häufig abwertend klingen. Als Beispiel nennt er die ‚unreifen Abwehrmechanismen‘. Ebenso wird den Patienten mit Bps-Persönlichkeitsstörung ein manipulativer Umgang unterstellt. Um den Manipulationen entgegenzuwirken, wird im Therapievertrag genauestens der Umgang miteinander sowie mit dem selbstverletzendem Verhalten geregelt. (vgl. S. 61)

4.1.1.2 Mentalisierungsbasierte Therapie

Die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde von Bateman und Fonagy entwickelt. Sie basiert auf dem entwicklungspsychologischen Konzept der Mentalisierung. Mentalisierung meint die Fähigkeit, innere Zustände bei sich oder anderen wahrnehmen zu können. (vgl. Allen/Fonagy/Bateman 2011, S. 22 f.) Grundannahme hierfür ist, dass menschliches Verhalten von mentalen Zuständen beeinflusst wird. (vgl. Plener 2015, S. 89) Voraussetzung für die Mentalisierung ist eine gründliche Untersuchung der Umstände, unter welchen eine Handlung erfolgt. Sind Menschen in ihrer Mentalisierung beeinträchtigt, kann selbst-

verletzendes Verhalten als Versuch zur Stabilisierung verstanden werden. Die Diagnostik der MBT erfasst die Mentalisierungsfähigkeit. In den Behandlungen soll der Fokus auf dem Erleben des Patienten liegen und weniger auf dem Verhalten. Das Erleben wird analysiert und besprochen. Beziehungserfahrungen aus der Kindheit werden nicht thematisiert. (vgl. Doering 2009, S. 169 f.)

Bei der Behandlung von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten wird in der Behandlungsvereinbarung festgehalten, dass nur allein der Patient Verantwortung über sein Verhalten hat. Der Therapeut betont, dass er dieses Verhalten nicht abhalten kann, sondern lediglich dem Patienten dabei helfen kann neue Wege zu finden, mit Problemen umzugehen. Für Notfälle werden im Voraus Krisenpläne erstellt. (vgl. Doering 2009, S. 170)

In der Therapie wird die selbstverletzende Handlung bearbeitet. Dabei wird zunächst gefragt, was der Patient gefühlt und gedacht hat, bevor der Drang zur Selbstverletzung aufkam. Die Technik, die dabei angewendet wird, ist das „Stop, Zurückspulen, Explorieren“ (Doering 2009, S. 170). Der Patient soll gedanklich in seinem inneren Erleben bis dahin zurückgehen, als er noch keinen Drang spürte. Dann soll er erzählen, was zu diesem Zeitpunkt in ihm vorging. (vgl. Doering 2009, S. 170) Ziel dieser Bearbeitungsform ist es, „für zukünftige, ähnliche Situationen eine präventive Haltung zu entwickeln, die alternative Bewältigungsformen ermöglicht.“ (Doering 2009, S. 170)

Studien zur MBT und zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen ergaben positive Ergebnisse. Das selbstverletzende Verhalten wurde dabei allerdings nicht explizit erfasst. (vgl. Plener 2015, S. 89)

4.1.2 Verhaltenstherapeutische Interventionsmöglichkeiten

Die Verhaltenstherapie basiert auf den Erkenntnissen der Lernforschung. Die Wurzeln des Therapieverfahrens sind die klassische Konditionierung, die operante Konditionierung und das Lernen am Modell. In der Verhaltenstherapie soll unerwünschtes Verhalten mithilfe der Lerntheorie umgelernt bzw. gelöscht werden, um neue, erwünschte Verhaltensweisen zu lernen. Um ein unerwünschtes Verhalten abzugewöhnen (zu löschen), wird dieses beim Auftreten nicht beachtet und ein Verstärker wird entzogen. Erwünschtes Verhalten hingegen wird mit materiellen Verstärkern (z.B. Süßigkeiten) oder sozialen Verstärkern (z.B. gemeinsame Unternehmung) gefördert. Zusammengefasst wird diese Theorie in der Verhaltensgleichung $S \rightarrow O \rightarrow R \rightarrow K \rightarrow C$:

S = situative Reize (das Verhalten bedingt sich aus der Umwelt)

O = Organismusvariable (biologische Anlagen)

R = Reaktion (Verhalten)

K = Kontingenz (Verstärker/unterbinden von Verstärkern)

C = positive/negative Konsequenz

(vgl. Möller/Laux/Deister 2015, S. 566 f.)

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass dysfunktionales Verhalten, wie z.B. Selbstverletzung, wie jedes andere normale Verhalten auf Grundlage der Lerntheorie angeeignet wurde. D.h. der Betroffene hat die Erfahrung gemacht, dass das selbstverletzende Verhalten positiv verstärkt wurde und eine positive Konsequenz folgte. Dieses Handlungsmuster muss zunächst durchbrochen werden, um neue adäquate Verhaltensweisen zu erlernen. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 187 f.)

4.1.2.1 Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde von M. Linehan zur Behandlung von der BPS entwickelt. Sie verknüpft die kognitive Verhaltenstherapie mit Ansätzen der Gestalttherapie, Hypnotherapie und Meditation (Zen-Buddhismus). Um widersprüchlichen Denk-, Fühl- und Verhaltensmustern entgegenzuwirken, sollen adäquate, alternative Bewältigungsstrategien in der Therapie entwickelt werden. (vgl. Möller/Laux/Deister 2015, S. 579) Die Behandlungsmethode erwies sich nicht nur bei Borderline-Patienten als wirksam, sondern auch bei anderen Impulskontrollstörungen und Patienten mit Emotionsregulationsdefiziten. Somit stellt sie auch eine erfolgreiche Behandlungsform gegen selbstverletzendes Verhalten dar. (vgl. Merod 2013, S. 66; Stiglmayr 2009, S. 153)

Fleischhaker modifizierte die DBT erstmals in eine deutschsprachige Version für Adoleszente (DBT-A) (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 202). Auch die DBT-A findet zunehmend Anwendung bei anderen Störungen sowie Adoleszenzkrisen und Essstörungen. (vgl. In-Albon 2015, S. 63; Kaess 2012, S. 102) Ein wesentlicher Unterschied zwischen DBT und DBT-A ist die Reduzierung der Behandlungsdauer und der zusätzliche Schwerpunkt der Elternarbeit.

Zur Grundhaltung der DBT gehört die Ressourcenorientierung, viel Akzeptanz und Verständnis sowie der Versuch gegen Stigmatisierung und Vorurteile zu kämpfen. (vgl. Merod 2013, S. 97) Linehan (2006) beschreibt zusätzlich einige Grundannahmen, die sowohl für die Patienten, als auch den Therapeuten gelten. Z.B.: „Die Patientinnen geben sich wirklich Mühe“ (S. 78), „Die Patientinnen wollen sich ändern“ (S. 79), „Die Patientinnen haben zwar nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst herbeigeführt, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen“ (S. 79), „Die Patientinnen müssen in allen relevanten Lebensbereichen neue

Verhaltensweisen erlernen“ (S. 79) und „Die Patientinnen können in der Therapie nicht versagen“ (S. 80).

Bei der DBT gilt: Transparenz ist wichtig! Der Therapeut muss akzeptierend und echt sein. Dazu muss er mit den Jugendlichen die Techniken und Vorgehensweisen besprechen und diese offenlegen. Nur so kann das „Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle ausreichend befriedigt“ (Merod 2013, S. 102) werden. Der Therapeut muss unangemessene Verhaltensweisen aushalten, jedoch auch eigene Grenzen setzen. Regeln und Grenzen scheinen immer ganz selbstverständlich zu sein. Dies ist jedoch eine fatale Annahme. Sie müssen immer wieder klar formuliert und transparent gemacht werden, um Orientierung und Kontrolle bieten zu können. Nur dann ist auch Selbstwirksamkeit möglich. Unklare Regeln und Konsequenzen würden Patienten an die Situation innerhalb der Familie erinnern, wodurch der Therapeut eine Machtrolle einnehmen würde. (vgl. Merod 2013, S. 103 f.) Therapeuten sollen als Modell dienen. Da Borderline-Patienten in vielen Bereichen Defizite aufweisen, ist es enorm wichtig, dass der Therapeut als Mensch erfahrbar wird, um als Modell angenommen werden zu können. (vgl. Merod 2013, S. 106)

Das übergeordnete Ziel der Therapie ist es dialektische Verhaltensmuster aufzubauen, unerwünschte Verhaltensweisen, wie z.B. Selbstverletzung, oder Verhaltensweisen die mit posttraumatischer Belastung zusammenhängen, abzubauen und Fähigkeiten, wie z.B. die Emotionssteuerung, zu verbessern. Hierfür wendet der Therapeut in der DBT verschiedene Strategien an:

1. Dialektische Strategien

Die Dialektik zielt auf das schwarz-weiß-Denken bzw. Erleben der Patienten. Patienten mit BPS fühlen im Entweder-oder-Prinzip, sprich immer nur 100% gut oder schlecht. Die Behandlung soll dazu führen, ein Denken und Fühlen im Sowohl-als-auch-Prinzip zu ermöglichen. (vgl. Merod 2013, S. 110) Dazu wird bisheriges Verhalten in Frage gestellt, um zu ermöglichen neue Verhaltensformen zu lernen. Anschließend werden alternative Verhaltens- und Denkmuster angeboten. Der Therapeut stellt z.B. „die Dauerhaftigkeit und Unveränderlichkeit von Problembedingungen in Frage“ (Linehan 2006, S. 153) und verwendet dabei Metaphern oder erzählt Geschichten und Parabeln, um die „Ernsthaftigkeit oder die Bedeutung von Äußerungen“ (Linehan 2006, S. 153) des Patienten zu übertreiben. (vgl. Linehan 2006, S. 153)

2. Commitment-Strategien

Um Veränderungen zu erreichen, muss sich der Patient erst einmal dafür entscheiden, diese gemeinsam mit dem Therapeuten anzustreben. Diese Veränderungsbereitschaft und der

Wille an der Therapie teilzunehmen wird als Commitment bezeichnet. Commitment ist nicht nur eine wichtige Grundlage für die Therapie, sondern stellt gleichzeitig auch ein Therapieziel dar. Um den Patienten für das Commitment (wieder) zu motivieren, wendet der Therapeut verschiedene Strategien an. Z.B. das Diskutieren von Pro und Contra, die Betonung der Freiwilligkeit und das Erinnern an die frühere Zustimmung. (vgl. Merod 2013, S. 114 f.; Kaess 2012, S.105)

3. Validierungsstrategien

Patienten mit BPS haben bisher oft die Erfahrung machen müssen, dass ihr Erleben, vor allem das emotionale Fühlen, als „falsch“ bezeichnet wurde (vgl. Merod 2013, S. 105). Bei der Validierung teilt man „jemanden mit, dass seine Reaktion (Gefühle, Gedanken, Handlungen) Sinn machen und in einer speziellen Situation nachvollziehbar sind.“ (Kaess 2012, S. 103)“ Jugendliche sollen in der Therapie Validierung erfahren, aber auch lernen andere zu validieren. Validieren heißt nicht, dass das Verhalten gut geheißen wird. Dies würde jeglicher Veränderung entgegenwirken. Es geht rein darum, dass das Verhalten nicht als falsch bestimmt wird, sondern subjektiv für sinnvoll erachtet wird. (vgl. Merod 2013, S. 105; Kaess 2012, S. 103) Zu den Validierungsstrategien gehört z.B. das aufmerksame Zuhören, welches durch wertschätzende Bemerkungen, wie „Das kann ich nachvollziehen“ signalisiert werden kann. (vgl. Merod 2013, S. 126 f.)

4. Kontingenzmanagement

Das Kontingenzmanagement stellt das Lernprinzip für neue Verhaltensweisen dar und basiert auf dem operanten Lernen nach Skinner. Nach dieser empirisch belegten Theorie erfolgt Lernen, je nachdem welche Konsequenzen einem Verhalten direkt folgen. Das Kontingenzmanagement setzt bewusst bestimmte Verstärker (z.B. Zuwendung, Lob oder materielle Verstärker) ein, um ein erwünschtes Verhalten aufzubauen. Parallel werden Verstärker entzogen, um die ungewünschten Verhaltensweisen abzubauen. Dabei ist es wichtig, dass neutral vorgegangen wird und keine negativen Konsequenzen Anwendung finden. Diese unterdrücken das unerwünschte Verhalten nur oder wirken sogar verstärkend, da eine negative Aufmerksamkeit immer noch besser ist als keine. In der Therapie werden die Patienten über das Kontingenzmanagement informiert. Sie sollen nicht unwissend ‚manipuliert‘ werden, sondern Transparenz erfahren. (vgl. Merod 2013, S. 128 ff.)

In der Einzeltherapie der DBT-A werden Verhaltensanalysen und Wochenprotokolle angewendet. Verhaltensanalysen dienen zur Problemlösung und sollen nach jeder Selbstverletzung (oder anderer problematischer Verhaltensweise) vom Patienten ausgefüllt werden.

Dabei handelt es sich um ein vorgegebenes Protokoll, das schriftlich und eigenständig ausgefüllt und in der nächsten Therapiesitzung besprochen wird. Die Verhaltensanalyse beinhaltet folgende Inhalte, mit welchen sich der Patient schriftlich auseinandersetzen soll: „Beschreibung des Problemverhaltens, vorausgehende Bedingungen, Anfälligkeitsfaktoren, Konsequenzen des Problemverhaltens, Lösungsanalyse, Präventionsstrategien, die eingesetzt wurden und die eingesetzt werden könnten, sowie die Wiedergutmachung“ (Kaess 2012, S. 107).

Die Wochenprotokolle dienen dem Patienten dabei zu lernen, sich selbst besser zu beobachten und dem Therapeuten, um einen schnellen Überblick über das Problemverhalten zu bekommen. In diesem dokumentieren die Jugendlichen täglich den Grad der Suizidgedanken, den Selbstverletzungsdrang und falls Selbstverletzung stattgefunden hat, wird auch dies notiert. Auch andere Problemverhaltensweisen und unterschiedliche Emotionen werden im Wochenprotokoll festgehalten. (vgl. Kaess 2012, S. 107)

Neben der Einzeltherapie besteht die DBT-A aus Telefonkontakten, Fertigkeitentraining bzw. Skills-Training, Supervision und Elternarbeit. Telefonkontakte finden nur im Krisenfall statt. Therapeutische Inhalte werden in diesen Telefonaten nicht besprochen. Es handelt sich dabei max. um ein 10-minütiges Gespräch, bei welchem der Patient fertigkeitenorientierte Unterstützung bekommt, die ihm beim Lösen oder Aushalten der aktuellen Situation helfen soll. (vgl. Kaess 2012, S. 107) Supervision ist bei der Behandlung von Jugendlichen mit BPS notwendig, da es sich dabei um eine sehr komplexe Aufgabe handelt. Die Elternarbeit ist bei Jugendlichen ein wichtiger Inhaltspunkt, welcher für eine anhaltende Verbesserung notwendig ist.

Fertigkeitentraining / Skills-Training:

Um das alltägliche Leben zu bewältigen, nutzt jeder Mensch unbewusst Fertigkeiten (Skills). Der Nutzung dieser Fertigkeiten ist man sich nicht mehr bewusst, da sie verinnerlicht wurden und automatisch zusammenhängend ablaufen. Trotzdem hat man jede dieser Fertigkeiten irgendwann einmal gelernt. Manche Menschen haben das Defizit, dass sie in manchen Situationen nicht wissen, welche Fertigkeit adäquat anzuwenden ist. Liegen die Defizite im Bereich der Emotionsregulation, so kann es sein, dass die Betroffenen dysfunktionale Fertigkeiten einsetzen. (vgl. Merod 2013, S. 177; Sendera/Sendera 2007, S. 99 f.) Bei einem Skills-Training können neue adäquate Fertigkeiten gelernt und „individuell zur Verfügung stehende Mittel gefunden und eingesetzt“ (Sendera/Sendera 2007, S. 100) werden.

Es gibt fünf Module des Skills-Trainings, welche alle folgende Schritte durchlaufen:

- „Vermittlung von theoretischem Wissen
- Individuelle Anpassung der Skills
- Übungen der Skills unter Non-stress-Bedingungen
- Einsatz der Skills als zielförderndes Alternativverhalten.“ (Merod 2013, S. 182)

1. Im Modul ‚*Achtsamkeit*‘ sollen die Patienten mittels Techniken lernen, ihren eigenen Körper und ihre Emotionen zu spüren und der eigenen Wahrnehmung zu vertrauen (vgl. Merod 2013, S. 200 ff.; Kaess 2012, S. 109).

2. Im Modul ‚*Stresstoleranz*‘ wird zunächst gelernt Stress zu akzeptieren und ihn zu problematischen Verhaltensweisen, wie z.B. die Selbstverletzung zuzuordnen. Die Skills der Stresstoleranz sind diejenigen, die dabei helfen sollen Krisen und Stresssituationen vorzubeugen und zu bewältigen. (vgl. Merod 2013, S. 258) Dafür sollen die Patienten lernen ihre eigene Anspannung zu erkennen, sie zu beobachten und zu beschreiben. Mit verschiedenen Skills lernen sie dann, die Anspannung gezielt abzuwenden. (vgl. Kaess 2012, S. 110)

3. Im Modul der ‚*Emotionsregulation*‘ sollen die Patienten lernen, ihre verschiedenen Gefühle „zu erkennen, zu benennen und ihre Bedeutung für ihr Handeln zu begreifen“ (Kaess 2012, S. 111). Geübt wird in diesem Modul auch, wie heftigen Gefühlszuständen, durch z.B. ausreichend Schlaf, entgegengewirkt werden kann. (vgl. Kaess 2012, S. 111)

4. Im Modul ‚*Zwischenmenschliche Fertigkeiten*‘ sollen die Patienten dazu befähigt werden Beziehungen herzustellen und diese langfristig zu pflegen. Die sozialen Kompetenzen sollen den Jugendlichen ermöglichen auf die eigenen Wünsche, Meinungen und Ziele zu bestehen, ohne dabei die Beziehung zu gefährden. Sie sollen Verantwortung nicht nur für sich selbst übernehmen können, sondern auch für andere. (vgl. Merod 2013, S. 226 f.; Kaess 2012, S. 112)

5. Im Modul ‚*Walking the Middle Path*‘ soll eine neue Form gefunden werden, wie man gemeinsam miteinander umgehen kann. Hierfür soll den extremen Gefühlen und Einstellungen der Patienten entgegengewirkt werden, da diese im Alltag oft heftige Reaktionen auslösen. Es soll ein goldener Mittelweg gefunden werden. (vgl. Merod 2013, S. 216 f.; Kaess 2012, S. 113)

4.2 Systemische Interventionsmöglichkeiten

Wenn man die Psyche als unsere innere kleine Welt zu betrachten versucht, ermöglicht dies eine Veränderung, indem man die inneren Teile kennenlernt, mit ihnen kommuniziert und ihnen das gibt was sie für eine Heilung brauchen. (vgl. Earley 2014, S. 34)

Möchte man bewusst Zugang zu einem Teil finden, muss man sich in die inneren Emotionen, Körperempfindungen, Bilder und Stimmen einfühlen, welche dieser Anteil beinhaltet. Man soll versuchen zu spüren, was dieser Teil fühlt und was er sich wünscht. Es können Bilder mit ihm verknüpft werden, die vor dem inneren Auge spontan auftauchen, wie z.B. ein Bild von einem Selbst in der Kindheit oder von einem Selbst in einer Körperhaltung, die eine bestimmte Emotion ausdrückt. Die inneren Stimmen, die wahrgenommen werden können, sprechen die Gefühle und Wünsche der Anteile aus. Z.B. „Ich fühle mich ganz alleine und möchte gerne geliebt werden.“

In der Arbeit mit Jugendlichen können Abbildungen, bzw. Illustrationen von Anteilen helfen, diese zu identifizieren. Denn viele Jugendliche tun sich zu Beginn schwer, ein Bild für einen Anteil selbst zu finden. In Tom Holmes Buch (2007) „Reisen in die Innenwelt“ werden ab Seite 155 viele verschiedene Anteile bildlich dargestellt. Auch das Kartenset aus der Schematherapie von Peter Graaf (2016) kann genutzt werden, indem die Bilder, welche verschiedene Emotionen darstellen, ausgebreitet werden und sich der Jugendliche ein passendes aussuchen darf. In der systemischen Arbeit mit der inneren Familie gibt es weitere Techniken, wie z.B. die Stuhltechnik oder die Skulpturarbeit, die angewendet werden können. Da die Kartentechnik mit den Illustrationen am einfachsten und spontansten umzusetzen ist, wird in dieser Thesis lediglich auf die Kartentechnik etwas näher vorgestellt.

Doch unabhängig von der Technik können zu Beginn der Arbeit mit den inneren Anteilen all die Gefühle, Bilder und Stimmen nur sehr undeutlich wahrgenommen werden. Erst nach einiger Übung kann man sich richtig in einen Anteil einfühlen, indem der Kontakt hergestellt wurde. (vgl. Earley 2014, S. 80 f.) Inwieweit man Zugriff auf einen Teil bekommen kann, hängt davon ab, ob der Teil gerade aktiviert oder verborgen ist. Bei der Kontaktaufnahme zu verbannten Anteilen ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese im Moment nicht zugänglich sind. Um trotzdem Zugang zu den Gefühlen, Bildern und Stimmen zu bekommen, stellt man sich vor, wie man empfunden hat, als dieser Anteil das letzte Mal aktiviert war. (vgl. Holmes 2007, S. 24 f.; Earley 2014, S. 82 ff.) Der Patient soll den Gefühlen Namen geben sowie den Anteilen, die er gefunden hat. Diese Namen sollen/müssen nicht von Vorgaben übernommen, sondern vom Patienten selbst ausgedacht werden. Es ist dabei wichtig zu beachten, dass sie nicht negativ betitelt werden.

In der systemischen Therapie mit der inneren Familie würde folgendermaßen fortgefahren werden: Um mit einem verbannten Anteil in Kontakt treten zu können, muss vorerst der Beschützer, welcher den schmerzlichen Anteil verbannt, kennengelernt werden. Er muss die ‚Erlaubnis geben‘ mit dem Verbannten in Kontakt treten zu dürfen. Denn der Beschüt-

zer würde sonst alles dafür tun, den schmerzlichen Anteil nicht erreichbar zu machen. Es ist aber wichtig, dass der beschützende Anteil nicht einfach übergeben wird, sondern die Beziehung zwischen diesen Anteilen mit in Betracht gezogen wird. (vgl. Earley 2014, S. 227 ff.) Hierfür kann gefragt werden, welche Gefühle die Anteile füreinander haben, wie sie sich gegenseitig aktivieren oder beeinflussen und warum sie miteinander in Kontakt stehen. (vgl. Schwartz 2002, S. 141 f.) Findet man auf diese Weise Kontakt zu verbannten, schmerzlichen Anteilen, so kann angefangen werden mit ihnen zu arbeiten. Dieser Prozess beinhaltet zunächst das Kennenlernen des Anteils. Anschließend soll gelernt werden, wie man sich von ihm löst, um den starken Emotionen entkommen zu können. Erst dann kann dem Anteil und seinen Schmerzen zugehört werden, um herauszufinden, was er braucht und um ihm dies geben zu können. Doch manchmal sind seine Bedürfnisse und Wünsche nicht mehr passend. So waren sie z.B. in der traumatisierenden Umgebung für das Überleben sinnvoll und wichtig, in der sicheren Umgebung der stationären Wohngruppe sind sie jedoch nicht mehr notwendig. Dann soll dem Anteil nicht das gegeben werden, was er braucht, sondern neue Aufgaben für ihn gefunden werden. (vgl. Earley 2014, S. 251 ff.)

Die systemische Therapie und Beratung bedient sich bei ihrer Arbeit an verschiedenen Methoden zur Gesprächsführung, welche auch in anderen Bereichen hilfreich angewendet werden können. Dazu gehören Methoden wie z.B. das zirkuläre Fragen, Reframing und die Nutzung von Metaphern. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 223 ff.)

4.3 Traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten

Die Traumapädagogik baut auf eine Grundhaltung auf, welche einen wesentlichen Wirkfaktor für die Pädagogik darstellt. Diese beinhaltet u.a. Wertschätzung, Autorität, die Annahme der positiven Absicht, Wahrheit und Wirklichkeit, Ressourcenorientierung und Lebensfreude.

Grundlage jeder Begegnung sollte die *Wertschätzung* des Gegenübers sein. Nicht nur die Person selbst sollte wertgeschätzt werden, sondern auch ihr Leben, die Lebensgeschichte und Lebensweise. (vgl. Baierl 2014a, S. 47) Die Verhaltensweisen der Jugendlichen werden nicht verurteilt, sondern vor dem Hintergrund des Erlebten verstanden und somit als Überlebensstrategie bewertet (vgl. Beckrath-Wilking u.a. 2013, S. 290). In der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen ist die Wertschätzung in vielerlei Hinsicht wichtig. Viele von ihnen haben sich selbst gegenüber die Wertschätzung verloren und wurden bisher kaum wertschätzend behandelt. Um Wertschätzung auch in schwierigen Situationen aufbringen zu können, hilft nach Baierl (2014a) die Annahme, „dass jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt

das für ihn zu diesem Zeitpunkt bestmögliche Verhalten zeigt“ (S. 47). Die Jugendlichen sollen in den traumapädagogischen Interventionen lernen, dass ihre ‚störende‘ Verhaltensweisen Bewältigungs- und Schutzstrategien sind. Nach dieser grundlegenden Erkenntnis kann gemeinsam mit dem Jugendlichen überprüft werden, ob das Verhalten noch notwendig ist und welche negativen Konsequenzen es mit sich bringt. Danach kann nach alternativen Handlungsmöglichkeiten gesucht werden. (vgl. Beckrath-Wilking u.a. 2013, S. 291) Dazu sollen die Gegebenheiten so verändert werden, dass mehr Verhaltensweisen zur Verfügung stehen. (vgl. Baierl 2014a, S. 47)

Autorität ist wichtig, um den Jugendlichen Sicherheit geben zu können. Dann können sich die Jugendlichen am Mitarbeiter orientieren und ihn als Vorbild für die Selbstbemächtigung anerkennen. Er muss als ‚stark‘ und ‚gut‘ erlebt werden, im Sinne von kompetent und durchsetzungsfähig. Vor allem in der stationären Jugendhilfe haben die Jugendlichen Erwachsene bisher meist als ‚böse‘ oder ‚machtlos‘ erlebt. (vgl. Baierl 2014a, S. 48 f.)

Ein weiterer wichtiger Inhalt der Grundhaltung ist die *Annahme der positiven Absicht*. Das bedeutet, dass jeder Verhaltensweise nicht nur Wertschätzung entgegenzubringen ist, sondern auch die Anerkennung einer positiven Absicht. Diese Grundannahme eröffnet viele Wege, wo sonst eher Grenzen liegen. Dabei ist wichtig, dass die Anerkennung einer positiven Absicht nicht bedeutet, sich das Verhalten schön zu reden. (vgl. Baierl 2014a, S. 49 f.) Die positiven Absichten sind leichter zu finden, wenn die *Wirklichkeit und Wahrheit* des Jugendlichen verstanden wird. Jeder hat seine eigene Wirklichkeit, die sich daraus begründet, wie etwas auf einen selbst wirkt und wie man sich als wirkungsvoll erlebt. Damit Interventionen sinnhaft für die Jugendlichen sind, müssen sie in ihre Wirklichkeit passen. Deshalb müssen die Pädagogen die Wirklichkeiten der Jugendlichen möglichst gut ergründen. Dabei ist es wichtig, sich nur soweit in die Wirklichkeit des Jugendlichen zu begeben, dass man trotzdem immer fest in seiner eigenen verankert bleibt. (vgl. Baierl 2014a, S. 50 f.)

Ressourcenorientierung gehört ebenfalls zur Grundhaltung der Traumapädagogik. Da sie mittlerweile in vielen pädagogischen Zusammenhängen erläutert wird, soll hier nur kurz zusammengefasst werden, was diese Annahme beinhaltet: Jeder Mensch verfügt über Ressourcen und soll darin unterstützt werden, diese zu aktivieren. (vgl. Baierl 2014a, S. 52)

In der Traumapädagogik ist *Lebensfreude* nicht nur ein Teil der Grundhaltung, sondern auch Transportmittel und ein pädagogisches Ziel. Der Umgang mit Traumatisierten hat viele bedrückende Seiten an sich, weshalb Lebensfreude und Humor sowohl für die Mitarbeiter, als auch für die Jugendlichen, sehr wichtig ist. Um Depressionen und Suizidgedan-

ken entgegenzuwirken ist eine „eigene lebensbejahende Grundhaltung unerlässlich“ (Baierl 2014a, S. 54). (vgl. Baierl 2014a, S. 54)

Aufbauend auf diese Grundhaltung gibt es verschiedene Inhalte in der Traumapädagogik. So auch die Selbstbemächtigung, unter welcher man die Befreiung aus Ohnmacht und Abhängigkeit versteht. Wilma Weiß (2009) hält fest, dass Jugendliche, die in ihrem bisherigen Leben „in extremer Weise Objekt von Bedürfnissen von Erwachsenen“ (S. 163) waren, darin unterstützt werden müssen, sich aus diesen „Abhängigkeiten zu befreien und Subjekt ihres Lebens zu werden“ (S. 163). Diese Jugendlichen haben sehr viel in ihrem bisherigen Leben geleistet. Diese Leistung wird von ihnen selbst jedoch nicht wahrgenommen oder gar gewürdigt. Im Gegenteil, sie haben kein Gefühl für sich selbst, empfinden sich als andersartig und verstehen ihre spezifischen Verhaltensweisen nicht. Sie müssen dabei unterstützt werden, ihre Lebensleistung anzuerkennen und zu würdigen, ihre Ressourcen zu erkennen und sich zu bemächtigen sich selbst und unabhängig zu sein. Inhalte der Unterstützung zur Selbstbemächtigung sind sich selbst zu verstehen, zu akzeptieren und zu regulieren, Körperempfindungen und Gefühle zu sensibilisieren und den Körper wahrzunehmen. (vgl. Weiß 2009, S. 163 ff.) Hierfür können Methoden wie z.B. Ressourcenkarten oder Netzwerkkarten angewendet werden. Mithilfe von Ressourcenkarten können eigene Kompetenzen und Kräfte sichtbargemacht werden. Mit Netzwerkkarten sollen Unterstützer aufgezeigt werden. (vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 197 f.)

Der ‚sichere Ort‘ ist eine Methode der Traumapädagogik zur Stabilisierung und Selbstberuhigung. Bei dieser Übung soll den schrecklichen inneren Gedankenbildern ein selbsterdachter Ort entgegengesetzt werden. Dieser selbsterdachte und selbst gestaltete Ort ist geprägt von völliger Sicherheit. Viele Traumapädagogen weisen jedoch darauf hin, dass diese mentale Übung nur möglich ist, wenn zunächst ein äußerer sicherer Ort geschaffen wurde. Da das Trauma eine Angst des Wiederkehrens des Ereignisses hinterlässt, ist das Herstellen von Sicherheit der erste Schritt, um darauf aufbauend pädagogisch arbeiten zu können. (vgl. Scherwath/Friedrich 2014, S. 70 f.)

Baierl (2014b) nennt die fünf verschiedenen ‚sicheren Orte‘ der Traumapädagogik, die es zu erarbeiten heißt. Als erstes muss wie gesagt ein äußerer sicherer Ort geschaffen werden, indem keine Gefahr droht. An diesem Ort sollen sich Menschen befinden, die beschützen und Gefahren abwenden. Anschließend muss der Jugendliche Selbstvertrauen und Selbstsicherheit gewinnen, um Herausforderungen und Gefahren begegnen zu können. Der vierte sichere Ort ist der Glaube an spirituelle Mächte, die einen beschützen. Erst darauf aufbau-

end ist es möglich, gedanklich einen inneren sicheren Ort zu schaffen, mit welchem gearbeitet werden kann. (vgl. Baierl 2014b, S. 56 ff.)

4.4 Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie hat bei „der Behandlung von selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen eher eine untergeordnete Rolle“ (Kaess 2012, S. 117). Der Grund hierfür ist, dass eine kausale Einwirkung auf das selbstverletzende Verhalten bisher medikamentös nicht möglich bzw. nachgewiesen ist. (vgl. Plener 2015, S. 99; Kaess 2012, S. 117)

Medikamente können trotzdem unterstützend wirken. Sie erfordern jedoch eine ganz genaue Überprüfung und sind keinesfalls ersetzend für eine Psychotherapie. Z.B. können Antidepressiva sinnvoll eingesetzt werden. Es ist allerdings zu beachten, dass das depressive Syndrom behandelt wird, aber nicht die zugrundeliegende Ursache. Neuroleptika werden zum Teil eingesetzt, um innere Unruhe und unterschwellige aggressive Anspannung entgegen zu wirken. (vgl. Schmeißer 2000, S. 106)

Grundsätzlich gilt, bevor eine Pharmakotherapie begonnen wird, sollte eine genaue Diagnose getroffen werden. Ebenso soll mit dem Patienten die Ausgangssituation möglichst valide erfasst werden, sodass nach geraumer Zeit objektiv überprüft werden kann, ob eine Reduzierung des selbstverletzenden Verhaltens eingetreten ist. Tritt nach einem bestimmten Zeitrahmen keine Verbesserung auf, so „sollte die pharmakologische Strategie verändert werden (Dosis- oder Präparatmodifikation).“ (Röpke/Lammers 2009, S. 187) Vor der Einnahme der Medikamente müssen die Patienten über Nebenwirkungen informiert werden. Diese können bei der Pharmakotherapie von selbstverletzendem Verhalten eine sedierende Wirkung haben sowie Gewichtszunahme fördern oder sexuelle Funktionsstörungen verursachen. (vgl. Röpke/Lammers 2009, S. 186 f.)

4.5 Kreative und körperbezogene Therapieansätze

Malen und Schreiben ist eine bedeutsame „Ressource bei der Verarbeitung belastender Erfahrungen“ (Seiffge-Krenke 2009, S. 106). Je nach Alter und Geschlecht nutzen Menschen das Malen oder Schreiben. Jugendliche nutzen sehr häufig das Niederschreiben in Tagebüchern. Ca. 40% der befragten Personen zwischen 12 und 20 Jahren führten ein Tagebuch, davon mehr Frauen als Männer. 23% geben als Grund an, dass sie das Tagebuch als vertrauten Zuhörer nutzen. 13% der Jugendlichen beginnen mit dem Tagebuchschreiben nach einem einschneidenden Ereignis wie z.B. die Trennung der Eltern. In den Niederschriften können Jugendliche und Erwachsene sich mitteilen, ohne Angst vor Verurteilung haben zu müssen. Diese Kommunikation kann befreiend und loslösend wirken. Heute nut-

zen Jugendliche auch oft Internetforen. Sie können sich darin austauschen, ohne einen konkreten Bezug zu der Person haben zu müssen und können die Kommunikation so gestalten, wie sie es möchten. (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 106 f.)

Oft fällt es den Patienten allerdings schwer, ihre Befindlichkeiten in Worten zu beschreiben. In der Gestalttherapie kann ihnen ein Weg eröffnet werden, sich in anderen Formen mitzuteilen, bzw. ihre Gefühlszustände zum Ausdruck zu bringen. Dies kann durch Malen, Modellieren von Ton oder Gestalten mit anderen Materialien ermöglicht werden. Therapeutisch wird gearbeitet, indem das fertige Objekt besprochen wird. In der Einzeltherapie können die gewonnen Erkenntnisse weiter bearbeitet werden. (vgl. Schmeißer 2000, S. 104 f.) Die Gestalttherapie dient nicht nur zum leichteren Zugang zu inneren Befindlichkeiten, sondern hilft auch den Betroffenen das Unfassbare (Gefühle, Ängste, Phantasien) zu verbildlichen und greifbar zu machen. (vgl. Sachsse 2002, S. 78; Schmeißer 2000, S. 105) So kann auch z.B. der ‚sichere Ort‘ der Traumapädagogik bildlich oder plastisch dargestellt werden, um ihn besser erfassen und mit ihm arbeiten zu können. Auch körperliche Grenzen können durch das Malen und Gestalten von Höhlen, Burgen oder Mauern symbolisiert werden. (vgl. Sachsse 2002, S. 78)

Für Manche stellt das Malen sogar eine mögliche Alternative zum selbstverletzenden Verhalten dar. Durch das Malen können Betroffene ihre Gefühle nonverbal zum Ausdruck bringen, ohne dass dabei Konzentration oder Aufmerksamkeit benötigt wird. Es ist zu vergleichen mit dem Hören von Musik. Die Betroffenen können dadurch Spannungen abbauen, ohne sich in Worten fassen zu müssen. (vgl. Schoppmann 2003, S. 116 f.)

Das Körpererleben bei Menschen, die sich selbst verletzen, ist erheblich gestört. Hierfür bietet mittlerweile fast jede stationäre Psychotherapie Körpertherapie an. Zu Beginn der Therapie soll der Betroffene mit seinem Körper vertraut werden und Funktionen und Empfindungen wahrnehmen und annehmen. Der eigene Körper soll spürbar gemacht werden, um die Körpergrenze erfassen zu können. Die Körpertherapie findet zunächst nur zwischen Patient und Therapeut statt, da der Körper für die meisten Betroffenen sehr schambesetzt ist. Damit die Körpertherapie eine stabilisierende Wirkung hat, ist diese besonders behutsam anzuwenden. Werden Signale eines Patienten nicht beachtet und genau gedeutet, können Übungen das Gegenteil erzeugen und im schlimmsten Fall traumatische Erinnerungen hervorrufen. Ein langsames und vorsichtiges Vorgehen ist deshalb sehr wichtig, da die Betroffenen meist keinen pflegenden und fürsorglichen Umgang mit dem eigenen Körper erfahren haben. (vgl. Sachsse 2002, S. 76; Schmeißer 2000, S. 103)

Eine Übung für das Spüren der Körpergrenze ist z.B. das Umfahren des Körpers mit einem Stab oder Ball. Der Körper kann auch auf dem Boden mit Kreide oder einem Seil umrahmt und somit visualisiert werden. Eine bewährte Methode ist die Druckausübung auf den Körper. Dabei werden z.B. kleine Sandsäckchen auf den Körper gelegt, um durch das Gewicht und den Kontakt den eigenen Körper spüren zu können. (vgl. Schmeißer 2000, S. 103)

Weitere Methoden zum Körpererleben sind z.B. Massagen, Bäder und Duschen sowie muskuläre Bewegungs- und Entspannungsübungen. Massagen können sehr förderlich sein, sind aber wegen der schweren Dosierbarkeit schwer umzusetzen. Wird zu sanft massiert kann dies Angst vor Entgrenzung auslösen. Ist sie zu stark, wird sie als Schmerz empfunden. Es ist dabei sehr wichtig, dass der Therapeut ganz eng im Austausch mit dem Patienten bleibt und die Massage genau aushandelt. Bäder und Duschen sind gut umzusetzen. Vor allem das Duschen zeigt eine positive Wirkung, da das Prickeln Grenzempfindungen vermittelt. Muskuläre Bewegungsübungen erwiesen sich ebenfalls als sehr wirkungsvoll. Bei Entspannungsübungen sollten Atemübungen besser außen vorgelassen werden, da das Schließen der Augen und das Hineinfühlen in den eigenen Körper für viele Betroffene sehr beängstigend ist. Der Umgang mit der Aggressivität wird erst nach längerer Behandlungszeit in der Körpertherapie thematisiert. Hierfür bedarf es einem Übungsfeld, in welchem spielerisch mit den Aggressionen umgegangen werden kann. Dafür kann z.B. ein Selbstverteidigungskurs genutzt werden, bei welchem sich der Betroffene als wehrhaft erleben kann. (vgl. Sachsse 2002, S. 77 f.; Schmeißer 2000, S. 104)

4.6 Die Interventionsformen im Vergleich

Der Aufbau einer sicheren Patient-Therapeuten-Beziehung ist, wie Möller, Laux und Deister (2015) sagen, grundlegend und somit der erste Schritt einer Therapie. (vgl. S. 550) Die verschiedenen Interventionsformen sind sich in diesem Punkt einig, denn nur wenn ein Vertrauensverhältnis besteht, kann sich der Patient öffnen und eine Veränderung ist möglich. Auch eine Einsicht und der Wille zur Konfliktbearbeitung muss in allen Interventionsformen vorhanden sein, bzw. ist es der erste Therapieschritt, um anschließend das ‚Problem‘ bearbeiten zu können. Lediglich in der Pharmakotherapie scheint die Einsicht eine weniger bedeutsame Rolle zu spielen. Der Patient muss nur dazu bereit sein, die Medikamente einzunehmen.

Die Grundhaltungen der Interventionsformen sind ähnlich, wobei die DBT und die Traumapädagogik diese besonders präzise ausformulieren. Beide legen sehr viel Wert auf

Akzeptanz, Wertschätzung, Ressourcenorientierung und die positive Grundannahme des Patienten. (vgl. Baierl 2014a, S. 47 ff.; Merod 2013, S. 97) Bei der TFP scheint die Wertschätzung etwas weniger bedeutsam zu sein, denn bei der Wahl der Sprache wurde nicht darauf geachtet, welche abwertende Wirkung die Fachbegriffe haben. Ebenso kann man nicht unbedingt von einer positiven Grundannahme sprechen, wenn Patienten mit BPS grundsätzlich ein manipulatives Verhalten zugeschrieben wird. (vgl. Merod 2013, S. 61)

Besonders hervorzuheben ist der Schwerpunkt der Transparenz bei der DBT. Denn hierbei unterscheidet sich diese Interventionsform von anderen. In der DBT wird den Patienten jeder Schritt und jede Therapiestrategie und -technik offengelegt und erklärt. Hiervon ist bei keinen anderen Therapieformen die Rede. (vgl. Merod 2013, S. 102)

Bei den Grundannahmen wie selbstverletzendes Verhalten entsteht, unterscheiden sich die Interventionsformen. Die psychodynamischen Therapieformen sehen als Grund für die Selbstverletzungen belastende Ereignisse in der Kindheit, weshalb das Verhalten meist unbewusst motiviert ist. Die Behandlungsformen TFP und MBT gehen jedoch beide nicht tiefer auf die frühkindlichen Ereignisse ein. Wenn, dann erst nach langer Behandlungszeit. Beide Formen wollen anhand der aktuellen Situation herausfinden, was zum selbstverletzenden Verhalten führt. (vgl. Doering 2009, S. 167) Auch die Traumapädagogik sieht die Ursache für Verhaltensauffälligkeiten in belastenden Erlebnissen, die schwerwiegendes, bedrohendes Ausmaß haben. Im Gegensatz zu diesen Annahmen steht die Verhaltenstherapie. Sie basiert auf der Grundlage der Lerntheorie und geht davon aus, dass dysfunktionales Verhalten, wie jedes andere Verhalten, erlernt wurde. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 187 f.)

Doch auch die DBT und die TFP/MBT haben Gemeinsamkeiten. So ist es allen drei Formen wichtig, Regeln und Grenzen zu Beginn der Behandlung festzulegen. Die TFP und MBT machen dies in Form eines Behandlungsvertrages, die DBT über Transparenz und häufige Formulierung. Der Therapeut der TFP zeigt nur insoweit Interesse am selbstverletzenden Verhalten, wie es für das Verständnis notwendig ist. Dies kann verhaltenstherapeutisch als Neutralität erklärt werden. Der Therapeut versucht das Verhalten nicht durch vermehrte Zuwendung zu verstärken.

Eine Besonderheit der TFP und MBT ist die Betonung der Eigenverantwortung für das selbstverletzende Verhalten des Patienten. So sind in der TFP Anrufe des Patienten an den Therapeuten untersagt, bzw. würde der Therapeut den Patienten lediglich auf den nächsten Behandlungstermin verweisen. (vgl. Doering 2009, S. 166 ff.) In der DBT werden Telefonkontakte im Krisenfall angeboten (vgl. Kaess 2012, S. 107).

Die kreativen und körperbezogenen Interventionsformen sowie die Pharmakotherapie stellen ergänzende Maßnahmen dar. Sie basieren auf den verschiedenen Grundannahmen und möchten einzelne Aspekte deutlicher unterstützen.

4.7 Übertragbarkeit der Interventionsformen in den Bereich der Sozialpädagogik

Bei den vorgestellten Interventionsformen handelt es sich überwiegend um therapeutische Ansätze. Da nach dem pädagogischen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten gefragt wurde, muss nun der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Interventionsformen in die Pädagogik übertragbar sind.

Voraussetzung für die Herstellung einer sicheren Therapeut-Patienten-Beziehung ist für Möller, Laux und Deister (2015) die Beziehungsfähigkeit der Patienten. (vgl. S. 549) Diese Voraussetzung kann jedoch nicht immer erfüllt werden. Viele Patienten, die eine Therapie benötigen, weisen genau dieses grundlegende Problem auf. Dasselbe liegt in der stationären Jugendhilfe vor. Wie in 2.2 und 2.3 beschrieben wurde, konnten viele Jugendliche zu Hause keine sichere Bindung erleben und haben deshalb z.T. Bindungsstörungen. Doch genau für diese Jugendliche ist es wichtig, die Bindungsfähigkeit zu erlernen und eine sichere Beziehung erleben zu dürfen. Deshalb ist die Therapeut-Patienten-Beziehung mit dem Beziehungsangebot der pädagogischen Arbeit zu vergleichen. Trotzdem sollte hierbei nicht die Beziehungsfähigkeit Voraussetzung sein, sondern ein Lernfeld für diese darstellen.

In der TFP wird vor dem Beginn der Therapie überprüft, inwieweit das selbstverletzende Verhalten die Therapie gefährden kann. Es wird vertraglich festgehalten, wie mit dem Verhalten umgegangen wird. (vgl. Doering 2009, S. 166 f.) In der Jugendhilfe müsste die Frage lauten, inwieweit das Verhalten die anderen Jugendlichen beeinflusst bzw. ihnen schadet. Es könnte vertraglich geregelt werden, wie in der Gruppe mit dem Verhalten und den Verletzungen umgegangen wird. Zusätzlich zum Vertrag wird sowohl in der TFP, als auch in der MBT, die Verantwortung für das selbstverletzende Verhalten beim Patienten selbst gelassen. (vgl. Doering 2009, S. 166, 170) Die Selbstverantwortung ist für die Übertragung in die Pädagogik sehr schwierig. Denn die Jugendlichen müssen zwar Eigenverantwortung lernen, denn nur so kann Veränderung langfristig erfolgreich sein, doch trotz allem haben die Mitarbeiter in der stationären Jugendhilfe die Verantwortung für das Wohl der Jugendlichen.

In der TFP wird die aktuelle Situation analysiert, um herauszufinden, was zum selbstverletzenden Verhalten geführt hat. (vgl. Doering 2009, S. 167) Dies kann auch im pädagogischen Alltag umgesetzt werden, jedoch nicht in Form einer solchen therapeutischen Analyse. Der pädagogische Mitarbeiter der Wohngruppe kann mit dem Jugendlichen lediglich versuchen herauszufinden, was an der aktuellen Situation besonders war. Dasselbe gilt für die Technik „Stop, Zurückspulen, Explorieren“ (Doering 2009, S. 170) der MBT. Diese kann ebenfalls im pädagogischen Alltag durchgeführt werden, indem der Betreuer den Jugendlichen nach dem Gefühl und Erleben vor dem selbstverletzenden Verhalten fragt. Doch auch hierbei handelt es sich um eine therapeutische Technik, welche in ihrer Komplexität nicht übertragen werden kann.

Die Grundhaltung der DBT sollte mit der Grundhaltung der Pädagogik übereinstimmen. Auch die Transparenz der DBT ist für Jugendliche nicht nur in der Therapie wichtig, sondern auch im Alltag einer stationären Wohngruppe. Die Strukturen, Regeln, Abläufe, Konsequenzen, etc. sollten immer deutlich nachvollziehbar sein und immer wieder formuliert und transparent gemacht werden. (vgl. Merod 2013, S. 102 ff.) Die Strategien, welche die Therapeuten in der DBT anwenden, sind sehr auf den therapeutischen Kontext ausgelegt. Trotzdem gibt es dabei z.T. Inhalte, welche möglicherweise dem Betreuungsteam im Wohngruppenalltag weiterhelfen könnten. Die Verhaltensanalysen und Wochenprotokolle der DBT (vgl. Kaess 2012, S. 107) können in vereinfachter Form in der Jugendhelfewohngruppe angewandt werden. Denn auch dort soll der Jugendliche sein Verhalten hinterfragen und sich damit auseinandersetzen. Der Unterschied zwischen Therapie und Pädagogik würde das Gespräch über die Verhaltensanalysen oder Wochenprotokolle darstellen. Diese würden mehr zum Verständnis und Überblick dienen, als zur konkreten Bearbeitung der Grundproblematik. Die Inhalte der Elternarbeit der DBT-A wären in die pädagogische Arbeit übertragbar, denn die Zusammenarbeit mit den Eltern stellt auch in der stationären Wohngruppe eine besonders wichtige Aufgabe dar. In dieser Thesis wird jedoch nach dem Umgang innerhalb der Wohngruppe, sprich zwischen Jugendlichen und Betreuern, gefragt. Deshalb wird in dieser Thesis nicht weiter auf die Elternarbeit eingegangen. Das Skillstraining der DBT kann in vereinfachter Form in der Jugendhilfe aufgenommen werden. Hierbei würde es um das Anbieten und Ausprobieren von Möglichkeiten gehen, wie dem selbstverletzenden Verhalten entgegengewirkt werden kann.

Die Inhalte der Traumapädagogik sind komplett in die Arbeit einer stationären Jugendhilfe zu übertragen. Da 80% der Kinder und Jugendlichen, die in stationären Wohngruppen un-

tergebracht sind, traumatische Erfahrungen gemacht haben, sollte in jeder Wohngruppe traumpädagogisch gearbeitet werden. (vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 247) Die Grundhaltung dieser Pädagogik (Wertschätzung, Autorität, die Annahme der positiven Absicht, Wahrheit und Wirklichkeit, Ressourcenorientierung und Lebensfreude.) sollte die Grundhaltung von jedem Mitarbeiter sowie die der Gesamteinstitution sein. (vgl. Baierl 2014a, S. 47 ff.) Die Wohngruppe sollte stets einen äußeren sicheren Ort für die Jugendlichen darstellen. Hierzu müssen einige Regeln beachtet werden, damit dies gewährleistet wird. Die Mitarbeiter sollen die Jugendlichen beschützen und für sie sorgen (vgl. Baierl 2014b, S. 56 ff.) Zu traumpädagogischen Inhalten, wie z.B. die Selbstbemächtigung, soll die stationäre Wohngruppe unterstützend wirken. (vgl. Weiß 2009, S. 163 ff.)

Die Pharmakotherapie findet keine Übertragbarkeit in die Pädagogik. Sie bleibt im Aufgabenbereich der Ärzte und Psychiater. Die Mitarbeiter der Jugendhilfe übernehmen lediglich die Verabreichung der Medikamente.

Aus den kreativen und körperbezogenen Therapien können Inhalte in die Pädagogik übernommen werden. Vor allem kreative Angebote finden bereits Anwendung in der Pädagogik. Diese können weiter ausgebaut werden, indem individuell auf die Interessen der Jugendlichen eingegangen wird. Anschließend können die Kunstwerke ebenfalls besprochen werden, jedoch ohne dabei tiefgehend therapeutisch darauf einzugehen.

5. Pädagogische Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der stationären Jugendhilfe

In der Thesis wurden bisher das stationäre Setting mit den Besonderheiten für die Jugendlichen vorgestellt sowie das selbstverletzende Verhalten mit seinen verschiedenen Formen, Funktionen, Erklärungsansätzen, Risikofaktoren und Interventionsmöglichkeiten. Nun sollen die vorgestellten Interventionsmöglichkeiten auf das stationäre Setting übertragen und angepasst werden. Dabei wird kritisch hinterfragt, inwieweit die recht therapeutischen Interventionen überhaupt in den pädagogischen Alltag zu integrieren sind und wie man in der stationären Jugendhilfe den Betroffenen gerecht werden kann.

5.1 Grundhaltung

Im pädagogischen Arbeitsfeld wird grundlegend eine professionelle pädagogische Haltung gefordert. So sollen die Betreuer z.B. nicht defizitbetrachtend, sondern ressourcenorientiert arbeiten, eine professionelle Beziehung anbieten, gerecht, fürsorglich und wertschätzend sein sowie die Entwicklung unterstützen und fördern. (vgl. Kuhl/Schwer/ Solzbacher 2014,

S. 100; Kiso/Lotze 2014, S. 138) Speziell in Bezug auf Jugendliche, die sich selbst verletzen, ist es wichtig, sich seiner Grundhaltung besonders bewusst zu werden und diese an einigen Punkten zu ergänzen bzw. zu vertiefen. Besonders wichtig ist die Wertschätzung des Gegenübers, wie sie in der Traumapädagogik beschrieben wird. (vgl. Baierl 2014a, S. 47) Denn Jugendliche, die selbstverletzende Verhaltensweisen aufzeigen, erfuhren in ihrem bisherigen Leben eher Abweisung und Missachtung, statt Wertschätzung und Anerkennung. Auch sie selbst schätzen sich und ihr Leben meist wenig. Zur Wertschätzung gehört auch die Annahme einer positiven Absicht. Es ist anzunehmen, dass das Individuum für die Selbstverletzung eine positive Absicht hat und diese im Moment sein bestmöglichstes Verhalten darstellt. (vgl. Baierl 2014a, S. 49 f.) Ebenso sollen ‚störende‘ Verhaltensweisen, wie die Selbstverletzung, als Überlebens-, Bewältigungs- oder Schutzstrategie bewertet werden. (vgl. Beckrath-Wilking u.a. 2013, S. 290 f.) Schmeißer veröffentlichte 2000 in ihrem Buch „Selbstverletzung“ einen Forderungskatalog von Betroffenen. In diesem wird die Wertschätzung von den Betroffenen immer wieder erwähnt. So forderte eine betroffene Person „Lehne uns nicht ab, wir brauchen wirklich deine Unterstützung und die Akzeptanz unserer Selbstverletzung.“ (Schmeißer 2000, S. 109) Dass Betroffene Akzeptanz fordern, bestätigt auch Schoppmann (2003) in ihrer Forschung (vgl. S. 141). Um einer Person mit ihrem Anliegen, ihren Problemen, Sorgen, Wünschen und Ängsten Wertschätzung zu vermitteln, muss sich Zeit genommen und den Menschen zugehört werden. (vgl. Schmeißer 2000, S. 110) Betrachtet man den Stellenschlüssel in der stationären Jugendhilfe wird deutlich, dass es dem Betreuungspersonal nicht jederzeit möglich ist, sich intensiv für einen einzelnen Jugendlichen Zeit zu nehmen. Denn ist ein Betreuer alleine im Dienst, kann er nicht lange die Türe für all die anderen Jugendlichen verschlossen halten. Intensive Gespräche sind somit eher im Doppeldienst oder zu ausgemachten Gesprächszeiten möglich.

Zwei Grundannahmen von Linehan (2006) können ergänzend zur Wertschätzung genannt werden: „Die Patientinnen geben sich wirklich Mühe“ (S. 78) und „Die Patientinnen wollen sich ändern“ (S. 79), stellen grundlegende Annahmen dar, welche Anerkennung und ein positives Bild der Jugendlichen beinhalten. Die weiteren Grundannahmen von Linehan sind eher für den therapeutischen Kontext bedeutsam.

Bei der Arbeit mit ‚störenden‘ Verhaltensweisen besteht große Gefahr, den Blick auf dieses Verhalten zu wenden. Gerade deshalb ist es besonders wichtig, sich der Ressourcenorientierung bewusst zu sein. Der Fokus soll auf den vorhandenen Fähigkeiten liegen und

überlegt werden, wie diese genutzt werden können, um ‚störende‘ Verhaltensweisen zu kompensieren. (vgl. Baierl 2014a, S. 52)

Da der Umgang mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen, häufig sehr ernst und bedrückend ist, ist es umso wichtiger viel Lebensfreude und Humor in den pädagogischen Alltag einfließen zu lassen. Eine solche lebensbejahende Grundhaltung stellt für den täglichen Umgang mit Betroffenen einen bedeutsamen positiven Einfluss für die Jugendlichen und für das Betreuungsteam selbst dar. (vgl. Baierl 2014a, S. 54)

5.2 Umgang in der stationären Wohngruppe

5.2.1 Traumapädagogische Standards in der stationären Jugendhilfe

Traumapädagogische Standards können präventiv gegen selbstverletzende Verhaltensweisen der Jugendlichen wirken und sind, auf Grund des hohen Anteils an traumatisierten Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, unerlässlich (vgl. Beckrath-Wilking 2013, S. 247). Welche enorme Belastung bereits der Umzug in die Wohngruppe darstellt, wurde in 2.2 ausführlich dargestellt. Die damit verbundenen Ängste (z.B. Angst vor neuen Menschen, Einsamkeit, neuen Situationen) und die Trennung von der Familie bringt die meisten Jugendlichen in eine emotionale Instabilität. Traumapädagogische Standards können den Jugendlichen Sicherheit und Stabilität geben, wodurch einem Zurückgreifen auf dysfunktionale Verhaltensweisen, wie z.B. selbstverletzende Verhaltensweisen, entgegen gewirkt werden kann. (vgl. Schmid 2008, S. 210 ff.)

Schmid (2013) nennt als Kernpunkt der Traumapädagogik das Wissen über Traumafolgestörungen, wodurch das Verhalten der Jugendlichen besser verstanden wird. Ebenso kann auf diesem Wissen aufbauend der Alltag so gestaltet werden, dass die pädagogischen Bedürfnisse der Jugendlichen befriedigt werden. (vgl. S. 56) Dafür soll in der Wohngruppe ein Milieu hergestellt werden, das gegensätzlich zum bisherigen, traumatisierenden Ort der Jugendlichen ist. So war z.B. das Herkunftsmilieu häufig von Unberechenbarkeit geprägt, weshalb nun im traumapädagogischen Milieu Transparenz und Berechenbarkeit vorliegen soll. Der Einsamkeit und Isolation sollen Beziehungsangebote gegenüber gestellt werden und statt Geringschätzung soll Wertschätzung vermittelt werden. Anstatt Missachtung der Bedürfnisse soll sich der Alltag an den Bedürfnissen der Jugendlichen orientieren und anstelle der Abwertung und Bestrafung soll Lob und Ermutigung ausgesprochen und vermittelt werden. Häufig wurden die Jugendlichen in ihrer traumatisierenden Umgebung inadäquat gefördert, indem sie überfordernde Aufgaben von Erwachsenen übernehmen mussten. Im traumapädagogischen Milieu soll die Förderung individuell und auf den Entwicklungs-

stand angepasst sein. (vgl. Schmid 2013, S. 57) Einen solchen Ort herzustellen, ist unerlässlich, wenn die Betroffenen ihre Symptome, wie z.B. Selbstverletzung, aufgeben sollen. Denn betrachtet man diese Verhaltensweise als Traumafolgestörung, so diene sie bisher als „Anpassungsleistung an unvorstellbare Lebensbedingungen (...). Es ist entwicklungslogisch diese Schutzmechanismen solange beizubehalten, bis jeglicher Zweifel bezüglich erneuten Beziehungstraumata ausgeschlossen werden kann.“ (Schmid 2013, S. 57)

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG-TP) entwickelte ein Positionspapier zu „Traumapädagogischen Standards für Einrichtungen der stationären Jugendhilfe“ (Lang u.a. 2011, S. 84), an welchem sich Jugendhilfeeinrichtungen orientieren können. Darin wird zunächst die traumapädagogische Grundhaltung, wie sie in 4.3 bereits erläutert wurde, mit der Erweiterung der Transparenz und Partizipation, aufgezeigt. Im Positionspapier der BAG-TP wird das Erleben von Transparenz für Jugendliche, die in ihrer Biografie häufig Macht und Hierarchie als unterdrückend erleben mussten, als sehr wichtig beschrieben. Bei transparentem Umgang können die Jugendlichen die Wohngruppe, im Gegensatz zu ihren bisherigen Erfahrungen, als Ort der Berechenbarkeit erleben. (vgl. Lang u.a. 2011, S. 6 f.) Transparenz wird nicht einmalig hergestellt, sondern muss immer wieder situationsbezogen vermittelt werden. (vgl. Bausum 2013, S. 181) Die Partizipation wird von der BAG-TP als bedeutsamer Aspekt für die seelische Gesundheit benannt. Die Jugendlichen sollen ihre eigenen Lebensbedingungen mitgestalten, indem sie etwas entscheiden und bewirken können und dabei Wertschätzung und Zugehörigkeit spüren. (vgl. Lang u.a. 2011, S. 6)

Im zweiten großen Ordnungspunkt des Positionspapiers wird die Förderung der Selbstwirksamkeit/-bemächtigung detailliert erläutert. „Selbstwirksamkeit entsteht, wenn Kinder das Gefühl haben, für sich selbst zu sorgen, auf ihre Umwelt einwirken und diese gestalten können.“ (Weiß 2013, S. 133) Um dies zu fördern, stellt das Positionspapier einige Inhaltspunkte vor, welche im pädagogischen Alltag der stationären Wohngruppen Anwendung finden können. Dabei handelt es sich um die Förderung des Selbstverstehens, der Körper- und Sinneswahrnehmung, der Emotionsregulation, der Resilienz, der Selbstregulation und der Partizipation sowie die Chance zur Teilhabe und die Bindungs- und Gruppenpädagogik. (vgl. Lang u.a. 2011, S. 7 ff.) Besonders hervorzuheben sind die haltgebenden Strukturen der Gruppenpädagogik. Diese sollen emotionale Sicherheit in der Gruppe bieten. Dazu sollen Rituale in den pädagogischen Alltag eingebaut und die Tages- und Wochenstruktur transparent gemacht werden. (vgl. Lang u.a. 2011, S. 12) Dafür können individuelle Tages- und Wochenpläne angewendet werden, welche gemeinsam mit den Ju-

gendlichen entwickelt und erstellt werden sollen (vgl. Bausum 2013, S. 183). Auch haltgeben soll die Transparenz der Anwesenheit des Betreuungsteams. (vgl. Lang u.a. 2011, S. 12). Hierzu kann den Jugendlichen der Dienst- und Urlaubsplan zur Verfügung gestellt werden, um jederzeit Information darüber zu erhalten, welcher Betreuer zu welcher Zeit anwesend ist (vgl. Bausum 2013, S. 183). Auch die Anwesenheit von Besuchern soll transparent gemacht werden. Dies ist für die Sicherheit des Ortes wichtig. Dabei ist es egal, ob es Mitarbeiter vom Jugendamt, Handwerker oder Besucher von einzelnen Jugendlichen sind. Es sollte stets offen kommuniziert werden, wer die Wohngruppe besuchen wird, damit die Jugendlichen sich darauf einstellen können. Denn wie in 2.2 erwähnt, handelt es sich bei der Wohngruppe um das zu Hause der Jugendlichen, was von den Mitarbeitern oft vergessen wird, da es für sie den Arbeitsplatz darstellt. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 71) Zu den haltgebenden Strukturen gehören auch regelmäßige Gesprächsrunden in der Gruppe sowie Gruppenaktivitäten. Die Gesprächsrunden sollen zum Austausch und zur Partizipation genutzt werden, die Gruppenaktivitäten zum gemeinsamen Erleben und für den Gruppenzusammenhalt. (vgl. Lang u.a. 2011, S. 12).

Die haltgebenden Strukturen können von den Jugendlichen als lästig, sinnlos oder gar bedrohlich empfunden werden. Dieses angebliche Desinteresse sollte nicht als solches interpretiert werden, sondern als „indirekte Bitte um Sicherheit und Halt“ (Bausum 2013, S. 183).

5.2.2 Regeln in der Gruppe

Egal, ob es sich um eine Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine stationäre Jugendhilfwohngruppe oder eine sonstige Form der Betreuung handelt, in welcher Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten betreut werden, bei allen Formen sollte es Regeln geben, welche die Jugendlichen voreinander schützen. Es kann nämlich sehr belastende Auswirkungen haben, das Leid des anderen zu erfahren oder gar mitzuerleben. Reden Jugendliche untereinander über ihre traumatischen Erlebnisse, kann dies beim jeweiligen Gegenüber eigene traumatische Erinnerungen wecken, Hilflosigkeit, Überforderung, Ohnmachtsgefühle oder andere Reaktionen auslösen (vgl. Levenkron 2001, S. 16; Bausum 2013, S. 176). Um dies zu verhindern, sollten die Jugendlichen, laut Schoppmann und Schmid, dazu angehalten werden, nicht gegenseitig über ihr Leid und ihre traumatischen Erfahrungen zu reden. Das gilt ebenso für die Selbstverletzungen. Auch über diese sollten sich die Jugendlichen in keiner Weise austauschen oder sich ihre Wunden zeigen. Die Selbstverletzungen müssen stets verbunden und von einem Kleidungsstück bedeckt sein.

(vgl. Schoppmann 2003, S. 139 f.; Schmid 2008, S. 206) Bausum (2013) warnt jedoch vor der Wirkmacht von Tabu, Scham und Isolation bei Jugendlichen, die voneinander wissen, dass sie ähnliche traumatische Erfahrungen gemacht haben, sich aber nicht darüber austauschen dürfen. Er ist der Meinung, dass ein transparenter, aber verantwortungsvoller Umgang gefunden werden muss mit den Themen umzugehen, um sie nicht zu tabuisieren. Nur so können die Betroffenen aus dem Teufelskreis der Folgestörungen und sozialer Angst entkommen. (vgl. S. 176)

Sich gegenseitig unterstützen und füreinander da sein, dürfen die Jugendlichen jederzeit. (vgl. Schoppmann 2003, S. 133) Gerne dürfen die Betroffenen auch Kontakt zu den Mitbewohnern suchen, wenn sie diesen benötigen, um sich zu stabilisieren. Dabei sollten sie allerdings in der Lage sein, ihren schweren Leidensdruck nicht auf die anderen abzuladen. Können sie ihren schlechten Zustand nicht soweit kontrollieren, sind sie dazu angehalten sich an das Betreuungsteam zu wenden oder sich in ihr Zimmer zurück zu ziehen. (vgl. Schoppmann 2003, S. 140)

Bei Regeln ist es grundlegend wichtig, dass diese nicht ‚von oben herab‘ bestimmt werden, sondern von allen Beteiligten als sinnvoll angesehen und anerkannt werden. Nur dann können sie einvernehmlich eingehalten werden. (vgl. Schmid/Lang 2013, S. 280 f.) Für die beschriebene Umgangsregel ist es wichtig, den Inhalt immer wieder transparent und den schützenden Aspekt deutlich zu machen. Ist dies für die Jugendlichen verständlich, werden die Betroffenen es leichter haben sie einzuhalten, da sie i.d.R. keine anderen Jugendlichen schädigen möchten. In belastenden Situationen kann es sein, dass die Transparenz ständig neu hergestellt werden muss. (vgl. Bausum 2013, S. 181) Halten Betroffene die Regel nicht ein, so sollte nicht mit Ärger reagiert werden, denn schwer traumatisierte Menschen sind schnell mit der Einhaltung von Regeln überfordert. Dadurch können Situationen eskalieren. Sie können sich nicht bewusst dazu entscheiden, Regeln einzuhalten oder nicht. Durch die Traumatisierung haben sie womöglich Probleme bei der Selbststeuerung, weshalb sie am Einhalten der Regeln scheitern. Deshalb gilt es zu überprüfen, ob die betroffenen Jugendlichen die Fähigkeiten besitzen, die vereinbarten Regeln befolgen zu können. (vgl. Schmid/Lang 2013, S. 280) Scheint dies nicht der Fall zu sein, muss ein anderer Weg gefunden werden. Dieser könnte sein, dass ein Mitarbeiter eingreifen muss, um das Gespräch zu beenden und sich selbst als Gesprächspartner anbietet. Es kommt aber erschwerend hinzu, dass das Betreuungsteam nur einen Bruchteil der Gespräche der Jugendlichen untereinander wahrnimmt und viele Regeln somit schwer durchzusetzen sind.

„Für Menschen mit traumatischen Lebenserfahrungen hat sich die Welt zu einem Platz der Bedrohung und Unsicherheit entwickelt.“ (Schwerwath/Friedrich 2014, S. 71) Pädagogische Orte müssen deshalb zu ‚sicheren Orten‘ gemacht werden. Die Sicherheit für die Jugendlichen entsteht nicht nur durch Strukturen und Beziehungsangebote, sondern benötigt weitere Regelungen. (vgl. Schwerwath/Friedrich 2014, S. 72 ff.) In den Räumlichkeiten der Wohngruppe muss ein absolutes Gewaltverbot herrschen, denn das Erleben oder Miterleben von Gewalt retraumatisiert. Ebenso muss ein Jugendlicher die Bestimmung über sein eigenes Zimmer haben. Er darf andere aus seinem Zimmer verweisen, Regeln zum Betreten bestimmen (z.B. es muss angeklopft und auf die Bestätigung gewartet werden) und sollte die Möglichkeit haben dieses abzuschließen. (vgl. Schwerwath/Friedrich 2014, S. 76) Beim Abschließen der Zimmer sollte der Entwicklungsstand beachtet werden sowie dem Betreuungsteam ein Notfallschlüssel vorliegen. Äußere Sicherheit zu schaffen bedeutet auch, zu überprüfen, wer den ‚Ort‘ betritt. Die stationäre Wohngruppe kann kein ‚sicherer Ort‘ für einen Jugendlichen sein, wenn dieser bereits von einem seiner Täter betreten wurde. Manche schwer traumatisierten Jugendlichen können sich sogar unsicher fühlen, wenn der Täter/die Täter wissen, wo sich die Wohngruppe befindet. (vgl. Baierl 2014b, S. 57)

5.2.3 Umgang mit den anderen Jugendlichen

Die erläuterten Regeln dienen sowohl zum Schutz der Betroffenen, als auch zum Schutz der anderen Jugendlichen, die in der stationären Wohngruppe leben. Das Betreuungspersonal muss darauf achten, welche Auswirkungen die Selbstverletzungen bei den anderen Jugendlichen haben. Es ist nämlich kaum zu verhindern, dass hin und wieder jemand bemerkt, dass sich ein Jugendlicher selbst verletzt. Werden selbstverletzende Handlungen von anderen Jugendlichen registriert oder gar miterlebt, stellt dies eine enorme Belastung für sie dar. (vgl. Schoppmann 2003, S. 134) Jugendliche reagieren meist mit großer Betroffenheit, gehen jedoch unterschiedlich damit um. Einige gehen zu Alltagsaufgaben über, andere machen sich über die eigenen, ängstlichen Gefühle lustig, manche ziehen sich aus der Gruppe zurück und andere wiederum müssen sich körperlich abreagieren. (vgl. Schoppmann 2003, S. 137 ff.) Das Betreuungspersonal muss aufmerksam nachfühlen, ob ein Jugendlicher selbstverletzende Verhaltensweisen beobachtet hat, da dies kaum vor den Augen der Betreuer stattfindet und nur wenige Jugendlichen in solchen Fällen über das Erlebte bzw. ihre Gefühle sprechen. Der Betreuer müsste den Jugendlichen dann über das Verhalten aufklären und Gespräche und Begleitung anbieten. Durch die Aufklärung ist

einer ‚Ansteckung‘, wie sie in 3.5.4 erklärt wurde, entgegenzuwirken. Denn die Jugendlichen, welche stationär in der Jugendhilfe untergebracht sind, weisen durch ihre Problematiken ein erhöhtes Risiko auf, Selbstverletzung als mögliche Verhaltensweise für sich zu entdecken. (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 81)

5.2.4 Allgemeiner Umgang mit den betroffenen Jugendlichen

Ist dem Betreuungsteam bekannt, dass sich ein Jugendlicher selbst verletzt, müssen im alltäglichen Umgang mit ihm einige Dinge beachtet werden. Es ist nicht die Aufgabe der pädagogischen Mitarbeiter der Wohngruppe Ursachen für das selbstverletzende Verhalten herauszufinden. Hierfür werden Therapeuten benötigt. Die Betreuer sollen aber im Alltag darauf achten, dass sie das ‚problematische‘ Verhalten nicht zusätzlich fördern, sondern dem ‚problematischen‘ Verhalten durch bestimmte eigene Verhaltensweisen entgegenwirken. Betrachtet man den Alltag verhaltenstherapeutisch, so sollte dem Jugendlichen z.B. viel Zuwendung und Aufmerksamkeit gegeben werden, um das nicht-verletzende Verhalten positiv zu verstärken. Vor allem wenn der Jugendliche alternative Lösungsmöglichkeiten sucht, soll dies durch Anerkennung, Lob oder Zuwendung positiv verstärkt werden. (vgl. Möller/Laux/Deister 2015, S. 566 f.; Schmid 2008, S. 206)

Da selbstverletzendes Verhalten meist in Stresssituationen auftritt, soll das Betreuungspersonal Stress frühzeitig erkennen und ihm entgegenwirken. Dem Jugendlichen sollte dann besonders viel Aufmerksamkeit, sozialer Kontakt und Beziehung angeboten werden, um dadurch die Notwendigkeit der Selbstverletzung zu verringern. (vgl. Schmid 2008, S. 206) Schoppmann (2009) erklärt, dass dies die Betroffenen auch erwarten. Sie möchten, dass das Betreuungsteam aufmerksam ist und bemerkt, wenn es einem sehr schlecht geht. Die Mitarbeiter sollen die Initiative ergreifen und nach den Jugendlichen schauen. (vgl. Schoppmann 2003, S. 140) Im stationären Alltag kann dies jedoch schwer umsetzbar sein, denn in Stresssituationen sind häufig mehrere Jugendliche involviert, weshalb es kaum möglich ist sich dann intensiv mit einer einzelnen Person zu beschäftigen. In der Regel ist nur ein Mitarbeiter pro Schicht im Dienst, lediglich tagsüber sind es manchmal zwei, wodurch dann diese Maßnahme möglich wäre. (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 64 f.)

Mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen kann ein Vertrag, ähnlich wie in der TFP und MBT, geschlossen werden. Bei den Therapieformen bezieht sich der Vertrag auf die Selbstverantwortung des Verhaltens und auf den Umgang in Notfällen. (vgl. Merod 2013, S. 63; Doering 2009, S. 166 ff.) Auch in der stationären Jugendhilfe kann in einem Vertrag die Selbstverantwortlichkeit betont werden. Den Jugendlichen soll bewusst sein, dass die

Betreuer sie darin unterstützen das selbstverletzende Verhalten zu unterlassen, es jedoch in ihrer Verantwortung liegt, inwieweit sie diese Unterstützung annehmen. In dem Vertrag soll formuliert sein, welche auslösenden Faktoren bisher bekannt sind und welche alternativen Verhaltensweisen/Fertigkeiten zur Verfügung stehen und angewendet werden sollen. (vgl. Schmid 2008, S. 206) Ebenso soll vereinbart werden, was der Jugendliche unternimmt, wenn seine eigenen Initiativen (z.B. Ablenkung, Anwendung von Skills, Selbstzuwendung) nicht ausreichen. Bei hohem Selbstverletzungsdruck soll er sich dann an das Betreuungsteam wenden. Wenn es ihm nicht möglich ist diese aufzusuchen, gäbe es Möglichkeiten wie z.B. von seinem Zimmer aus auf dem Diensttelefon anzurufen. Die alternativen Verhaltensweisen und Fertigkeiten sollen dann gemeinsam mit dem Mitarbeiter durchgeführt werden. Dabei ist es wichtig, dass diese exakt durchgeführt werden können. (vgl. Schmid 2008, S. 206) Die Fertigkeiten müssen im Vorhinein in einer Therapie oder in einem Skillstraining erarbeitet werden. Wie ein solches Skillstraining in der stationären Wohngruppe aussehen kann, wird in 5.6 genauer beschrieben. Auch bei dieser Maßnahme zeigt sich im stationären Jugendhilfesetting dieselbe Schwierigkeit. Denn es ist nicht garantiert, dass der einzige Mitarbeiter im Dienst sich immer die Zeit nehmen kann, sich so intensiv auf einen Jugendlichen einzulassen. Dabei ist abzuwägen, wie oft es zu solchen Situationen kommt, wie häufig es tatsächlich zu Selbstverletzungen kommt und wie schwer diese sind. Muss der Jugendliche die Betreuer häufig auf diese intensive Art in Anspruch nehmen und nimmt die Selbstverletzung ein Ausmaß an, welches in der stationären Jugendhilfe nicht mehr tragbar ist, kann die Wohngruppe die Verantwortung für das Verhalten des Jugendlichen nicht mehr tragen. Es muss dann eine Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen. Für solche Fälle soll in dem Vertrag, ähnlich wie in der MBT, einen Krisenplan vereinbart werden, welcher am besten in Absprache mit dem Therapeuten entwickelt wurde. (vgl. Doering 2009, S. 170) Der Notfallplan soll individuell abgestuft sein und wie oben beschrieben mit Methoden/Fertigkeiten zu Selbstregulierung z.B. Ablenkung, Kontaktaufnahme oder Selbstzuwendung beginnen und mit der Krisenaufnahme in der Klinik enden. (vgl. Schmid 2008, S. 218) Im Gegensatz zu den Therapieformen TFP und MBT sind die Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe nicht allein dafür verantwortlich sich in eine Klinik einweisen zu lassen. (vgl. Merod 2013, S. 63; Doering 2009, S. 166 ff.) Da es in Krisensituationen schwierig ist sich an Absprachen zu halten, dient der schriftliche Vertrag/‘Fahrplan‘ als unterstützende Erinnerung. Ebenso kann es sinnvoll sein, sich den schriftlichen Vertrag immer wieder durchlesen zu können, da viele traumatisierte Jugendliche dissoziative Phänomene aufzeigen. Diese führen häufig zu

dem Problem, dass sie sich nicht mehr an Absprachen erinnern können. (vgl. Schmid 2008, S. 210)

Durch die Anzahl der Jugendlichen und ihrer pubertären Lebensphase sowie ihren individuellen Problemen, ist der Wohngruppenalltag häufig turbulent. Um einen Überblick über die Zustände von Jugendlichen mit instabilen Emotionslagen behalten zu können, kann der Wochenplan der DBT sinnvoll genutzt werden. Durch die Schichtdienste fehlt den einzelnen Mitarbeitern ebenfalls manchmal der Überblick, weshalb ein Wochenplan unterstützend sein kann. In erster Linie dient er aber nicht den Mitarbeitern, sondern den Jugendlichen selbst, um sich besser beobachten zu lernen. (vgl. Kaess 2012, S. 107) Ein solcher Wochenplan sollte individuell auf die Inhalte des Jugendlichen angepasst und erstellt werden. Als Beispiel für einen solchen Plan dient die Diary Card von Merod (2013), welche im Anhang auf Seite II zu finden ist.

5.3 Umgang in akuten Situationen

Wenn sich jemand aktuell selbst verletzt hat, ist die wichtigste Grundregel, dass die Mitmenschen positive Zuwendung vermeiden. Das bedeutet nicht, dass keine notwendigen Maßnahmen ergriffen werden sollen. Diese sollten jedoch in einem neutralen bis distanzierten Umgang durchgeführt werden. Denn verhaltenstherapeutisch erklärend würde eine übermäßige Anteilnahme verstärkend auf das ‚unerwünschte‘ Verhalten, die Selbstverletzungen, wirken. D.h. der Jugendliche würde sich eher wieder selbst verletzen, weil die Reaktion auf dieses Verhalten positiv war. Durch neutrales Verhalten vom Betreuer wird das ‚problematische‘ Verhalten des Jugendlichen nicht bestärkt, denn es bringt dem Betroffenen im sozialen Kontakt keine Vorteile. (vgl. In-Albon u.a. 2015, S. 55f.; Kaess 2012, S. 94; Schmid 2008, S. 205) Deshalb sollten die Betreuer mit akuten Selbstverletzungen neutral bis distanziert umgehen. Falls andere Jugendliche etwas von dem Vorfall wahrnehmen, sollen sie sich vorübergehend von dem betroffenen Jugendlichen distanzieren, damit auch von ihnen sein Verhalten nicht positiv verstärkt wird. Außerdem sollen die anderen Jugendlichen dadurch geschützt werden.

In der Akutsituation sollte nicht nach den Ursachen für das Verhalten gesucht werden. Denn ein intensives Gespräch über die Selbstverletzung würde eine verstärkende, gemeinsame Zeit darstellen. (vgl. Schmid 2008, S. 205) Es soll routiniert gehandelt werden, wobei wichtig ist, dass das gesamte Betreuungsteam sich an denselben, abgesprochenen Ablauf halten. (vgl. Schmid 2008, S. 206)

Der Ablauf könnte sein, dass zunächst die Situation grob erfasst und eingeschätzt wird. Besteht im Moment keine große Gefahr, dass der Jugendliche sich weiter, schlimmer verletzt, weil z.B. der Akt der Selbstverletzung abgeschlossen ist, kann der Mitarbeiter ihn kurz warten lassen. Währenddessen kann er sich darum kümmern, dass die anderen Jugendlichen für die nächsten ca. 15 Minuten versorgt sind, um sich anschließend kurz mit dem betroffenen Jugendlichen ungestört zurückziehen zu können. Durch das kurze ‚Wartenlassen‘ wird der Selbstverletzung die dramatische Aufmerksamkeit genommen. Beim anschließenden Rückzug muss wieder darauf geachtet werden, dass das Handeln von Neutralität geprägt ist und die gemeinsame Zeit möglichst kurz bleibt. (vgl. Kaess 2012, S. 94) Der Betreuer soll sich die Wunde/Verletzung anschauen, um einschätzen zu können, ob er sie selbst medizinisch versorgen kann oder die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung vorliegt. Grundsätzlich gilt, wenn man sich unsicher ist, ob eine ärztliche Versorgung notwendig ist, sollte man lieber zum Arzt gehen. Wurde die Wunde versorgt, kann sich das Team der Wohngruppe darauf einigen Verhaltensanalysen, wie sie in der DBT eingesetzt werden, anzuwenden. (vgl. Kaess 2012, S. 107). Dieses Formular soll der Jugendliche dann alleine, relativ zeitnah, in seinem Zimmer ausfüllen. Mit der Verhaltensanalyse wird Interesse und Aufmerksamkeit gezeigt, welches aber auf diese Weise nicht verstärkend wirkt. (vgl. Schmid 2008, S. 206)

Während der gesamten Akutversorgung soll der Jugendliche nicht nach Ursachen, Gefühlen, etc. gefragt werden. All das kann mit der Verhaltensanalyse abgefragt oder zu einem späteren Zeitpunkt besprochen werden. Wie die Wunden in der stationären Jugendhilfe versorgt werden können und wie eine Verhaltensanalyse aussehen kann, wird in den folgenden Kapiteln erklärt.

5.3.1 Wundversorgung

Ein sehr wichtiger Aspekt einer Akutsituation ist die medizinische Versorgung der Wunden. Dabei kann es sich um oberflächliche Kratzer bis hin zu tiefen Schnittwunden, Verbrennungen und Erfrierungen handeln. Bei weniger tiefen und großen Wunden besteht die Versorgung der Wunde aus der Reinigung, Desinfektion und dem Verbinden, um das Infektionsrisiko zu senken. Bei Selbstverletzungen herrscht immer ein Risiko der Infektion durch Schmutz und Keime. Diese gelangen durch die oberflächlichen Verletzungen in das Gewebe und somit in den Blutkreislauf. Sind Wunden stark verschmutzt oder hat sich ein Belag auf der Wunde gebildet, muss die Wunde mit einem gründlichen Reinigungsvorgang bzw. ein Spülen gesäubert werden. Dies kann nur von medizinischem Fachpersonal durch-

geführt werden. Leichte Verschmutzungen bzw. angeklebte Blutreste können in der Wohngruppe mit sterilen Kompressen, welche mit Wundantiseptikum angefeuchtet wurden, durch leichtes Abwischen gereinigt werden. (vgl. Protz 2016, S. 21 f.) Ist die Wunde gereinigt, sollte diese mithilfe eines Wundantiseptikums desinfiziert werden. Die antiseptische Wirkung tötet Erreger innerhalb kurzer Zeit ab und wirkt dabei sehr langanhaltend. Geeignete Produkte hierfür sind Octenisept® und Polihexanid. Polihexanid bekämpft Mikroorganismen in max. 20 Minuten und gilt als einziges Wundantiseptikum, welches eine wundheilende Wirkung aufweist. Octenisept® weist mit drei Jahren nach Anbruch eine recht lange Haltbarkeit auf. (vgl. Protz 2016, S. 23) Dies kann bei seltenem Gebrauch hilfreich sein. Für diese Versorgung gilt eine Richtlinie vom Robert Koch-Institut, die besagt, „dass alles, was mit einer Wunde in Kontakt kommt, steril sein muss, um Infektionen zu vermeiden“ (Danzer 2012, S. 170 f.) Das bedeutet, dass nur mit sterilen Einmalprodukten die Wunde versorgt werden darf und die Produkte nicht mehrfach verwendet werden dürfen. Zusätzlich sind die Verfallsdaten/Haltbarkeitsdaten auf Verbandsprodukten, sowie von Antiseptika zu beachten. Regelmäßige Händedesinfektionen sind durchzuführen sowie das Nutzen von Einmalhandschuhen, um einer HIV Ansteckungsgefahr vorzubeugen. (vgl. Danzer 2012, S. 170 f.)

Bei tiefen Schnittwunden, welche aufklaffen oder bei schweren Verbrennungen ist eine chirurgische Versorgung notwendig. Die Wunden werden dann genäht, geklebt und gegebenenfalls wird abgestorbenes Gewebe abgetragen. Sind die Wunden gereinigt, desinfiziert und gegebenenfalls chirurgisch versorgt, müssen sie mit einem Wundverband abgedeckt werden. (vgl. Kaess 2012, S. 94)

Hierfür gilt, dass die sterile Wundauflage ca. 1,5 bis 2cm über den Rand der Wunde hinausreichen sollte. Dabei werden Kleberänder nicht mit einbezogen. Es gilt die Regel: Lieber eine zu große Wundauflage, als eine zu kleine. (vgl. Danzer 2012, S. 170) Der Verband, welcher über die Wundauflage den gesamten Bereich umschließt, sollte so oft wie nötig und so selten wie möglich gewechselt werden. Denn die Wunde sollte so wenig wie möglich bei ihrem Heilungsprozess gestört werden, gleichzeitig sind regelmäßige Kontrollen notwendig. (vgl. Danzer 2012, S. 170) Bei den Kontrollen sind die Wundränder zu beachten. Sind diese glatt und rosafarben, ist es ein Zeichen der zunehmenden Wundheilung. Bilden sich um die Wunde jedoch rote, warme Ränder ist dies ein Zeichen für eine Wundinfektion und sollte dringend von einem Arzt untersucht werden. (vgl. Danzer 2012, S. 29) Weist ein Jugendlicher repetitives selbstverletzendes Verhalten auf, so sollte mit ihm die Wundversorgung möglichst bald thematisiert werden. Dabei handelt es sich um die Auf-

klärung über die Notwendigkeit der Wundversorgung, die gegebenenfalls in einer chirurgischen Ambulanz durchgeführt werden muss. Jugendliche mit repetitiven selbstverletzendem Verhalten sollen auch lernen, wie sie ihre Wunden selbst adäquat versorgen können. Dies sollte stets von einem Betreuer überwacht und überprüft werden, jedoch soll der Jugendliche Selbstfürsorge lernen. Ein weiterer positiver Effekt der eigenen Wundversorgung ist, dass der Betreuer somit sehr neutral wirkt und der Jugendliche keine Fürsorge und Anteilnahme erhält. (vgl. Kaess 2012, S. 94 f.)

5.3.2 Verhaltensanalyse

Die Verhaltensanalyse ist ein schriftlicher Bogen der Einzeltherapie der DBT. Sie dient der Untersuchung der problematischen Verhaltensweise. Sie soll nach jedem Auftreten der problematischen Verhaltensweise, in diesem Fall nach jeder Selbstverletzung, vom Jugendlichen eigenständig ausgefüllt werden. Dies findet in schriftlicher Form statt. Die Inhalte der Verhaltensanalyse sollten Schritt für Schritt mit dem Jugendlichen erarbeitet werden. Denn das Ausfüllen einer Verhaltensanalyse ist sehr anspruchsvoll und soll den Jugendlichen nicht überfordern. Außerdem wird eine Vorarbeit im Bereich des Skillstraining vorausgesetzt. Für den Anfang können die Punkte ‚Präventionsstrategien‘ und ‚Wiedergutmachung‘ weggelassen werden. (vgl. Merod 2013, S. 122)

Durch das Ausfüllen des Bogens muss sich der Jugendliche mit seinem Verhalten und den Gefühlen auseinandersetzen. (vgl. Kaess 2012, S. 107) Die Inhalte der Verhaltensanalyse geben dem Jugendlichen drei Bezugspunkte, an denen das dysfunktionale Verhalten verändert werden kann: Die Ausgangssituation, die Gedanken in der Situation bzw. über die Situation und die Reaktion. In der Lerntheorie würde man von der Veränderung des Stimulus, der Organismusvariable und der Reaktion sprechen. (vgl. Merod 2013, S. 120) Der Jugendliche lernt dadurch sich und seine Verhaltensweise besser kennen und kann Gemeinsamkeiten der vorhergehenden Situationen und Gefühle erkennen. Auf Grundlage dieser Analysen können die Betreuer mit dem Jugendlichen das Auftreten der Selbstverletzung besprechen, die auslösenden Situationen besser erkennen und nach alternativen Verhaltensweisen suchen. Es ist nicht die Aufgabe der Mitarbeiter der stationären Jugendhilfe, anhand der Verhaltensanalyse die tiefgehenden, meist sehr komplexen Gründe für die Selbstverletzungen herauszufinden. Dies bleibt im Aufgabenbereich eines Therapeuten. Ein Beispiel für einen Verhaltensanalysebogen befindet sich im Anhang ab Seite III.

5.3.3 Interventionsmöglichkeiten bei tranceartigen Zuständen

Es kann vorkommen, dass ein betroffener Jugendlicher während oder nach einer selbstverletzenden Handlung aufgefunden wird und sich in einem tranceartigen Zustand befindet. Reagiert er nur wenig oder gar nicht auf verbale Aussagen, dann braucht er Hilfe, um aus diesem Zustand zu kommen. Die Übernahme der Regie stellt hierfür die erste Interventionsstufe dar. Regie führen heißt, dass in dieser Situation für die notwendige Zeit die Anleitung übernommen wird. Der Betreuer sagt was geschehen soll, da der Betroffene nicht in der Lage ist, dies selbst zu erkennen. Deshalb wird bei der Regieübernahme auch nicht danach gefragt, was der Betroffene in diesem Moment braucht oder was ihm hilft. Die Anweisungen müssen in so kleinen Schritten erfolgen, dass der Betroffene diese praktisch umsetzen kann. Manche brauchen eine laute Ansprache, um erreicht zu werden. (vgl. Schoppmann 2003, S. 143 f.)

Ist jemand auf verbalem Wege nicht zu erreichen und zeigt der Betroffene keine Reaktion, können körperbezogene Interventionen helfen, um Kontakt aufzunehmen. Wichtig ist dabei, dass jede Berührung vorher verbal angekündigt wird. Ebenso sollte diese Kontaktaufnahme nur von vertrauten Personen durchgeführt werden. Die Berührung soll das Gefühl von Sicherheit und Schutz vermitteln. Es soll nur sehr wenig Nähe hergestellt werden, damit die Autonomie des Betroffenen gewahrt wird. Sobald der Betroffene verbal wieder erreichbar ist, sollte der Körperkontakt beendet werden. (vgl. Schoppmann 2003, S. 144 ff.)

Befindet sich der Betroffene in zusammengekauerter Körperhaltung, wie z.B. der Embryonalhaltung, kann der Betreuer dem Jugendlichen Sicherheit und die Situation selbst in die Hand geben, indem er ihn aus dieser Körperhaltung befreit. Dazu soll der Betroffene aufgerichtet und die Füße zu einem festen Stand auf den Boden gestellt werden. (vgl. Schoppmann 2003, S. 146)

5.4 Gespräche und Reflexion

Im Akutfall soll kein Gespräch geführt werden. Dennoch ist es wichtig sich gemeinsam mit dem Jugendlichen und seiner selbstverletzenden Verhaltensweise auseinander zu setzen. Hierfür sollten im Alltag Gespräche stattfinden. Diese sorgen dafür, dass der Jugendliche sich mit seinem Problem ernst genommen fühlt, auch wenn er diese Aufmerksamkeit im Akutfall nicht bekommt. Die DBT würde diese ‚Strategie‘ dem Patienten offenlegen und erklären. (vgl. Merod 2013, S. 128 ff.) Sie verliert deshalb nicht an Wirkung und der Jugendliche kann das Handeln der Mitarbeiter besser verstehen.

Die Gespräche sollen keine Therapiesitzungen imitieren, sondern lediglich zur Erfassung des Problems dienen. Der Jugendliche soll Raum bekommen sich mitzuteilen und die Mitarbeiter sollen hören was der Jugendliche fühlt und wie es ihm geht. Zusammen können die Situationen miteinander verglichen und Gemeinsamkeiten entdeckt werden. Es kann auf diese Weise herausgefunden werden was dem Jugendlichen gegen die dysfunktionale Verhaltensweisen helfen kann. Für diese Gespräche kann sich der Mitarbeiter an verschiedenen Gesprächsmethoden bedienen.

5.4.1 Gesprächsmethoden

Nur wenn der Jugendliche motiviert ist an einem Gespräch teilzunehmen, kann produktiv gearbeitet werden. Hierfür können die Commitment-Strategien der DBT genutzt werden. Diese sollen dem Jugendlichen die Notwendigkeit des Gespräches aufzeigen und ihn für eine Teilnahme motivieren. Bei der Strategie ‚Pro und Contra‘ werden die Vor- und Nachteile diskutiert. Dabei geht es darum die Vorteile einer Entscheidung zu wiederholen und dem Jugendlichen ins Bewusstsein zu rufen. Er kann dann das Gespräch besser durchhalten, wenn der Sinn dahinter erkannt wird. (vgl. Merod 2013, S. 115) Wenn ein Jugendlicher einem gemeinsamen Gespräch bzw. einer gemeinsamen Reflexion nur sehr schwach zustimmt, dann kann die Strategie ‚Advocatus Diaboli‘ angewendet werden. Bei dieser soll der Betreuer Argumente gegen eine Zustimmung nennen. Diese müssen etwas schwächer sein, als die Pro-Argumente des Jugendlichen, um somit die Entscheidung zu stärken. Durch diese Technik wird das Gefühl von Wahlmöglichkeit und Kontrolle des Jugendlichen gestärkt. (vgl. Merod 2013, S. 115) Die Wahlmöglichkeit soll auch durch das ‚Betonen der Freiwilligkeit‘ unterstrichen werden. Auch dies kann eine wirksame Technik darstellen, welche die Zusammenarbeit und Zustimmung verstärkt. Entscheidet man sich für etwas aus Freiwilligkeit, dann wird intensiver mitgearbeitet. (Merod 2013, S. 117). Im Gespräch kann für eine Veränderung motiviert werden, indem das Problem verbal in die Vergangenheit gesetzt wird. Hierfür setzt man vor das ‚Problem‘ Formulierungen wie „Bisher...“ oder „In der Vergangenheit, ...“. Es zeigt, dass in der Vergangenheit das Beschriebene stattfand, jedoch nicht ausgeschlossen ist, dass es in der Zukunft anders sein wird. (vgl. Prior 2015, S. 17)

Lässt der Jugendliche sich auf regelmäßige Gespräche zur Reflexion seines Verhaltens ein, so stellt der Betreuer ihm im Gespräch Fragen. Dabei sollte einiges beachtet werden. Grundsätzlich gilt, dass Fragen möglichst offen gestellt werden sollen. D.h. sie sollten nicht nur mit ja oder nein beantwortet werden können. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S.

249 f.) Häufig werden auch Fragen mit dem kleinen Wort ‚ob‘ gestellt. Dieses sollte jedoch weggelassen werden, um ebenfalls ja-nein-Antworten zu verhindern. Es sollte also nicht gefragt werden „Hast du dir Gedanken darüber gemacht, ob du ...?“ sondern „Welche Gedanken hast du dir gemacht?“ (vgl. Prior 2015, S. 19 ff.) Wie das zweite Beispiel zeigt, können auch konstruktive W-Fragen ja-nein-Antworten umgehen. (vgl. Prior 2015, S. 52 f.) Grundsätzlich sollten Fragen sehr einfach bzw. in kleinen Schritten gestellt werden. D.h. der Betreuer soll sich überlegen, ob der Jugendliche in der Lage ist, die Frage zu beantworten. Lieber soll über viele kleine Fragen auf eine große, endgültige Lösung gekommen werden, anstatt eine umfangreiche Frage gestellt wird, die zu schwierig zu beantworten ist. (vgl. Prior 2015, S. 56 ff.)

Durch das zirkuläre Fragen, welches aus der systemischen Arbeit stammt, können Beziehungen verdeutlicht und durch einen Perspektivenwechsel besondere Erkenntnisse gewonnen werden. Ebenso können die Erwartungen der Personen offengelegt werden. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 251) Beim zirkulären Fragen wird nicht die Frage gestellt „Was denkst du, weshalb du dich selbst verletzt hast?“, sondern beispielsweise „Was denkst du, was deine Mutter fühlt, wenn du dich selbst verletzt hast?“ (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 151 ff.) Auf diese Weise können auch Wünsche herausgearbeitet werden, indem z.B. gefragt wird „Was denkst du, wie sich deine Mama Verhalten würde, wenn sie dich in einer solchen Situation sieht?“ und anschließend auf das Verhalten der Mutter weiter eingegangen wird. Eine solche zirkuläre Frage kann der Einstieg sein, um herauszufinden was sich der Jugendliche in dieser Situation innerlich wünscht. Es kann auch versucht werden einzelne Beziehungen zu dem Problem genauer zu beleuchten. Zum selbstverletzenden Verhalten kann beispielsweise gefragt werden „Wen beunruhigen deine Selbstverletzungen am meisten?“ oder „Wer merkt als erstes, wenn es dir schlecht geht?“. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 254 f.)

Eine weitere bekannte systemische Fragemethode ist das hypothetische Fragen. Diese Frageform lässt sich auf verschiedene Weise anwenden, um Zukunftsperspektiven herauszuarbeiten oder lösungsorientiert zu arbeiten. So kann hypothetisch in die Zukunft gefragt werden: „Stell dir vor, du bist jetzt 25 Jahre alt,...?“ oder die Wunderfrage formuliert werden „Wenn dein selbstverletzendes Verhalten durch ein Wunder plötzlich weg wäre, was würde sich verändern?“ (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 265 ff.)

Betroffene geben in Gesprächen meist negativ ausgelegte Antworten. Diese sollen vom Betreuer positiv umformuliert werden. Diese Technik nennt man ‚Reframing‘. Auch störende Verhaltensweisen wie z.B. die Selbstverletzung, sollen positiv umformuliert werden.

So kann z.B. von der ‚bisher bestmöglichen Lösung‘ gesprochen werden. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 312 f.) Vorwürfe sollen vom Betreuer in Wünsche umformuliert werden. Denn hinter jedem Vorwurf steckt ein Wunsch. (vgl. Prior 2015, S. 89 ff.) Doch nicht nur der Betreuer soll die negativen Aussagen in positive umwandeln. Auch der Jugendliche selber soll dies üben. Durch die kleine Frage „Sondern?“ kann er dazu angehalten werden, seinen negativen Bericht (was er nicht tun will, was nicht passieren soll, was er nicht möchte,...) in positive Wünsche umzuformulieren. (vgl. Prior 2015, S. 24 f.) Ebenso sollen die Jugendlichen dazu motiviert werden, mit Formulierungen die mit „Hoffentlich ...“, „Bestimmt ...“ „Wahrscheinlich ...“ beginnen, positiv Hoffnungen zu verbalisieren. (vgl. Prior 2015, S. 40 f.)

Jugendliche, welche selbstverletzende Verhaltensweisen aufzeigen, haben bisher häufig die Erfahrung gemacht, dass ihre Gefühle und Emotionen als ‚falsch‘ bezeichnet wurden. (vgl. Merod 2013, S. 105) Hierfür können die Validierungsstrategien der DBT dienen. Dazugehört das aufmerksame Zuhören, welches durch wertschätzende Bemerkungen wie „Das kann ich nachvollziehen“ signalisiert werden kann. Die Validierung in Kreuzmodalitäten, hat die positive Wirkung des emotionalen Mitschwingens. Macht der Patient eine Äußerung wie „Ich war so enttäuscht.“, kann der Betreuer mit Aussagen wie „Du konntest an nichts mehr anderes denken.“ antworten. Einsichtsfördernd können Validierungen sein, die sich auf biografische Erfahrungen beziehen. Z.B. kann auf eine Enttäuschung folgendermaßen geantwortet werden: „Nachdem du schon so oft von ihr/ihm angelogen wurdest, ist deine Enttäuschung nachvollziehbar.“ (vgl. Merod 2013, S. 126 f.) Zu den Validierungsstrategien gehören auch Techniken wie das verbale Spiegeln, Präzisieren, Nachfragen sowie das Verbalisieren von Nonverbalem. (vgl. Kaess 2012, S. 104)

Auch das Mentalisieren der MBT kann sinnvoll eingesetzt werden. In diesem Kontext ist es hilfreich, wie in der systemischen Beratung, selbst zu mentalisieren. Der Betreuer versetzt sich in die Lage des Betroffenen und versucht die Gedanken und Gefühle zu verbalisieren und offenzulegen. Z.B. „Bei dem was du sagst, habe ich ein komisches Gefühl, weil...“ oder „Ich vermute, in dieser Situation hast du dich ... gefühlt.“ Es soll immer wieder überprüft werden, ob der Betreuer den Betroffenen richtig versteht. Hierfür kann das Gespräch unterbrochen und gefragt werden: „Entschuldige, darf ich nochmal kurz nachfragen, ...?“ Dadurch fühlt sich der Jugendliche angenommen und verstanden und erkennt ernsthaftes Interesse vom Betreuer. (vgl. Schlippe/Schweitzer 2012, S. 302 f.)

Mittels dieser vielen Techniken kann ein Mitarbeiter der stationären Jugendhilfe erfolgreich Gespräche mit Jugendlichen führen. Inhaltlich soll es in den Gesprächen um die Akutsituation mit dem Zeitraum davor und danach sowie dem Alltag gehen.

5.4.2 Reflexion

Geht man mit dem Jugendlichen im Gespräch auf das letzte selbstverletzende Ereignis ein, kann mithilfe der Technik „Stop, Zurückspulen, Explorieren“ (Doering 2009, S. 170) versucht werden, die Gesamtsituation genauer zu durchschauen. Denn es geht nicht nur darum welche Gefühle und welches Erleben der Jugendliche während dem Akt der Selbstverletzung hat, sondern vielmehr darum, herauszufinden aus welchen Situationen und Gefühlen es zum dysfunktionalen Verhalten kommt. Der Jugendliche soll gedanklich bis an den Punkt vor der Selbstverletzung zurückgehen, an dem er noch keinen Drang zur Selbstverletzung spürte. Er soll erzählen, was er zu diesem Zeitpunkt fühlte und erlebte. Diesen Zeitraum genau zu untersuchen, beinhaltet herauszufinden welche Situationen eine Selbstverletzung auslösen, um anschließend in der Zukunft präventiv in solchen Situationen handeln zu können. Denn nur wenn der Jugendliche selbst herausfindet, was zum dysfunktionalen Verhalten führt, kann er selbst solchen Situationen entgegensteuern und aktiv alternative Bewältigungsformen anwenden. (vgl. Doering 2009, S. 170) Was der Jugendliche mithilfe der Mitarbeiter präventiv tun kann, wird in 5.6 genauer beschrieben.

Wird dem Jugendlichen, der sich selbst verletzt, in Akutsituationen eine Verhaltensanalyse ausgehändigt, muss diese zu einem späteren Zeitpunkt besprochen werden. Ebenso müssen die Wochenprotokolle ausgewertet werden. Die Schriftbögen soll der Jugendliche nach dem Ausfüllen, bzw. am Ende der Woche abgeben, damit der Mitarbeiter die Möglichkeit hat diese in Ruhe durchzulesen, um sich auf das Gespräch vorbereiten zu können. Die Bögen dienen als Gesprächsgrundlage und vereinfachen den Einstieg in die Thematik. Letztendlich geht es inhaltlich dann um dasselbe wie bei der Technik „Stop, Zurückspulen, Explorieren“ (Doering 2009, S. 170). Anhand der genauen Analyse der Situation vor der Selbstverletzung, während des Aktes und den Konsequenzen danach, sollen Gemeinsamkeiten bei den verschiedenen Verhaltensanalysen gefunden werden. (vgl. Kaess 2012, S. 107) Hierfür ist die schriftliche Form sehr hilfreich, da man in alten Verhaltensanalysen nachschauen kann. Die Wochenprotokolle hingegen sollen einen Überblick über die Häufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens sowie über die Gefühle des Jugendlichen und der allgemeinen Lage geben. Anhand dieses Überblicks können auch interessante Zusammen-

hänge erkennbar werden. Z.B. dass sich der Jugendliche nach Heimfahrwochenenden vermehrt verletzt.

Bei solchen Reflexionen fällt es den Jugendlichen jedoch oft schwer ihre Gefühle und ihr Erleben in Worten zu beschreiben. Häufig können sie ihre Gefühle auch gar nicht richtig erfassen. Es ist wichtig mit ihnen diese Emotionen zu erarbeiten, damit sie lernen sich selbst zu spüren und sich selbst weniger fremd zu sein. Hierfür können Ansätze der systemischen Arbeit mit der inneren Familie angewendet werden. Es ist nicht unbedingt die Aufgabe der Mitarbeiter der Wohngruppe mit dem Jugendlichen Kontakt zu den inneren Anteilen aufzunehmen und mit ihnen zu arbeiten. Aber sich mit dem Jugendlichen bewusst zu machen, welche Anteile in einem stecken und in sich hineinfühlen und hören, welche Aufgaben, Wünsche und Gefühle diese Anteile haben, könnte hilfreich sein. Denn dann ist das dysfunktionale Verhalten nicht mehr abstrakt, fremd und feindlich anzusehen, sondern kann besser akzeptiert und verstanden werden. Da es für Jugendliche jedoch oft schwer ist, Gefühle zu empfinden, zu benennen und zu kategorisieren, können Illustrationen als Unterstützung dienen. Einige solche Illustrationen sind im Anhang ab Seite VI als Beispiel aufgeführt. Der Jugendliche kann sich die Abbildungen mit ihren Benennungen anschauen und in sich hineinfühlen, mit welchem Bild er seine Gefühle am meisten verbindet. Auf diesem Weg kann aus abstrakten Gefühlen etwas Konkretes werden. Den Gefühlen können Namen gegeben werden ebenso wie den Anteilen, die damit verbunden sind. Auf Grundlage dieser Erkenntnis kann der Jugendliche lernen seine Emotionen wahrzunehmen, diese in schwierigen Momenten besser zu erkennen und sich in Gesprächen mitteilen zu können. (vgl. Earley 2014, S. 80 ff.; Holmes 2007, S. 24 ff.)

5.5 Aktivitäten

In der stationären Jugendhilfe können regelmäßig Aktivitäten angeboten werden, die inhaltlich förderliche Maßnahmen gegen das selbstverletzende Verhalten darstellen. Gleichzeitig sind sie aber auch für die anderen Jugendlichen der Wohngruppe sinnvoll.

Leicht umzusetzen sind die vielen Möglichkeiten des kreativen Gestaltens, wie sie in der Kunsttherapie angewendet werden. Durch Modellieren und Malen können Gefühle zum Ausdruck gebracht werden, die verbal nicht geäußert werden können. Nachdem die Kunstwerke vollendet sind, sollen sie gemeinsam betrachtet und besprochen werden, damit die Mitarbeiter der Wohngruppe die Erkenntnis gewinnen, was der Jugendliche mit seinem Kunstwerk ausdrücken möchte. Über das Kunstwerk zu sprechen fällt den Jugendlichen meist einfacher, als bei einem einfachen Gespräch. (vgl. Schmeißer 2000, S. 104 f.) So-

wohl beim Malen, als auch beim Modellieren kann der ‚innere sichere Ort‘ der Traumapädagogik gestaltet werden. Dies kann den Jugendlichen dabei helfen, den Ort besser zu erfassen und sich vorstellen zu können. (vgl. Sachsse 2002, S. 78)

Beim Malen und Gestalten sollten vielerlei verschiedene Materialien angeboten werden. Zum Malen werden unterschiedliches Papier, verschiedene Pinsel und weitere Materialien wie Schwämme und Mallappen benötigt. (vgl. Dienstbier 2013, S. 29 ff.) Ebenso Buntstifte, Aquarell- bzw. Wasserfarben, verschiedene Kreiden, wie Ölkreide, Wachsmalkreide oder Pastellkreide, Kohlestifte, Tinte und Feder oder Acrylfarben. (vgl. Ciesli-Eichert 2013, S. 34; Dienstbier 2013, S. 25 ff.) Acrylfarben eignen sich für viele verschiedene Projekte, da sie auf fast allen Materialien z.B. Holz, Stein und Stoff, angewendet werden können. Um ein besonderes Mal- bzw. Körpererlebnis zu haben, können die Pinsel weggelassen und die Finger zum Malen genutzt werden. (vgl. Dienstbier 2013, S. 86)

Neben dem Malen gibt es auch die Möglichkeit des Modellierens. Z.B. kann mit Ton plastisch gestaltet werden sowie mit Gips und Pappmaschee. Besonders für Jugendliche ist das Skulpturgestalten aus Ytong oder Speckstein attraktiv. Hierfür werden Feilen, Hammer, Meißel, Sägen, Steinraspeln und Schleifpapier benötigt. (vgl. Ciesli-Eichert 2013, S. 53 ff.; Dienstbier 2013, S. 234 ff.)

Arbeiten mit Metall, Glas und Mosaik sind bei gefährdeten Jugendlichen nicht zu empfehlen, da diese Materialien für Selbstverletzungen missbraucht werden können. (vgl. Ciesli-Eichert 2013, S.60 f.; Dienstbier 2013, S. 301 ff.)

Zuletzt sind noch die Collagen zu erwähnen, welche bei Jugendlichen sehr beliebt sind. Vor allem für Jugendliche, die sich schwer tun eigene Gestaltungsideen zu entwickeln, kann das Ausschneiden von Zeitschriften und das Aufkleben dieser Inhalte, ein einfacherer Vorgang sein. Die Plakate mit den auserwählten Sprüchen, Wörtern und Bildern haben einen sehr persönlichen Charakter und sind für die Betreuer ein aussagekräftiges Endergebnis. (vgl. Ciesli-Eichert 2013, S. 40 f.; Dienstbier 2013, S. 130 ff.)

Das Schreiben von Gedanken und Gefühlen stellt auch eine kreative Tätigkeit dar. Im Tagebuch können z.B. Erlebnisse oder auch belastende Themen verarbeitet werden. (vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 106) Das Schenken eines schönen Buches kann bewirken, dass Jugendliche Lust bekommen Gedanken und Gefühle nieder zu schreiben.

Bei den körperbezogenen Aktivitäten sind die Auswahlmöglichkeiten, bei ungeschultem Personal, eingeschränkt. Denn körperbezogene Erlebnisse können viele Reaktionen beim Jugendlichen auslösen. (vgl. Sachsse 2002, S. 76; Schmeißer 2000, S. 103) Wie bereits in

4.5 beschrieben, gibt es aber trotzdem körperbezogene Aktivitäten, die im stationären Kontext Anwendung finden können. So können z.B. Jugendliche, die ihren Körper schlecht spüren oder wenig Bezug zu ihm haben, das Duschen oder Baden zum Körpererleben nutzen. Hierfür können z.B. Peelings verwendet werden, die das Spüren der Haut verdeutlichen. Den Jugendlichen können Massagebälle angeboten werden, mit welchen sie sich selber oder, in einem vertrauensvollen Verhältnis, gegenseitig massieren können. Die Massagebälle können in angespannten Situationen zum Druckausgleich in den Händen geknetet werden. (vgl. Schmidt 2016, S. 108 f.) Auch Sandsäckchen oder sehr schwere Decken, die ebenfalls mit Sand oder ähnlichen Material befüllt sind, können Jugendlichen dabei helfen ihren Körper unter diesem Gewicht spüren zu können. Diese Decken können bei Bedarf vom Jugendlichen selbst benutzt werden. (vgl. Schmeißer 2000, S. 103)

Zur Sinneswahrnehmung können vielerlei Angebote gemacht werden. Zum Riechen, Fühlen und Schmecken können Kimspiele durchgeführt werden. (vgl. Schmidt 2016, S. 107 ff.) Für die Wahrnehmung des Geschmacksinnes ist es nicht nur interessant verschiedene Geschmacksrichtungen wie z.B. süß, sauer, scharf, bitter, oder auch heiß und kalt zu probieren, sondern mit dem Zubereiten von köstlichen Gerichten den Genuss der Jugendlichen zu stärken. (vgl. Schmidt 2016, S. 108) Vielen Jugendlichen, die sich selbst verletzt und ihrem Körper entfremdet sind, fällt es schwer Genuss zuzulassen. Über den Weg der Geschmacksnerven kann ein erster Schritt zum Zulassen von Genuss und Wohlbefinden getan werden.

Viel zu wenige Jugendliche nutzen Sport um sich zu erleben. Der Sport bringt nicht nur Schwung in depressive Verhaltensmuster, sondern tut dem Körper zusätzlich gut. Die Anstrengung lässt den Jugendlichen seinen Körper spüren und ihn an Grenzen bringen. Für Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen kann Selbstverteidigung zusätzlich gewinnbringend sein. Sie erfahren, dass sie nicht schutzlos, sondern in der Lage sind, sich zu verteidigen und zu wehren. (vgl. Sachsse 2002, S. 77 f.; Schmeißer 2000, S. 104)

Diese Aktivitäten müssen und können nicht unbedingt von den Mitarbeitern der Wohngruppe durchgeführt werden. Ihre Aufgabe ist es, die Jugendlichen für sportliche Aktivitäten zu motivieren und ihnen eine Teilnahme zu ermöglichen.

5.6 Skillstraining und Selbstfürsorge

Inhalte der DBT werden von vielen Jugendhilfeeinrichtungen aufgegriffen und übernommen. „Die Einführung von Fertigkeitentrainingsgruppen stellt ein umgrenztes Angebot dar, welches sich gut in den Institutionsalltag integrieren lässt und in der pädagogischen All-

tagsarbeit immer wieder aufgegriffen werden kann.“ (Schmid 2008, S. 197) Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass das Skillstraining alleine keine ausreichende Hilfe bei selbstverletzendem Verhalten darstellt. Nicht umsonst beinhaltet die DBT spezifische Einzelpsychotherapie und weitere Inhalte. Wird in der stationären Jugendhilfe ein Skillstraining angeboten, sollen die Jugendlichen trotzdem psychotherapeutische Unterstützung erhalten. (vgl. Schmid 2008, S. 197)

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie ein Skillstraining in vereinfachter Weise stattfinden kann. Dabei nimmt das Training nicht die Komplexität der DBT an. Es wird nicht auf die einzelnen Module eingegangen, sondern lediglich überlegt, wie betroffene Jugendliche ihre persönlichen Skills finden können. Alles darüber hinaus soll im therapeutischen Kontext bearbeitet werden.

Die Jugendlichen sollen auch in der vereinfachten Variante des Skillstrainings neue adäquate Fertigkeiten lernen und individuelle Fertigkeiten, die sie bereits besitzen sich bewusst machen und lernen, diese wie sie diese einsetzen können. (vgl. Sendera/Sendera 2007, S. 100) Anschließend soll versucht werden, diese anstelle des dysfunktionalen Verhaltens anzuwenden. (vgl. Merod 2013, S. 182)

Skills können in vier Zugangskanäle unterteilt werden: In handlungs-, gedanken-, sinnes- und körperbezogene Skills. Menschen erleben Stress und Schwierigkeiten sehr unterschiedlich. Ebenso unterschiedlich sind Möglichkeiten, die den Betroffenen in diesen Zuständen helfen. Im Skillstraining sollen die Betroffenen herausfinden, unter welchen Bedingungen, welcher Zugangskanal für sie offen ist und sie sich somit in solchen Situationen selbst erreichen können. (vgl. Sendera/Sendera 2007, S. 148 f.) Die einen müssen in Stresssituationen ins Tun kommen, um den Stress abzubauen, andere sind gerade dazu nicht in der Lage und müssen sich kognitiv ablenken. Wieder andere müssen ihren Körper oder ihre Sinne spüren, um der Situation entkommen zu können.

<p>Beispiele für handlungsbezogene Skills:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sich ablenken - Kochen - Aufräumen - Wäsche waschen - Spazieren gehen - Putzen 	<p>Beispiele für gedankenbezogene Skills:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rästel lösen - Lesen - Suchbilder - Phantasiereise - ‚sicherer Ort‘ - Erinnerung an angenehme Ereignisse - (Erinnerungs-)fotos
<p>Beispiele für sinnesbezogene Skills:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musik hören - Kalt duschen - Eiswürfel in die Hand nehmen, Eisgelpäckchen 	<p>Beispiele für körperbezogene Skills:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sport z.B. Krafttraining, joggen gehen - Tanzen - Kirschkernkissen - Singen

<ul style="list-style-type: none"> - Hörmemory - Aromasprays, ätherische Öle - Duftkerzen - Sandkiste - Lavalampe - Japanisches Heilöl - Chilischote, Sambal Oelek, Fisherme's friend essen - Tiere streicheln - Zitrone 	<ul style="list-style-type: none"> - Igelball - Sandsäckchen auf sich legen - Schreien - Barfuß laufen - Yoga
---	--

Tab.1 Skillsbeispiele (vgl. Merod 2013, Arbeitsblatt 7.4; Sendera/Sendera 2007, S. 148 f.)

Jugendliche können sich durchaus solche Skillslisten als Ideenreiz anschauen, jedoch ist es nicht zu empfehlen ihnen konkrete Vorschläge zu geben. Denn viele Menschen können Vorschläge nur schwer annehmen, bzw. verinnerlichen. Lieber soll der Jugendliche mithilfe von Listen auf eine Idee kommen, um später das Gefühl zu haben, selbst diesen Skill gefunden zu haben. (vgl. Prior 2015, S. 71 ff.) Die Jugendlichen sollen sich dann eine Liste mit ihren eigenen persönlichen Skills anlegen.

Anspannung/Situation	Fertigkeit (Skill)
...	...

Tab. 2 Persönliche Skillsliste (vgl. Sendera/Sendera 2007, S. 149)

Kann der Jugendliche sich vorstellen, dass ihm in Stresssituationen dieser oder mehrere Skills helfen könnten, sollen sie eingeübt werden. Denn nur verinnerlichtes, automatisiertes Handeln kann unter enormer Anspannung funktionieren. In solchen Stresssituationen ist es den Betroffenen nicht möglich erst einmal über ihr Handeln nachzudenken und sich zu überlegen, was sie am besten als nächstes tun können. (vgl. Sendera/Sendera 2007, S. 158) Geübt werden Skills und ihre Abläufe in Non-Stress-Situationen. (vgl. Merod 2013, S. 182) In der stationären Jugendhilfe können die Jugendlichen mit ihrem Betreuer die Skills verbal durchsprechen oder in Rollenspielen erproben. Geübt wird die gesamte Situation, d.h. es wird der gesamte Ablauf einer schwierigen Situation immer wieder durchgesprochen und durchgespielt. Dies beginnt mit dem Problem und dessen Steigerung der Anspannung. Es soll der Zeitpunkt erkannt werden, bis wann das dysfunktionale Verhalten gestoppt werden kann. Bis dahin soll der Jugendliche es geschafft haben seine Fertigkeit einzusetzen und diese durchzuführen. (vgl. Sendera/Sendera 2007, S. 160 ff.) Durch das häufige Üben der Fertigkeiten sollen diese verinnerlicht und automatisiert werden. Kam tatsächlich eine Stresssituation vor, muss reflektiert werden, ob der Jugendliche in der Lage war seinen Skill anzuwenden. Es ist nicht zu erwarten, dass die Anwendung der alternativen Fertigkeit bei den ersten Erprobungen in Akutsituationen vollständig durchgeführt

werden kann. Deshalb soll die Situation reflektiert und der Skill und seine Anwendung optimiert werden. Somit bekommt der Jugendliche Schritt für Schritt ein Gefühl dafür, wie er sich in schwierigen Situationen adäquat Verhalten kann.

Zusätzlich zum Skillstraining können die Jugendlichen üben sich selbst etwas Gutes zu tun. Denn bisher waren sie sich und ihrem Körper wenig wert. Dies soll sich ändern, indem sie Selbstfürsorge übernehmen. Diese kann von den Mitarbeitern im Alltag immer wieder gefordert werden. Ideen für solche angenehmen, selbstpflegenden Aktivitäten befinden sich im Anhang ab Seite VIII.

5.7 Grenzen der stationären Jugendhilfe

Selbstverletzendes Verhalten muss therapeutisch behandelt werden. Diese Behandlung kann vom pädagogischen Team der stationären Jugendhilfe nicht durchgeführt werden, sondern nur von ausgebildeten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Therapeuten oder Psychologen. Trotzdem ist es zusätzlich wichtig, wie im Alltag mit dem dysfunktionalen Verhalten umgegangen wird. Hierfür können sich die Betreuer der Jugendhilfe an therapeutischen Inhalten orientieren, da es in der Pädagogik keine Anweisungen für den Umgang mit Selbstverletzung gibt. Wichtig ist dabei zu beachten, dass die Orientierung bei Grundannahmen und Umgangsweisen bleibt und die Mitarbeiter der Jugendhilfe nicht versuchen in die Rolle eines Therapeuten zu schlüpfen. Für die Komplexität der therapeutischen Methoden sind die Mitarbeiter der stationären Jugendhilfe nicht ausgebildet worden und es wäre unangebracht, diese Durchführung von ihnen zu verlangen. Ihre Aufgabe ist es somit nicht, das Verhalten zu analysieren und nach Gründen in der Vergangenheit zu suchen, sondern mit den Jugendlichen den Alltag zu meistern und hierfür Erleichterungen zu schaffen. Für alles Weitere sollen die Jugendlichen auf die Therapiesitzungen verwiesen werden. (vgl. Schmid 2008, S. 207) Für die Betreuer der Wohngruppen ist es allerdings beim schwierigen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten hilfreich, einen Einblick in die therapeutischen Ansätze zu bekommen. Denn nur wenn die Mitarbeiter über Grundannahmen Bescheid wissen, können sie den Alltag entsprechend gestalten. So ist es z.B. wichtig von der Konditionierung und der möglichen Verstärkung des selbstverletzenden Verhaltens zu wissen, um im Umgang mit dem Jugendlichen eine Verstärkung zu verhindern.

Die Aufgaben bzw. die Rolle des Betreuungsteams, bei selbstverletzendem Verhalten in der stationären Jugendhilfe, können folgendermaßen zusammengefasst werden: Man kann sagen, dass die Betreuer vor der Therapie eine beratende Funktion haben. Sie sollen mit

dem Jugendlichen ein vertrauensvolles Verhältnis aufbauen, um ihn für eine Therapie zu motivieren. Die Betreuer sollen ihm anschließend bei der Suche nach einem passenden Therapeuten helfen. Während der Therapie haben sie eher eine unterstützende Funktion. Sie sollen therapieschädigende Situationen und Kontakte versuchen zu vermeiden. Das Erlernete soll versucht werden im Alltag umzusetzen, um diesen zu stabilisieren. Nach der Therapie kann der Betreuer den Jugendlichen dabei unterstützen, wieder in die äußere Realität zurückzukehren, welche auch belastende Ereignisse mit sich bringt. (vgl. Schmeißer 2000, S. 112 f.) Eine enge Kooperation zwischen den Helfersystemen muss unbedingt stattfinden. Denn nur so können sie sich gegenseitig unterstützen und nicht behindern. (vgl. Schmid 2008, S. 197)

Für die stationäre Jugendhilfe wäre das selbstverletzende Verhalten nicht mehr tragbar, wenn dieses ein Ausmaß annimmt, bei welchem die Mitarbeiter soweit überfordert wären, dass sie dem Betroffenen nicht mehr gerecht werden können. D.h. wenn die zur Verfügung stehenden Mittel der Betreuer nicht ausreichen, um dem Jugendlichen ausreichend Schutz zu bieten.

Eine klare Grenze der Jugendhilfe ist eine akute Suizidalität. (vgl. Schmid 2008, S. 210) Die stationären Wohngruppen sind nicht so konzipiert, dass sie eine solche Verantwortung tragen können. Ebenso kann von einer Grenze gesprochen werden, wenn der Jugendliche nicht in der Lage ist mit seinem selbstverletzenden Verhalten soweit diskret umzugehen, dass andere Jugendliche nicht davon betroffen werden. Von einer massiven Belastung der anderen Jugendlichen, welche nicht tragbar ist, kann die Rede sein, wenn der Betroffene z.B. seine Wunden offen zur Schau stellt, häufig mit den anderen Gespräche über die Selbstverletzung führt oder andere in die Handlungen mit einbezieht.

6. Pädagogische Handlungsempfehlungen für die stationäre Jugendhilfe

Grundhaltung

- Den Betroffenen soll mit wertschätzender und anerkennender Haltung begegnet werden.
- Die Betreuer sollen grundsätzlich davon ausgehen, dass die betroffenen Jugendlichen eine positive Absicht haben. D.h. das selbstverletzende Verhalten soll als bestmögliche Verhaltensweise zu diesem Zeitpunkt bewertet werden, sowie als Überlebens-, Bewältigungs- oder Schutzstrategie.
- Der Fokus soll nicht auf das ‚störende‘ Verhalten gelegt werden, sondern auf die vorhandenen Fähigkeiten. (Ressourcenorientierung)
- Die Betreuer grundsätzlich davon ausgehen, dass die Jugendlichen sich wirklich Mühe geben und sich verändern wollen.
- Lebensfreude und Humor soll im Alltag gelebt werden.

(vgl. Kapitel 5.1)

Traumapädagogische Standards

- Die Betreuer sollen Wissen über Traumafolgestörungen haben, damit die Verhaltensweisen besser verstanden werden und der Alltag nach den Bedürfnissen gestaltet werden kann.
- In der Wohngruppe soll ein traumapädagogisches Milieu hergestellt werden. Es soll von Transparenz, Berechenbarkeit, Beziehungsangebote, Wertschätzung, entwicklungsadäquate Förderung und Bedürfnisorientierung geprägt sein.
- Es sollen haltgebende Strukturen vorhanden sein:
 - Rituale im pädagogischen Alltag
 - Tages- und Wochenstruktur transparent machen
 - Transparent machen der Anwesenheit der Betreuer und Besucher
 - Gesprächsrunden in der Gesamtgruppe
 - Gruppenaktivitäten
- Ergänzend kann das Positionspapier zu traumapädagogischen Standards in stationären Jugendhilfeeinrichtungen von der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG-TP) der Wohngruppe zur Hilfe in der Umsetzung dienen.

(vgl. Kapitel 5.2.1)

Regeln in der Gruppe

- Die Jugendlichen sollen sich ihre traumatischen Erfahrungen nicht gegenseitig berichten.
- Über Selbstverletzungen sollen die Jugendlichen untereinander nicht sprechen.
- Die Selbstverletzungen müssen verbunden sein und dürfen nicht offen gezeigt werden.
- Gerne dürfen die Jugendlichen füreinander da sein.
- Halten sich die Jugendlichen in Gemeinschaftsräumen auf, so sollen sie in der Lage sein ihren Leidensdruck nicht auf andere abzuladen.
- Es ist in Ordnung, wenn Jugendliche sich schwer tun, Regeln einzuhalten. Die Betreuer verurteilen deshalb niemanden und unterstützen bei der Einhaltung.
- Die Wohngruppe ist ein sicherer Ort. Deshalb herrscht absolute Gewaltfreiheit, es darf nicht ohne Absprache Besuch eingeladen werden und jeder Jugendliche hat die Bestimmung über sein Zimmer.

(vgl. Kapitel 5.2.2, 5.2.3)

Umgang mit den betroffenen Jugendlichen

- Im Alltag sollen die betroffenen Jugendlichen möglichst viel Zuwendung und Aufmerksamkeit erhalten, um das nicht-verletzende Verhalten positiv zu verstärken.
- Die Suche nach alternativen Verhaltensweisen soll durch Lob, Anerkennung oder Zuwendung positiv verstärkt werden.
- Stresssituationen sollen von den Mitarbeitern frühzeitig erkannt und entschärft werden. Dem Jugendlichen soll in solchen Situationen viel Kontakt angeboten werden.
- Mit dem Jugendlichen kann ein Vertrag geschlossen werden. Dieser beinhaltet:
 - Die Betonung der Selbstverantwortung des Verhaltens und der Inanspruchnahme der Unterstützung.
 - Das Niederschreiben der bisher bekannten auslösenden Faktoren und der alternativen Verhaltensweisen/Fertigkeiten.
 - Einen ‚Fahrplan‘ erstellen, was der Jugendliche tun kann, wenn seine eigenen Initiativen (Ablenkung, Anwendung von Skills, Selbstzuwendung) nicht ausreichen, z.B. wie kann Kontakt zu den Mitarbeitern aufgenommen werden.
 - Ein individuell abgestufter Notfallplan, beginnend mit selbstregulierenden Methoden, endend mit einer Krisenaufnahme in der Klinik.

- Ein Wochenplan kann geführt werden, um den Gesamtüberblick zu behalten und damit der Jugendliche lernt sich selbst zu beobachten.

(vgl. Kapitel 5.2.4)

Umgang in Akutsituationen

- Es soll keine positive Zuwendung oder übermäßige Anteilnahme stattfinden, sondern ein neutraler bis distanzierter Umgang mit dem Jugendlichen gepflegt werden.
- Falls andere Jugendliche das selbstverletzende Verhalten wahrnehmen, sollen diese dazu angehalten werden, sich vorübergehend vom betroffenen Jugendlichen zu distanzieren.
- Alle Teammitglieder sollen den gleichen Ablauf einhalten:
 - Der Jugendliche soll in der Akutversorgung nicht nach Gefühlen oder Ursachen gefragt werden.
 - Der Betreuer soll den Schweregrad der Situation einschätzen.
 - Wenn es möglich und nötig ist, soll der Betreuer sich kurz um die andern Jugendlichen kümmern, um anschließend in Ruhe Wundversorgung leisten zu können.
 - Wundversorgung:
 - Bei schwerwiegenden Wunden soll der Jugendliche in die Ambulanz zur chirurgischen Versorgung gebracht werden.
 - Handelt es sich um kleinere Wunden und Kratzer, können diese selbst versorgt werden. Dazu sollen stets sterile Materialien benutzt werden sowie Einmalhandschuhe.
 - Blutreste sollen mit Wundantiseptika und sterilen Kompressen entfernt werden, um anschließend die Wunde nochmals mit dem Antiseptikum zu desinfizieren.
 - Mit sterilen Kompressen und Mullbinden soll ein Verband angelegt werden.
 - Die Wunde soll regelmäßig kontrolliert werden. (vgl. Kapitel 5.3.1)
 - Die Verhaltensanalyse soll ausgehändigt werden.

(vgl. Kapitel 5.3)

Gespräche und Reflexion

- Gespräche sollen nicht in Akutsituationen, sondern regelmäßig außerhalb dieser Situationen geführt werden.

- Der Jugendliche soll Raum und Zeit bekommen, über sein Verhalten zu sprechen. Hierfür sind Techniken, Strategien und Frageformen hilfreich.
- Der Inhalt des Gespräches ist das letzte selbstverletzende Ereignis und vor allem die vorausgehende Situation.
- Es soll nach Auslösern gesucht werden, indem die Situationen miteinander verglichen werden, um in Zukunft präventiv dagegen vorgehen zu können.

(vgl. Kapitel 5.4)

Aktivitäten

- Die Mitarbeiter der Wohngruppe sollen regelmäßig kreative und körperbezogene Aktivitäten anbieten.
- Die Mitarbeiter sollen die Jugendlichen dabei unterstützen, in einem Sportverein Anbindung zu finden.

(vgl. Kapitel 5.5)

Skillstraining und Selbstfürsorge

- Die Jugendlichen sollen dabei unterstützt werden, herauszufinden, über welchen Kanal sie in Stresssituationen am zugänglichsten sind (handlungs-, gedanken-, sinnes- und körperbezogen)
- Die Jugendlichen sollen in gemeinsamen Gesprächen Skills finden, bei welchen sie sich vorstellen können, dass sie ihnen in Stresssituationen helfen.
- Die Jugendlichen sollen sich eine Skillsliste erstellen.
- Die Skills werden in Non-Stress-Situationen geübt.
- Nach den ersten Anwendungsversuchen in Stresssituationen werden die Skills optimiert oder gegebenenfalls ausgetauscht.
- Der Anwendungsversuch von alternativen Handlungsmöglichkeiten soll stets belohnt werden, auch wenn sich dieser als nicht hilfreich erwiesen hat.
- Die Jugendlichen sollen sich im Alltag hin und wieder etwas Gutes tun und Selbstfürsorge übernehmen.

(vgl. Kapitel 5.6)

7. Fazit und Ausblick

Selbstverletzendes Verhalten ist ein sehr komplexes Phänomen, welches sich aus unterschiedlichen Gründen entwickeln kann. Die Betroffenen nutzen diese dysfunktionale Verhaltensweise, weil ihnen zu diesem Zeitpunkt kein adäquateres Handeln möglich ist. Auch die Funktionen, die dieses Verhalten für die einzelnen Personen erfüllen, sind unterschiedlich. Aus Studien, die das Phänomen des selbstverletzenden Verhaltens untersucht haben, entwickelten sich in verschiedenen Therapierichtungen Behandlungskonzepte, wie mit Selbstverletzung therapeutisch umgegangen werden kann. Doch nicht nur Therapeuten haben mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen, zu tun. Auch in der stationären Jugendhilfe leben viele Betroffene. Die Häufigkeit der Betroffenen in der Jugendhilfe ist damit zu erklären, dass die Risikofaktoren für selbstverletzendes Verhalten mit den Ursachen, weshalb Jugendliche stationär in der Jugendhilfe aufgenommen werden, sehr ähnlich sind. Die Schwierigkeit im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten von Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, sollte in der Thesis genauer untersucht werden. Denn die Mitarbeiter der Jugendhilfe geraten bei solchen dysfunktionalen Verhaltensweisen an ihre Grenzen. (vgl. Schmidt u.a. 2003 in Schmid 2008, S. 196; Baur u.a. 1998 in Schmid 2008, S. 196). Das liegt daran, dass sie für diese Problematik nicht ausgebildet wurden.

Anhand der therapeutischen Interventionsmöglichkeiten und der Traumapädagogik wurde in der Thesis herausgearbeitet, welche Inhalte dieser Interventionen in die pädagogische Arbeit der stationären Jugendhilfe übertragen werden können. Diese Herausarbeitung wurde in Kapitel 5 ausführlich und in den Handlungsempfehlungen kurz und überschaubar dargestellt. Diese Kapitel stellen die Antwort auf die forschungsleitende Frage dar.

Trotz der Möglichkeiten, welche in dieser Thesis herausgearbeitet wurden, ist resümierend festzuhalten, dass es trotzdem schwierig ist, diese in der stationären Jugendhilfe umzusetzen. Denn eine stationäre Wohngruppe ist in der Regel vom Stellenschlüssel nicht so ausgestattet, dass die Interventionsmöglichkeiten bedingungslos umgesetzt werden können (vgl. Freigang/Wolf 2001, S. 64 f.). D.h. die Jugendhilfe muss sich nicht nur im Umgang mit den Jugendlichen besser an die besonderen Problemlagen der Klienten anpassen, sondern auch auf struktureller Ebene diesen Umgang möglich machen. Ebenso ist es für die Mitarbeiter wichtig, dass sie die Möglichkeit haben, sich in diesen Bereichen weiterzubilden und sollen diese Weiterbildungen auch nutzen. Nur so können sie den Bedürfnissen der Jugendlichen gerecht werden und selbst langfristig gute Arbeit leisten, ohne dauerhaft überfordert zu sein. Um dies zu erreichen wären Studien, die das selbstverletzende Verhal-

ten im stationären Jugendhilfekontext erforschen, wichtig, damit der Bedarf mit Daten belegt werden kann. Es könnte explizit festgestellt werden, an welchen Punkten sich die Jugendhilfe den Gegebenheiten anpassen muss, damit es den Mitarbeitern möglich wird mit selbstverletzenden Verhaltensweisen für alle zufriedenstellend umgehen zu können.

8. Literaturverzeichnis

Allen, Jon G./Fonagy, Peter/Bateman, Anthony W. 2011: Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart.

Baierl, Martin 2014a: Liebe allein genügt nicht, doch ohne Liebe genügt nichts: Werte und Haltung in der Traumapädagogik. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen, S. 47-55.

Baierl, Martin 2014b: Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen, S. 56-71.

Bausum, Jacob 2013: Über die Bedeutung von Gruppe in der traumapädagogischen Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In: Lang, Birgit u.a. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel, S. 175-186.

Beckrath-Wilking, Ulrike 2013: Neurobiologische Aspekte der Traumapädagogik. In: Jugendhilfe, 51. Jg., S. 243-248.

Beckrath-Wilking, Ulrike u.a. 2013: Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Paderborn.

Bowlby, John 2008: Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 1998: Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Stuttgart

Cassée, Kitty/Spanjaard, Han 2009: KOSS-Manual. Handbuch für die kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings. Bern.

Cieslik-Eichert, Andreas 2013: Kreative Methoden für die Praxis. Arbeitsbuch für sozial- und heilpädagogische Berufe. Köln.

Chapman, Alexander L. u.a. 2009: Psychologische Theorien selbstverletzenden Verhaltens. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart, S. 73-91.

Danzer, Susanne 2012: Wundbeurteilung und Wundbehandlung. Arbeitsbuch für die Praxis. Stuttgart.

DBT-Netzwerk Wiesbaden o.J.: Verhaltensanalyse. Für selbstschädigendes Verhalten und Problemverhalten.

<http://dbt-netzwerk-wiesbaden.de/wp-content/uploads/2014/02/Verhaltensanalyse.pdf>,
22.02.2017.

Dienstbier, Akkela 2013: Kinder, Kunst und Kompetenzen. Kreatives Gestalten in der Sozialpädagogik. Hamburg.

Doering, Stephan 2009: Psychodynamische Ansätze. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart, S. 164-173.

Earley, Jay 2014: Meine innere Welt verstehen. Selbsttherapie mit Persönlichkeitsanteilen. München.

Esser, Klaus 2011: Zwischen Albtraum und Dankbarkeit. Ehemalige Heimkinder kommen zu Wort. Freiburg im Breisgau.

Fleischer, Monika/Herpertz, Sabine C. 2009: Phänomenologie und Epidemiologie selbstverletzenden Verhaltens. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart, S. 15-28.

Freigang, Werner/Wolf, Klaus 2001: Heimerziehungsprofile. Sozialpädagogische Porträts. Weinheim/Basel.

Graaf, Peter 2016: Schematherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Weinheim/Basel.

Hawton, Keith/Rodham, Karen/Evans, Emma 2008: Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen. Risikofaktoren, Selbsthilfe und Prävention. Bern.

Holmes, Tom 2010: Reisen in die Innenwelt. Systemische Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen. München.

In-Albon, Tina u.a. 2015: Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen.

Kaess, Michael 2012: Selbstverletzendes Verhalten. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel.

Kiso, Carolin/Lotze, Miriam 2014: Ressourcenorientierung als Grundhaltung? Mögliche Konsequenzen pädagogischer Diskurse für die Kooperation verschiedener Professionen. In: Schwer, Christina/Solzbacher, Claudia (Hrsg.): Professionelle pädagogische Haltung. Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff. Bad Heilbrunn, S. 137-153.

Köhler, Thomas 2012: Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie. Stuttgart.

Kuhl, Julius/Schwer, Christina/Solzbacher, Claudia 2014: Professionelle pädagogische Haltung: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen. In: Schwer, Christina/Solzbacher, Claudia (Hrsg.): Professionelle pädagogische Haltung. Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff. Bad Heilbrunn, S. 79- 106.

Landenberger, Georg/Trost, Rainer 1988: Lebenserfahrungen im Erziehungsheim. Identität und Kultur im institutionellen Alltag. Frankfurt.

Lang, Birgit u.a. 2011: Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik.

<http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html>, 21.02.2017.

Levenkron, Steven 2001: Der Schmerz sitzt tiefer. Selbstverletzung verstehen und überwinden. München.

Linehan, Marsha M. 2006: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München.

Merod, Rudi 2013: Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT-A) mit Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Therapiemanual für Einzeltherapie und Skills-Training bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Tübingen.

Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Deister, Arno 2015: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart.

Petermann, Franz/Winkel, Sandra 2009: Selbstverletzendes Verhalten. Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Göttingen.

Plener, Paul L. 2015: Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Heidelberg.

Proir, Manfred 2015: MiniMax-Interventionen. 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. Heidelberg.

Protz, Kerstin 2016: Moderne Wundversorgung. München.

Resch, Franz 2001: Der Körper als Instrument zur Bewältigung von seelischen Krisen. Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. In: Deutsches Ärzteblatt, 98. Jg., H. 36, S. A2266-A2271.

Resch, Franz u.a. 2008: Prävalenz und psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten. In: Brunner, Romuald/Resch, Franz (Hrsg.): Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Göttingen, S. 85-94.

Röpke, Stefan/Lammers, Claas-Hinrich 2009: Pharmakotherapeutische Ansätze. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart, S. 185-197.

Sachsse, Ulrich 2002: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen.

Salbach-Andrè, Harriet 2009: Psychotherapeutisches Vorgehen bei Jugendlichen. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart, S. 174-184.

Scherwath/Friedrich 2014: Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München.

Schleiffer, Roland 2014: Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. Weinheim/Basel.

Schlippe, Arist von/Schweitzer, Jochen 2012: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen. Göttingen.

Schmahl, Christian 2009: Biologie selbstverletzenden Verhaltens beim Menschen. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart, S. 61-72.

Schmeißer, Sybille 2000: Selbstverletzung. Symptome, Ursachen, Behandlung. Münster.

Schmid, Marc 2008: Stationärer Kontext und Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline-Persönlichkeits-Störung. In: Brunner, Romuald/Resch, Franz (Hrsg.): Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Göttingen, S. 195-228.

Schmid, Marc 2013: Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit u.a. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel, S. 56-82.

Schmid, Marc/Lang, Birgit 2013: Überlegungen zum traumapädagogischen Umgang mit Regeln. In: Lang, Birgit u.a. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim/Basel, S. 280-308.

Schmidt, Evelyn 2016: Konzentrative Bewegungstherapie. Grundlagen und störungsspezifische Anwendung. Stuttgart.

Schoch, Bernhard 2005: Struktur- und Handlungsmaximen im Konzept Lebensweltorientierung. http://fachschulpaedagogik.de/images/Handout%20LWO%20Maximen_1.pdf, 02.03.2017.

Schoppmann, Susanne 2003: «Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten». Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen. Bern.

Schwartz, Richard C. 2002: Systemische Therapie mit der inneren Familie. München.

Seiffge-Krenke, Inge 2009: Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Heidelberg.

Sendera, Alice/Sendera, Martina 2007: Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Wien.

Stiglmayr, Christian 2009: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und die Dialektisch-Behaviorale Therapie. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart, S. 149-163.

Weiß, Wilma 2013: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim/Basel.

Weiß, Wilma 2009: Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Baumsum, Jacob u.a. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim/München, S. 163-176.

Yates, Tuppert M. 2004: The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaption. In: Clinical Psychology Review, 24. Jg., S. 35-74.

Umschlagsfoto:

Trischberger, Rupert 2011: Erinnerungsherz im Baum.

http://www.zoonar.de/photo/erinnerungsherz_2741849.html, 23.02.2017

9. Erklärung

Hiermit versichere ich, Leonie Nau, dass ich meine Bachelorarbeit mit dem Thema: Pädagogisches Intervenieren bei selbstverletzendem Verhalten von Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe, selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe weder die Arbeit, noch Teile aus ihr, an einer anderen Stelle vorgelegt. Ich versichere zudem, dass die eingereichte elektronische Fassung mit der gedruckten Fassung übereinstimmt.

Leonie Nau

10. Anhang

10.1 Diary Card

Arbeitsblatt 7.2

Diary Card

Diary Card

	Suizidale Ideen (0-5)	Selbst-Schädigung (0-5)		Spezielles Problemverhalten				Alkohol (j/n)	Drogen/ Med. (j/n)	Schlaf (0-5)	Skills (0-7)	Positive Ereignisse	Körperl. Aktivität (0-7)	Freude (0-5)
		Drang	Handlung (j/n)	Drang	Handlung (0-5)	Drang	Handlung (j/n)							
MO														
DI														
MI														
DO														
FR														
SA														
SO														

suizidale Vorstellungen.

- 0 = keine
- 1 = kaum
- 2 = mäßig
- 3 = drängend
- 4 = sehr drängend
- 5 = will sterben

Selbstverletzungsdrang.

- 0 = kein
- 1 = kaum
- 2 = mäßig
- 3 = starker Drang
- 4 = sehr starker Drang
- 5 = nicht kontrollierbar

Schlaf

- 0 = gar nicht
- 1 = sehr schlecht
- 2 = schlecht
- 3 = mittelmäßig
- 4 = gut
- 5 = sehr gut

Skills

- 0 = nicht daran gedacht oder nicht angewandt
- 1 = daran gedacht, aber nicht angewandt, wollte nicht
- 2 = daran gedacht, nicht angewandt, hätte aber gewollt
- 3 = habe es versucht, konnte sie aber nicht anwenden
- 4 = versucht, konnte sie anwenden, aber sie halfen nicht
- 5 = automatisch angewendet, aber sie halfen nicht
- 6 = versucht, konnte sie anwenden und sie halfen
- 7 = automatisch angewendet und sie haben geholfen

© Merod, R. (2013). *Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT-A) mit Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung*. dgvt-Verlag, Tübingen.

10.2 Verhaltensanalyse

1. Problemverhalten

- Was hast du getan? Beschreibe genau dein Verhalten.
- Wann hast du daran gedacht und wann hast du dich dafür entschieden?
- War jemand anderes daran beteiligt?

2. Vorausgehende Bedingungen

- Was geschah war unmittelbar vor dem Verhalten?
- Was hast du gedacht, getan oder gefühlt, bevor es zum Problemverhalten kam?
- Welche Empfindungen hast du in deinem Körper wahrgenommen?

3. Anfälligkeitsfaktoren

- Was genau machte dich für das Verhalten anfällig? Z.B. Stress, intensive Gefühle, Krankheit, Alkohol, wenig Schlaf.

4. Konsequenzen

- Welche Konsequenzen hast du direkt nach deinem Problemverhalten empfunden? Dazu gehören eigene Gefühle, Gedanken, Körperempfindungen. Wie ging es dir etwas später/jetzt?
- Hat sich deine Spannung verändert?
- Welche Wirkung hatte dein Verhalten auf deine Umgebung? Wie reagierten deine Mitmenschen?

5. Lösungsanalyse

- An welcher Stelle hättest du, falls es dir möglich gewesen wäre, dein Verhalten umgehen können?
- Welche Fertigkeiten hättest du Anwenden können?
- Was hat dich an der Anwendung von Fertigkeiten gehindert?
- Was hätte dir helfen können?

6. Präventionsstrategien

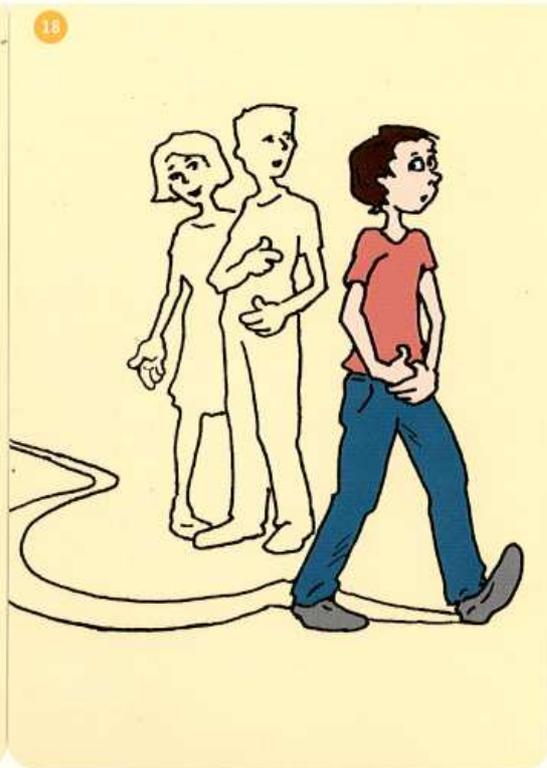
- Wie hättest du die Anfälligkeit für dein Problemverhalten verringern können?
- Was könntest du in Zukunft tun, um weniger Anfällig zu sein?

7. Wiedergutmachung

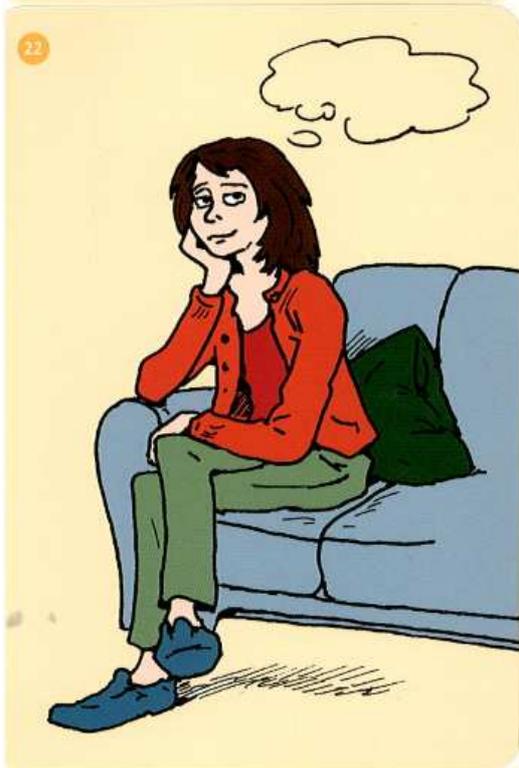
- Was kannst du für dich tun, um das Ganze wieder gut zu machen?

(vgl. Merod 2013, S. 120 ff.; DBT-Netzwerk Wiesbaden o.J.)

10.3 Schemakarten



- 1. Das glückliche, zufriedene, ausgelassene Kind
- 18. Der Vermeider
- 5. Das verletzbare, unglückliche, traurige Kind
- 14. Die passive Erdulderin



45. Der Zerstörer

40. Der Schauspieler/Dramatiker

22. Die Träumerin

28. Der Ablenker/Die Ablenkerin

(vgl. Graaf 2016)

10.4 Liste angenehmer Aktivitäten

Arbeitsblatt 7.5

Liste angenehmer Aktivitäten

- (1) Ein Bad nehmen
- (2) Dinge sammeln (Münzen, Muscheln)
- (3) Urlaub machen
- (4) Daran denken, wie es sein wird, wenn du deine Ausbildung beendet haben wirst
- (5) Alte Dinge reparieren
- (6) Zu einer Verabredung gehen
- (7) Faulenzen
- (8) Mitten in der Woche in einen Kinofilm gehen
- (9) Joggen gehen
- (10) Das Gefühl, einen ganzen Tag gut gearbeitet zu haben
- (11) Musik hören
- (12) Sich an gute alte Feste erinnern
- (13) Im Haushalt Dinge reparieren
- (14) In der Sonne liegen
- (15) Eine berufliche Veränderung planen
- (16) Lachen
- (17) An frühere Reisen denken
- (18) Anderen zuhören
- (19) Zeitschriften oder Zeitungen lesen
- (20) Hobbys (Briefmarken sammeln, Modelle bauen)
- (21) Einen Abend mit einem guten Freund verbringen
- (22) Sich an schöne Landschaften erinnern
- (23) Spielen
- (24) Essen
- (25) Karate, Judo oder Yoga üben
- (26) Am Auto oder Fahrrad herumbasteln
- (27) An Worte oder Taten von Menschen, die man liebt, denken
- (28) Sexy Kleidung tragen
- (29) Einen ruhigen Abend verbringen
- (30) Sich um die Pflanzen kümmern
- (31) Sport treiben
- (32) Radtouren machen
- (33) Im Wald spazieren gehen
- (34) Geschenke kaufen
- (35) In einen Tierpark gehen
- (36) „Verbotenes“ essen
- (37) Tanzen gehen
- (38) Sich selbst loben („Das habe ich wirklich gut gemacht“)
- (39) Alte Dinge sammeln
- (40) Daran denken, sich etwas zu kaufen
- (41) Drachen steigen lassen
- (42) Eine Diskussion mit Freunden führen

- (43) Die Familie beieinander haben
- (44) Motorrad fahren
- (45) Sex machen
- (46) Im Haus laut singen
- (47) Blumen arrangieren
- (48) Den Glauben praktizieren (in die Kirche gehen)
- (49) An den Strand gehen
- (50) Denken, dass man eigentlich ganz in Ordnung ist
- (51) Einen Tag lang überhaupt nichts tun
- (52) Ein Klassentreffen besuchen
- (53) Malen
- (54) Handarbeiten
- (55) Flirten
- (56) Musikinstrumente spielen
- (57) Künstlerisch oder handwerklich tätig sein
- (58) Jemandem etwas schenken
- (59) Bei einer Sportveranstaltung zuschauen
- (60) Eine Party planen
- (61) Kochen
- (62) Wandern gehen
- (63) Ein Gedicht schreiben
- (64) Nähen
- (65) Klamotten kaufen
- (66) Zum Essen ausgehen
- (67) Arbeiten
- (68) In einen Schönheitssalon gehen
- (69) Sich Frühstück ans Bett bringen lassen
- (70) Schmusen
- (71) Den Kindern beim Spielen zuschauen
- (72) Daran denken, dass es einem eigentlich besser geht als vielen anderen
- (73) Tagträumen
- (74) Unterrichten
- (75) Fotografieren
- (76) Mit Tieren spielen
- (77) Einen Science-Fiction-Roman lesen
- (78) Allein sein
- (79) Tagebuch oder Briefe schreiben
- (80) Putzen
- (81) Sachbücher lesen
- (82) An Sex denken
- (83) Meditieren
- (84) Von der Zeit nach der Schule träumen
- (85) Mit deinem Freund/deiner Freundin ausgehen
- (86) Entspannen
- (87) Mit Freunden ausgehen
- (88) Geld sparen

- (89) Zukunftspläne schmieden
- (90) Dich um Haustiere kümmern
- (91) Schreiben
- (92) Körperliches Training
- (93) Auf eine Party gehen
- (94) Sich um einen Freund oder einen Verwandten kümmern
- (95) Sport-, Tanz- oder Musikunterricht nehmen
- (96) Zum Baden gehen
- (97) Inlinern
- (98) Reisen
- (99) Ein Geschenk machen
- (100) CDs kaufen
- (101) Sport im Fernsehen anschauen oder zu einem Spiel gehen
- (102) Sich die Haare schneiden lassen
- (103) Morgenkaffee und Zeitung genießen
- (104) Küssen
- (105) Livemusik hören
- (106) Schulbesuch planen
- (107) Einen Ausflug machen
- (108) Fernsehen
- (109) Listen von Dingen erstellen, die du tun musst oder möchtest
- (110) In einen Park gehen
- (111) Eine Aufgabe fertigstellen
- (112) Deine Lieblingspeise essen
- (113) Zeit mit Kindern verbringen
- (114) Ein Picknick veranstalten
- (115) Fotos anschauen oder zeigen
- (116) Puzzeln
- (117) Billard spielen
- (118) Nintendo spielen
- (119) Dich schick anziehen
- (120) Sachen für dich kaufen
- (121) Telefonieren
- (122) In die Stadt gehen
- (123) Dich massieren lassen
- (124) „Ich liebe dich“ sagen
- (125) An deine Fähigkeiten denken
- (126) Kegeln gehen
- (127) Von einem besseren Leben träumen
- (128) In einem Chor singen

- (129)

- (130)

- (131)

- (132)
- (133)
- (134)
- (135)
- (136)
- (137)
- (138)
- (139)
- (140)