

Theo Klauß: Selbstverletzendes Verhalten - weshalb schädigen Menschen ihren Körper? Zwischen Kompetenz, Selbstbestimmung und Hilflosigkeit

Inhalt

Eigentlich unverstehbar ...

Im Mittelpunkt meines Beitrags steht eine besonders widersinnig erscheinende Form von Gewalt: gegen sich selbst. Mag es noch nachvollziehbar erscheinen, dass Menschen andere schädigen, weil sie etwas wollen, was die nicht freiwillig geben oder sich wehren, so erscheint es als unbegreifbar, dass sich jemand entschließt, etwas zu tun, was ihn selbst schädigt, verletzt, vielleicht sogar tötet. Um Gewalt geht es dabei auch in einem weiteren Sinne. Vielleicht weil es so **widersinnig** erscheint, erfahren Menschen, die sich selbst schädigen, auch besonders oft Gewalt. Kaum ein anderes Verhalten veranlasst betreuende Personen so häufig dazu, zu fesseln, einzusperren, gar mit elektrischen Reizen, unangenehmen Gerüchen und dergleichen zu behandeln oder auch selbst zuzuschlagen („du musst spüren, wie weh du dir tust, dann hörst du vielleicht auf ...“). Diese Menschen **müssen gestört** sein, können das nicht wollen, es muss etwas nicht in Ordnung sein, ein Gen oder eine psychische oder neurologische Erkrankung. Doch solche nahe liegenden Gedanken bringen uns in Konflikt mit den Ideen, die wir in der Pädagogik für richtig halten: jeder Mensch ist eine Person, ein „Selbst“ und ist deshalb zur Selbst-Bestimmung fähig. Jeder Mensch versucht, aus den Bedingungen, unter denen er lebt, das Beste zu machen und verhält sich insofern subjektiv **sinnvoll**, weil er das realisiert, was ihm als Mensch möglich ist (vgl. Feuser 1996). Was aber sollte, könnte der subjektive Sinn sein, wenn jemand sich selbst schädigt? Wie lässt sich dieser Widerspruch auflösen, dass Menschen um ihrer eigenen Interessen willen so gegen ihre Interessen verstoßen? Um nach Antworten auf diese Frage zu suchen, spreche ich folgende Aspekte an:

- Selbstverletzendes Verhalten (SVV) als Verhaltensmöglichkeit aller Menschen.
- Hypothesen zum möglichen subjektiven Sinn des SVV
- SVV zwischen „Hilflosigkeit“ und beeinträchtigter individueller Bildung von Kompetenzen
- Pädagogische Schlussfolgerungen

Was ist SVV?

Mühl u. a. (1996) definieren zusammenfassend: „SVV ist gegen die eigene Person gerichtet. Es bewirkt eine physische Reizung oder Schädigung. Es hat oftmals stereotypen Charakter“ (23). Diese sehr weite Formulierung erfordert eine Beschreibung der konkreten Formen. Die Literatur (vgl. Brezovsky 1985; Klauß 1987, Mühl/Neukäter/Schulz 1996; Theunissen 2000) nennt meist folgende charakteristische Merkmale selbstverletzenden Verhaltens:

- Sich kratzen, beißen, in den Augen bohren, Haare ausreißen
- Sich mit den Händen schlagen, gegen die Ohren klopfen
- Den Kopf gegen Boden, Kanten, Gegenstände schlagen
- Sich mit Gegenständen schlagen
- Sich einklemmen, verrenken, zerren
- Den Anus herausziehen etc.

vgl. Schroeder 1997, Klauß 1995

Wir reden vor allem über Menschen mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung und mit autistischem Verhalten. Bei ihnen scheint SVV besonders häufig aufzutreten. Nach der bisher wohl größten epidemiologischen Studie mit mehr als 130.000 Menschen mit „mental retardation“ in den USA zeigen – über alle Altersstufen und Fähigkeitsniveaus hinweg – etwa 8% dieses Verhalten (Rojahn u. a. 1999 nach Schroeder u. a. 2001, 4). In deutschen Wohneinrichtungen variieren die Anteile zwischen 8% und ca. 40% (Fröhlich/Heringer 1997, 27). Die beschriebenen Arten von SVV treten umso stärker und häufiger auf, je retardierter bzw. kognitiv beeinträchtigt eine Person ist (Brezovsky 1985; King 1993). Außerdem findet sich SVV häufig bei Menschen mit autistischem Verhalten, Stereotypien, Bewegungs- und Schlafstörungen (Schroeder u. a. 2001). Menschen mit differenzierten sprachlichen Kompetenzen neigen deutlich seltener zu diesen Reaktionen als solche mit geringen verbalen Fähigkeiten. SVV und stereotypes Verhalten korrelieren stärker mit einem niedrigen Fähigkeitsniveau und fehlender sprachlicher Kompetenz als aggressives und destruktives Verhalten (Schroeder u. a. 2001, 4; vgl. Klauß 1995).

SVV als Kompetenz

Allerdings ist der Zusammenhang – umso stärker beeinträchtigt umso mehr SVV – nicht linear. In fast allen Lebensbereichen zeigen Menschen mit **umfassendem** Hilfebedarf weniger SVV als solche, die über **einige** Kompetenzen verfügen, aber doch auf Unterstützung angewiesen sind. Teilt man betroffene Menschen bezüglich einiger Alltagsfertigkeiten wie Essen, Anziehen, Toilettennutzung und Spiel/Beschäftigung in drei Gruppen („unselbständig“, „hilfeabhängig“ und „selbständig“), so ist SVV zwar bei den selbständigeren Personen am seltensten, am häufigsten aber bei denen, die trotz begrenzter Kompetenzen von Hilfe abhängig sind, erst dann folgen die unselbständigen.

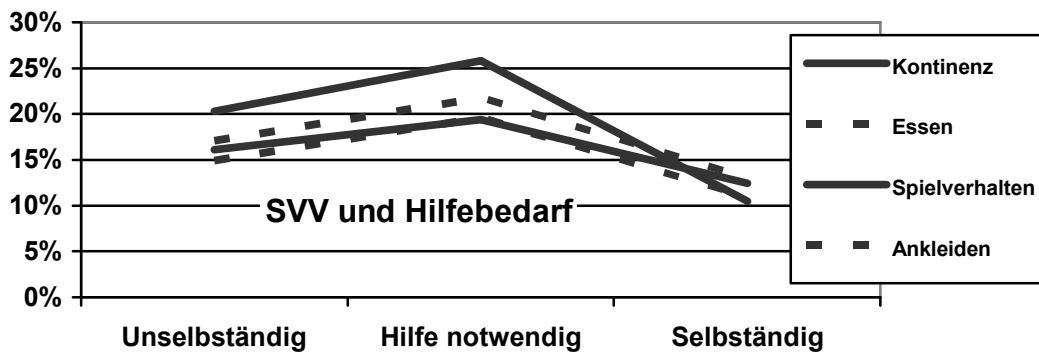


Abb. 1. Selbstverletzendes Verhalten und Alltags-Kompetenzen – nach Klaufß 1995

In einem Forschungsprojekt (Klaufß/ Lamers 1999) bestätigt sich dieser Zusammenhang. Es gibt offenbar eine Gruppe von Schülern, die so sehr von Hilfe in vielen Bereichen abhängig sind, dass ihnen sogar für SVV die Voraussetzungen fehlen. Wer sich nicht bewegen kann, kann sich nicht kratzen und schlagen, und wer nicht entdeckt hat, welche Wirkungen damit hervorzurufen sind, wird SVV nicht wegen dieser Wirkungen ausführen: Nach Jantzen & Salzen 1990 setzen selbstverletzende Verhaltensweisen das Erreichen des ‚manipulierenden Tätigkeitsniveaus‘ voraus (38). Das belegt die folgende Grafik: Wer immer Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens, inkl. Fortbewegung und Beschäftigung (Vermeidung von Langeweile) braucht, zeigt kaum häufiger SVV als diejenigen, die in diesen Bereichen nie Hilfe benötigen; vermehrt kommt Selbstverletzung hier vor, wenn ‘oft’ oder ‘manchmal’ Hilfebedarf besteht.

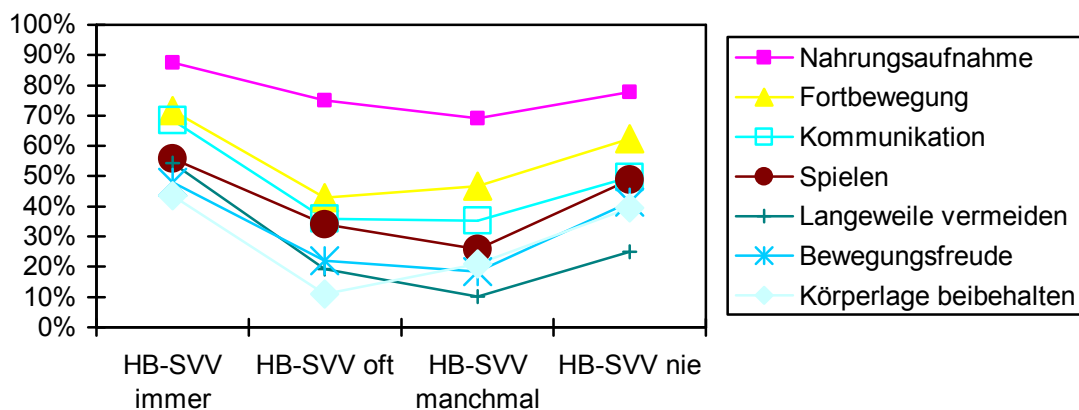


Abb. 2. ‘immer’ Hilfebedarf wg. SVV und ‘immer’ Hilfebedarf in anderen Bereichen: Auswahl (FL, SoL, EL, TH)

Was folgt daraus? SVV ist eine Kompetenz, die bestimmte Fähigkeiten voraussetzt. Wer sich nicht bewegen kann, kann sich nicht kratzen und schlagen, und wer nicht entdeckt hat, welche Wirkungen damit hervorzurufen sind, wird SVV nicht wegen dieser Wirkungen ausführen. SVV ist ein Bildungsergebnis, und es ist zu vermuten, dass Selbstverletzungen bei manchen Menschen die Funktion haben, sich im sozialen Miteinander zur Geltung zu bringen.

Wie „fremd“ ist SVV?

Kennen Sie das, dass Sie sich selbst Schmerzen zufügen?

In welchen Situationen geschieht es – und welche Wirkungen hat es?

Wenn ich Sie frage, ob Sie sich gelegentlich Schmerzen zufügen, so könnten auch Sie viele der Verhaltensweisen nennen, die wir – in extremer Form – als SVV bezeichnen (Klauß 1995; s. Tabelle 2).

Erfahrungen von Menschen ohne Behinderungen mit selbst zugefügten Schmerzen

Formen	Anlässe und Wirkungen
• Sich kneifen, kratzen	• Schmerzen erleichtern (Kopfweh, beim Zahnarzt)
• Haare aus-, Pickel aufreißen, auf die Zunge beißen	• Mit Anspannung, Nervosität, Angst umgehen
• Sich kneifen, kratzen; körperliche Extrembelastung	• Lustvolle Erfahrung, z. T. bei Langeweile
• Vor den Kopf schlagen	• Gefühl der Hilflosigkeit/Ausweglosigkeit, nur negative Handlungsalternativen werden gesehen, keine Einflussmöglichkeiten
• Unterschiedliche Formen	• Demonstratives Verhalten – z. B. um einen Partner zu beeinflussen, oder damit sich jemand um einen kümmert

Tabelle 1. nach Klauß 1995

Offenbar kennen wir es doch, zumindest als Verhaltensmöglichkeit – und wir kennen auch Wirkungen, die damit erreicht werden können.

Die Menschen mit SVV, mit denen wir vor allem zu tun haben, können wir meist nicht fragen, weshalb sie das tun. Gegen eine Beschränkung auf Menschen mit starker kognitiver oder autistischer Behinderung spricht jedoch, dass viele Kleinkinder ohne Behinderung vorübergehend den Kopf anschlagen (Brezovsky 1985) und dass Kinder unter hospitalisierenden Bedingungen den Kopf gegen Gitterstäbe, die Fäuste gegen den Kopf schlagen und sich büschelweise Haare ausreißen (Theunissen 2000, 66). In Gefangenschaft zeigen übrigens auch Affen SVV, wobei entscheidend zu sein scheint, in welchem Alter eine Einzelkäfighaltung stattfindet (Schroeder u. a. 2001, 10; Sachsse 1995).

Wahrscheinlich erscheint es dennoch den meisten Menschen unvorstellbar, wie sich manche selbst Schmerzen zufügen können, indem sich beispielsweise die Arme aufschneiden, irgendwo dagegen schlagen, sich mit Zigaretten verbrennen oder auch übermäßig Tabletten und Drogen zu sich nehmen (um nur einige Arten der Selbstverletzung zu nennen) (<http://www.beepworld.de/members10/mausisunshine/selbstverletzung.htm>; Entn. 01/03)

Die verstorbene Lady Diana berichtete 1996 in einem TV-Interview, sie schneide sich absichtlich in den Unterarm. Je nach Laune benutzte sie Rasierklingen, Glasscherben oder einen Zitronenhobel.

Ein Blick ins Internet zeigt, dass wir es mit einer allgemein menschlichen Verhaltensmöglichkeit zu tun haben. Wer unter dem Suchbegriff „Selbstverletzung“ etwas über Verhaltensweisen von Menschen mit Behinderungen erfahren möchte, entdeckt überrascht, dass sich allein in den USA 1,9 Millionen Menschen selbst schädigen, indem sie sich mit Messern, Glasscherben etc. schneiden oder ritzen, sich Knochen brechen, Brandwunden zufügen, Augen verletzen (vgl. Hägele 2001), sich kratzen, beißen, den Kopf anschlagen, mit Laugen verätzen oder Nägel herausreißen (Herpertz/Saß 1994). Wir wissen auch, dass sich Menschen in ohnmächtiger Wut oder Trauer schlagen oder die Haut zerkratzen, dies ist kulturell ebenso gebilligt wie z. B. Tätowierung, Piercing oder religiöse Selbstgeißelungen (Eckhardt 1994; Herpertz/Saß 1994) und Sado-Maso-Praktiken. SVV ist kein Aspekt von Behinderung, sondern eine allgemeine menschliche Verhaltensmöglichkeit.

Selbstschädigendes Suchtverhalten

Es gibt noch mehr Verhaltensweisen, bei denen „ganz normale Menschen“ Selbstschädigungen und teilweise Schmerzen in Kauf nehmen. Ich rede von Suchtverhalten, das wir alle zumindest im Ansatz kennen, wenn wir der Zigarette oder den Erdnüssen nicht widerstehen können, obwohl wir Raucherhusten, möglichen Lungenkrebs und ärgerliche Pfunde absehen können. Die Möglichkeit der Sucht gibt es bei allen Genüssen, bei allem was schmeckt, erregt und Spaß macht, oder wodurch körperliches und seelisches Wohlbefindens (wieder)hergestellt werden kann, also auch z. B. durch Medikamente(nmissbrauch). Sucht setzt keinen Substanzmissbrauch voraus, z. B. kann Spielen, Joggen, Arbeiten süchtig machen. Auch sich ausbreitende Formen der Selbstverletzung, die teilweise Bulimie und Magersucht abzulösen scheinen, können Merkmale der Sucht aufweisen (vgl. Resch u. a. 1993; Sachsse 1995).

Suchtverhalten ist durch den eigenartigen Widerspruch charakterisiert, dass Selbstschädigung in Kauf genommen wird, um etwas eigentlich Positives zu erreichen. Kater und Leberschäden halten Alkoholiker ebenso wenig vom Trinken ab wie Menschen mit und ohne Behinderungen durch schmerzhafte Verletzungen veranlasst werden, auf SVV zu verzichten. Süchtige haben das Gefühl, nicht anders zu können als das zu tun, was sie direkt oder langfristig schädigt. Ihr Verhalten erscheint als nicht beherrschbarer Zwang, und viele kommen auf die Idee, andere sollten sie daran hindern. Ähnliches finden wir auch bei Menschen mit SVV, die sich dagegen zu wehren versuchen und tun es dann doch; das gilt für Menschen ohne Behinderungen (Sachsse 1995) ebenso wie für solche mit Behinderungen, die zur Vermeidung von SVV gefesselt oder gehalten werden möchten. Andererseits führt das Unterbinden einer Form des SVV oft dazu, dass andere Schädigungsformen gesucht werden. Bei Suchtverhalten wie bei

SVV ist oft kein Grund (mehr) zu erkennen, weshalb sich jetzt so selbstschädigend verhält. Der Bezug zu einem möglichen (ursprünglich) positiven Effekt scheint verloren zu gehen.

Die Annahme einer Sucht ist nicht ganz neu. In den 70er Jahren wurde vermutet, SVV könne körpereigene Opiate („Endorphine“) aktivieren (King 1993). Der Nachweis eines dauerhaften Rückgangs von SVV bei einer Verhinderung der Endorphinproduktion gelang jedoch trotz einiger Erfolge (vgl. Resch u. a. 1993) jedoch nicht befriedigend (Richardson/Zaleski 1986, Herpertz/Saß 1994). Dies spricht jedoch nicht unbedingt gegen ein Suchtverhalten, da es auch nicht stoffliche Suchtformen gibt (vgl. Resch u. a. 1993, 257). Außerdem ist der bloße Entzug von Suchtmitteln kein Garant dafür, dass sie aufgegeben wird.

Ein **Unterschied** zwischen SVV von Menschen mit schweren Behinderungen und dem, was KettenraucherInnen, AlkoholikerInnen oder nicht behinderte SelbstverletzerInnen tun, liegt im „Bildungsniveau“. Letztere nutzen höhere Fertigkeiten und Werkzeuge, während erstere auf das zurückgreifen, was ihnen verfügbar ist: Ihre Hände, Tischkanten etc. Könnte es sich – u. a. – beim SVV um eine Suchtform der Menschen handeln, die zu anderen nicht in der Lage sind, weil sie keinen Alkohol kaufen und keine Zigarette drehen können? Welche Erkenntnisse, die von sprachfähigen Menschen gewonnen werden, können wir beim Versuch nutzen, die subjektive Logik zu verstehen, die diesen und anderen Formen von SVV zu Grund liegt?

Hypothesen (zum möglichen subjektiven Sinn)

Damit sind wir bei der Frage angelangt, wie dieses so widersinnig erscheinende Verhalten erklärt, verstanden werden kann. Im bereits erwähnten Forschungsprojekt (Lamers/Klauß 1999) wurden Lehrkräfte und Eltern u. a. um die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs wg. der Gefahr der Selbstverletzung gebeten. Mit den Ergebnissen lassen sich folgende Aussagen begründen: Hilfebedarf wegen SVV hängt zusammen mit ...

- gesundheitlichen Problemen - auch besonderen Belastungen - oder
- geringer Kompetenz bei der selbst organisierten Reiz-Wahrnehmung oder
- geringen kommunikativen Möglichkeiten oder
- Interaktionsproblemen, v. a. autistischem Verhalten oder
- Kompetenzen im Bereich von Fortbewegung oder Selbstversorgung (z. B. bei d. Hygiene).

Bei diesen Ergebnissen zeigt sich ein Problem Erkenntnisse durch statistische Daten zu gewinnen. Die Annahme, SVV hänge mit gesundheitlichen Problemen zusammen, wäre z. B. bestätigt worden. Auch der Zusammenhang mit Kommunikationsproblemen wäre statistisch bestätigt worden – und man könnte behaupten, dass es sich bei SVV „eigentlich“ um ein Kommunikationsproblem (vgl. Fröhlich/Heringer 1997), oder um ein organisches Problem (vgl. Kane 2002) oder um einen Aspekt des Autismus (vgl. Busse 2001) etc.

Zusammen genommen belegen diese Ergebnisse jedoch, dass Menschen mit SVV in der Forschung und in der Praxis Interdisziplinarität brauchen. Sie würden auf einen Aspekt ihres

Menschseins reduziert, würde der Genetiker nur Gene, der Neurophysiologe nur Neurotransmitter, der Verhaltenstherapeut nur verstärkende Bedingungen, der Hautarzt nur die Haut – und die Pädagogen nur die Kommunikation oder Kompetenzen im Bereich der Selbstversorgung oder der Unterhaltung untersuchen. Menschen sind sowohl ein Organismus als auch „reizhungrige“, soziale und kommunizierende Personen. Alle diese Aspekte des Menschseins wirken ständig zusammen.

Gleichwohl kann im konkreten Fall eine Bedingung dominieren. Einiges spricht dafür, dass sich bei SVV unterschiedliche Bedingungsschwerpunkte unterscheiden lassen, und es sind Kombinationen von Gründen denkbar, weshalb sich Menschen so verhalten. Die gefundenen komplexen Bedingungen entsprechend weitgehend einigen zentralen Hypothesen, die zum SVV diskutiert werden (vgl. Klaufuß 2002):

- Organische Hypothesen: Gesundheit, Haut etc./Bewältigung von organischen Problemen, Schmerzbewältigung, z. B. im Ohr und anderer Belastungen
- Homöostatische These („Langeweile“)
- Bedingungen im Bereich der sozialen Interaktion (Verstärkungs- und Vermeidungslernen; SVV als Problem/Versuch der Kommunikation)
- SVV als Aspekt des Autismus, bedingt durch dafür angenommene Bedingungen
- SVV als Aspekt schwerer Behinderung

Erklärungsansätze zum SVV bei Menschen mit und ohne Behinderungen

Eine (weitere) Gemeinsamkeit zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen findet sich bei in der Literatur diskutierten Erklärungsansätzen für SVV, obwohl die wissenschaftliche Diskussion fast völlig getrennt stattfindet.

Erklärungsansätze für SVV bei Menschen mit und ohne Behinderungen

Menschen mit Behinderungen	Menschen ohne Behinderungen
Bedingungen im Bereich von Körper, Gesundheit, Wohlbefinden	
SVV als Aspekt eines genetisch bedingten Verhaltensphänotyps	
SVV als Symptom bei psychischen Erkrankungen	
SVV als Folge von Störungen bei Neurotransmittern (Serotonin, Dopamin)	
SVV als Möglichkeit des Umgangs mit Schmerzen und Unwohlsein	
SVV als Bewältigung von Anspannung, Erregung, Wut und Angst	
Bedingungen im Bereich des sinnlichen Erlebens	
Hervorrufen und Regulieren von Sinnesempfindungen durch SVV	
Bedingungen im Bereich der sozialen Interaktion	
Soziale Einflussnahme durch SVV	
SVV als Kommunikation(-versuch)	

Bedingungen im Bereich der Biografie und im kognitiv-psychoemotionalen Bereich	
SVV als Fixierung oder Regression	
SVV als Folge/Bewältigung traumatisierender Erfahrungen	
SVV als Autoaggression	
	Erhalt des Selbstwertgefühls durch SVV

Tabelle 2. (nach Klauß 2002)

Für viele Erklärungsansätze fehlen in Bezug auf beide Personengruppen empirisch gut gesicherte Erkenntnisse und anerkannte theoretische Modelle; gut belegt sind die Häufung bei bestimmten Syndromen und die Beeinflussbarkeit des Verhaltens durch verstärkende bzw. aversive Bedingungen. Das rechtfertigt es aber nicht, die anderen Ansätze nicht weiter zu beachten, zumal die darin diskutierte möglichen Bedeutungen der Selbstschädigung für die betroffenen Personen bei Menschen mit und ohne Behinderungen weitgehend **dieselben Aspekte** menschlichen Lebens ansprechen: körperliche Bedingungen, Zusammenhänge mit Syndromen und psychischen Erkrankungen, Bewältigung von Anspannung und psychischem Stress, entwicklungspsychologische Prozesse, Wirkungen im Bereich der sinnlichen Wahrnehmung, soziale Einwirkung, Kommunikation und psychodynamische Vorgänge. Diese Übereinstimmungen rechtfertigen den Versuch, Erkenntnisse von Menschen ohne Behinderungen auf solche mit erheblicher kognitiver Beeinträchtigung zu übertragen.

Differenzen gibt es bzgl. der Bedeutung für das subjektive Wertgefühl, von der Selbstverletzerinnen ohne Behinderungen berichten. Sie sind teilweise **stolz**, so mit ihrem Körper umgehen zu können. SVV kann einen Versuch darstellen, sein „**Selbstwertgefühl**“ aufrecht zu erhalten. Dies könnte zumindest bei nicht sprechenden Menschen mit Autismus ebenfalls eine Rolle spielen, während die dafür notwendige Möglichkeit der Selbstreflexion bei Menschen mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann. Der **biografische** Aspekt (v. a. Gewalterfahrungen) wird (fast) ausschließlich in Bezug auf Selbstverletzerinnen ohne Behinderung diskutiert, auch hier ist aber zu fragen, ob wir diesen Aspekt bei behinderten Menschen nicht viel stärker in Betracht ziehen müssen. Bei Menschen mit Behinderungen wird SVV demgegenüber zunehmend als Aspekt **genetisch** bedingter Verhaltensphänotypen identifiziert (vgl. Sarimski 1997). Wenn Menschen z. B. mit Tourette- oder fragilem X Syndrom oder auch mit Autismus sowie mit neuropsychiatrischen Problemen (z. B. bei frontalen Anfallsleiden) statistisch gehäuft SVV zeigen, so scheint mir damit allerdings noch nicht erklärt, weshalb die betroffenen Menschen sich so verhalten. Die Frage nach ihrer **subjektiven** Logik, also danach, weshalb sie unter den spezifischen Bedingungen ihrer Existenz sich zu diesem Verhalten entschließen, bedarf dennoch der Klärung. Versuchen die betroffene Person durch SVV Probleme vielleicht zu bewältigen, die mittelbar aus den geneti-

schen oder anderen körperlichen Besonderheiten resultieren, z. B. Einschränkungen der Körperwahrnehmung, vermehrte Spannungszustände, Juckreiz, körperliche und seelische Schmerzen u. a.m.? Gleiches gilt in Bezug auf Menschen mit Autismus. Die Frage bleibt, wie jemand dazu kommt, zum Mittel des SVV zu greifen.

„Hilflosigkeit“ und (autodidaktische) Bildung

Fassen wir zusammen: Es gibt mehrere Bedingungen, die Menschen (mit und ohne Behinderungen) veranlassen können, sich selbst zu schädigen. Dazu können gehören: der Umgang mit den spezifischen Problemen, die aus einer genetischen Besonderheit oder einer neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung resultieren; der Umgang mit Schmerz-, Angst- und Spannungszuständen. Der Versuch, sinnliche Empfindungen zu realisieren, Wünsche durchzusetzen oder Unangenehmes zu vermeiden bis hin zur Regulierung eines Gefühls eigener Macht und Stärke zum Erhalt des Selbstwertes.

Für alle diese Möglichkeiten gibt es Belege:

- Für Menschen ohne Behinderungen kann SVV eine Möglichkeit darstellen, mit körperlichem **Schmerz**, vor allem aber mit „seelischem Schmerz“ **umzugehen**, der nach dem Bericht vieler Patienten durch selbstzugefügte, körperliche Schmerzen leichter zu ertragen ist (Sachsse 1995; Eckhardt 1994). Im Vergleich dazu ist „der umschriebene Schmerz eines Schnittes in der Haut eine **Erleichterung**“ (Hänsli 1996, 132). Dabei ist das Schmerzempfinden meist verringert. In einer Untersuchung von Favazza/Conterio (1989) verspürten 10% der Frauen starken, 23% mäßigen, 38% leichten und 29% gar keinen Schmerz bei der Selbstverletzung. In Bezug auf Menschen mit schwerster Behinderung belegen Beispiele (vgl. Klauß 1987), dass SVV mit lange unentdeckten Ohr- oder **Zahnschmerzen** ebenso zusammenhängen kann wie mit schmerzhaft **drückenden** Schuhen.
- Für die Annahme, dass SVV zur Bewältigung von **Anspannung** genutzt werden kann, finden sich bei Menschen ohne Behinderung zahlreiche Belege (Hänsli 1996, 129). Sie berichten v. a. von einer direkt folgenden raschen Spannungsminderung (Herpertz/Saß 1994). Nach einer Untersuchung von Herpertz (1995) nutzten 78% der befragten Selbstverletzenden SVV zur unmittelbaren Spannungsreduktion sowie als Ausdruck von Wut und Frustration (120). Es wirke **besser als Medikamente** oder **Gespräche**, „kann süchtigen Charakter bekommen und in jeder alltäglichen Belastungssituation zur Entlastung, wie eine Droge eingesetzt werden“ (48).
- Zur Bedeutung von körpereigenen **Opiaten** und **Neurotransmittern** gibt es keine gesicherten Erkenntnisse, wohl aber Hinweise auf mögliche Zusammenhänge. Winchel/Stanley (1991) halten bei SVV von Menschen ohne Behinderungen v. a. das Serotonin-System für

direkt involviert, „serotonerge Einflüsse“ werden nachhaltig diskutiert und untersucht (Herpertz/Saß 1994, 302). Das **serotonerge** System moduliert Stimmung, Emotionen, Schlaf und Appetit und ist damit in die Kontrolle zahlreicher physiologischer und Verhaltensweisen eingebunden (Schloss/Williams 1998). Es geht beim Serotonin um die Regulation des **Wohlbefindens**. Eine Störung im Bereich dieses Neurotransmitters könnte also bedeuten, dass bei betroffenen Menschen das allgemeine Wohlbefinden in unterschiedlichster Art und Weise beeinträchtigt sein kann und sie zur Selbstverletzung greifen, um diese Situation zu bewältigen, weil ihnen der Transmitter fehlt, der ihnen sonst dabei helfen würde.

- Wer seine **Haut** verletzt, produziert **Sinneswahrnehmungen**. Das Interesse an der sog. „**Homöostase-Hypothese**“ hat international nachgelassen, weil sich Zusammenhänge zwischen verfügbarer Reizmenge und SVV **nicht empirisch** nachweisen ließen. **Äußerungen** nicht behinderter Menschen sprechen jedoch für die subjektive Bedeutung von SVV im Bereich des sinnlichen Erlebens, als Ausdruck des anders nicht befriedigten Bedürfnisses nach Wahrnehmung und (Körper-)Erleben und als Bewältigung von Wahrnehmungsbeeinträchtigungen, die u. a. mit bestimmten psychischen Erkrankungen einhergehen. Der Akt der Selbstverletzung kann als **lustvoll** (Herpertz/Saß 1994) und auch **sexuell erregend** (Eckhardt 1994) erlebt werden. SVV ist eine Möglichkeit, Sinneserfahrungen in eigener Regie, unabhängig von anderen Menschen („selbstbestimmt“) und auf eine vertraute und damit Sicherheit und Stärkegefühle vermittelnde Art und Weise zu produzieren. Praktische Erfahrungen und **Fallbeispiele** (vgl. Klauß 1987) zeigen, dass SVV bei Menschen mit Behinderungen bei **Langeweile** und **nicht** verfügbaren **Beschäftigungsmöglichkeiten** und **Bewegungsmöglichkeiten** ansteigt (Klauß 1995). Doch es kommt offenbar nicht einfach auf die Menge vorhandener akustischer, optischer, taktiler, geschmacklicher und Bewegungsreize an, ob der „Reizhunger“ eines Menschen befriedigt ist. Die Wahrnehmungsmöglichkeiten müssen für den betroffenen Menschen eine **Bedeutung** haben und verfügbar sein. Fremde, nicht vertraute Reize erschrecken, ängstigen, beunruhigen, oder sie faszinieren und fesseln. Menschen mit SVV fehlen nicht irgendwelche Reizangebote, sondern vertraute Sinnesempfindungen, die ihnen gefallen und ihnen etwas bedeuten und über die sie verfügen und sie genießen können.
- Dass SVV durch **Verstärkungsprozesse** zunehmen kann, ist ausreichend belegt (vgl. Schroeder 1997). Auch bei nicht behinderten Menschen mit SVV wird dessen Nutzung zu sozialer Einflussnahme, zur Erlangung von **Aufmerksamkeit** (Hänsli 1996) und zur Bewältigung belastender zwischenmenschlicher **Erlebnisse** thematisiert (Herpertz/Saß 1994). Sie können dabei Autonomie und Macht erleben (Herpertz 1995, 117) und es zur **Erpressung** in Beziehungen (Hänsli 1996, 140), als „Waffe gegenüber bedeutsamen Anderen“

(Herpertz/Saß 1994, 300) nutzen. Wer die Erfahrung macht, dass damit die Umgebung im eigenen Sinne beeinflusst werden kann, nutzt diese Möglichkeit häufiger als wenn keine positiven Folgen des Verhaltens erlebt werden. Eine dauerhafte Reduzierung und v. a. ein umfassender Abbau von SVV wird jedoch kaum berichtet. Das legt die Annahme nahe, dass **soziale Verstärkung** alleine SVV **nicht vollständig erklären** kann (Schroeder 1997).

- Einige Erklärungsversuche bringen SVV vorrangig mit beeinträchtigten **kommunikativen Möglichkeiten** von Menschen mit Behinderungen in Zusammenhang (vgl. Hettinger 1996). Fröhlich/Heringer (1997) weisen darauf hin, dass sich bei Schülern mit geistiger Behinderung, die nicht sprechen oder nur elementar kommunizieren, häufigeres und intensiveres selbstverletzendes und stereotypes Verhalten zeigt (24).
- Selbstverletzerinnen ohne Behinderungen berichten sehr häufig von kindlichen **Gewalterfahrungen** (Hägele 2001). Biografische Hintergründe des SVV bei Menschen mit Behinderungen wurden zwar thematisiert (vgl. Jantzen/Lanwer-Koppelin 1996), aber bisher **kaum empirisch** untersucht. Es ist aber vorstellbar, dass Menschen, die in der Kindheit misshandelt oder missbraucht, sexuell gewaltsam behandelt wird, Fremdheitsgefühle dem eigenen Körper gegenüber entwickelt. Gleiches gilt auch, wenn jemand z. B. schwer erkrankt war und von Ärzten Schmerzen zugefügt kam oder erlebte, dass niemand die körperlichen Probleme erkannte oder beheben konnte. Möglicherweise entsteht durch solche Erfahrungen die Idee, so mit dem eigenen Körper umzugehen: Eine mehrteilige Hypothese lässt sich hier formulieren:
 - Wer früh häufig **Schmerzen** erlebt, hält diesen Umgang mit dem Körper möglicherweise für normal und übernimmt dies in sein Verhaltensrepertoire.
 - Wer als Kind die **Erfahrung** macht, welche Wirkungen Verletzungen und Schmerzen haben können (im Sinne der Spannungsreduktion oder der Körperempfindung), der kommt später in Spannungssituationen auf diese Idee.
 - Wer in der frühen Entwicklung die Erfahrung macht, dass Schmerzen in Zusammenhang mit dem **Kontakt** zu Menschen auftreten, die einem etwas bedeuten, kommt später eher als andere auf die Idee, den Wunsch nach Zuwendung und sozialer Geltung auch so zum Ausdruck zu bringen.
 - Wer zu Beginn seines Lebens erlebt, dass Bezugspersonen Schmerzen **nicht erkennen** oder gar durch ihr Handeln hervorrufen, der lernt, dass er mit seinen Problemen alleine zurechtkommen muss und keine Hilfe erwarten kann.

SVV als Ergebnis beeinträchtigter, nur autodidaktischer Bildung

Die angesprochenen Erklärungsansätze erklären allerdings alle noch nicht wirklich, weshalb Menschen zu diesem Mittel greifen. Es sagt sich **leicht**, dass sich jemand schlägt, um damit etwas zu **erreichen**, z. B. ein Joghurt zu bekommen oder eine unangenehme Situation zu beenden. Doch weshalb greift er zum selbstschädigenden Mittel, um etwas zu erreichen, um Schmerzen zu bekämpfen, um sinnliche Erlebnisse zu haben, um sich „wert“ zu fühlen?

Wieso greifen diese Menschen nicht zu anderen Mitteln? Könnte „Hilflosigkeit“ eine Rolle spielen (vgl. Klauß 1987)? Sie sehen **keine andere Möglichkeit** das zu erreichen, zu bewirken, worum es ihnen geht. Nur wer **nicht anders** mit Anspannung und Schmerzen umgehen kann, nicht anders etwas ihm Wichtiges erreichen oder sinnliche Erfahrungen machen kann, wird so handeln. Das widerspricht nicht der Erkenntnis, dass SVV selbst eine Kompetenz, das Ergebnis eines Bildungsprozesses darstellt, im Gegenteil. Der betroffene Mensch hat auf dem Hintergrund seiner Erfahrungen, seiner Bedürfnisse und zu bewältigenden Probleme **für sich** Möglichkeiten entdeckt, die die genannten Wirkungen haben können. Er nutzt diese, weil er Schmerzen loswerden, Sinneseindrücke genießen, soziale Geltung und Wirkung erreichen, sich wert fühlen möchte – und greift zu Mitteln, die zugleich überhaupt nicht gut tun, sondern ihn schädigen und verletzen. Es fehlen Alternativen.

Eigentlich geht es um ein „**Bildungsproblem**“: Wer sich selbst verletzt, um etwas Gutes zu erreichen, konnte keine Alternativen ausbilden: Wie kann ein Mensch mit Schmerzen umgehen? Wenn er sie nicht selbst beseitigen kann, holt er Hilfe, bspw. beim Arzt. Der verordnet ihm Medikamente, oder auch frische Luft, Bewegung, Entspannung. Hilft auch das nicht lässt er sich zumindest von anderen Menschen beruhigen. Wer jedoch diese Hilfe anderer Menschen nicht in Anspruch nimmt, weil – wie z. B. beim Autismus – die Interaktion zu diesen ohnehin beeinträchtigt ist, weil er sein Unwohlsein nicht kommunizieren kann, oder weil er nicht verstanden wird, ist er auf sich alleine angewiesen. Seine **Bildung** in Bezug auf die Sicherung des körperlichen Wohlbefindens ist **beeinträchtigt**. Er hat keinen Zugang zu den vielfältigen in unserer Kultur vorhandenen **Möglichkeiten**, wie man mit Schmerzen, Anspannung, Angst etc. umgehen kann. Er muss sich **autodidaktisch** bilden und bleibt auf das angewiesen, was er alleine findet, entdeckt, ausprobiert.

Ähnliches gilt für **andere** für SVV vermutbaren **Wirkungen**. Wenn die Bildung im Bereich der **Bewegung** und des Umgangs mit den wahrnehmbaren **Effekten** der Welt auf das beschränkt bleibt, was man alleine findet, dann – so zeigen uns Menschen mit schwerster Behinderung ebenso wie solche mit Autismus oder Hospitalismus – bilden sie Aktivitäten aus, die **weniger vielfältig**, die „ärmer“ sind, als wenn sie im sozialen **Wechselspiel** ausgebildet

werden (vgl. Klaufß 1999b). Deshalb sind sog. **Stereotypien** so „**eigenartig**“, sie sind auf eigene Art ausgebildet. Niemand bringt einem bei, sich so zu bewegen und zu betätigen.

Auch für die Bildung im Bereich der sozialen **Interaktion** und **Kommunikation** gilt, dass zu SVV dann gegriffen wird, wenn die Bildung beeinträchtigt ist. Wenn wir den sicheren **Eindruck** haben, dass jemand sich verletzt, um damit sozial etwas zu bewirken, dann heißt das, dass er **keine andere Chance** dazu sieht. Es kann sein, dass er die **Bedürfnisse**, die er hat, nicht zeigen, **nicht** eindeutig **äußern** kann. Er wird nicht verstanden und sieht keinen anderen Weg, als dies zu erzwingen. Oder er äußert sich, wird aber damit nicht beachtet. Das kann z. B. sein, weil sein Betreuer noch neun weitere Menschen zu versorgen hat und wirklich erst dann reagiert, wenn der Äußerung **Nachdruck** verliehen wird – z. B. durch selbstverletzende Aktivitäten. Der Mensch hat etwas gelernt, was für ihn Sinn macht: er hat erfahren, dass er seine Bedürfnisse nicht mitteilen kann oder dass es nicht ausreicht, sie mitzuteilen, also erzeugt er sozialen Druck (vgl. Klaufß 2000a).

Möglicherweise hat er auch gar kein Bedürfnis im engeren Sinne ausgebildet. Er spürt z. B. nur, dass in seinem Körper etwas nicht in Ordnung ist, identifiziert das aber nicht als Hunger, als Schmerz, als Durst, als Verspannung, also als Bedürfnis, das er kommunizieren könnte. Er hat entweder nicht die Chance gehabt, Bedürfnisse zu bilden und sich ihrer (seines Körpers) bewusst zu werden, und/oder er hat nicht genug Möglichkeiten gebildet, sich in Bezug darauf zu äußern (so, dass er die Chance hat, verstanden zu werden) oder er hat keine anderen Möglichkeiten ausgebildet, sozialen Nachdruck zu erzeugen, also dafür zu sorgen, dass er „sozial auch vorkommt“, also mit seinen Anliegen bemerkt und beachtet zu werden. SVV wäre demnach ein Zeichen dafür, dass Menschen in Isolation leben (vgl. Jantzen 1979). Sie sind – zumindest partiell – ausgeschlossen von dem, was sie von anderen Menschen „haben“ könnten, wozu sie diese brauchen würden, damit es ihnen gut geht. Für die Pädagogik bedeutet das, dass es vor allem darum geht, diese Isolation zu durchbrechen und alternative Erfahrungen zu vermitteln, den Zugang zur Kultur der Möglichkeiten zu eröffnen, wie körperliches Wohlbefinden erreicht und erlebt werden kann, wie man reichhaltige Sinnesempfindungen genießen und selbst erzeugen kann, wie Kommunikation und soziale Durchsetzung möglich ist und wie man dahin kommen kann, sich selbst wertzuschätzen.

Erklärungsansätze von SVV – und pädagogische Schlussfolgerungen

Selbstverletzende Verhaltenweisen lassen sich als Ausprägungen allgemeinemenschlicher Lebensformen differenzieren, das soll im Folgenden an Hand einiger Erklärungsansätze verdeutlicht werden. Zugleich lassen sich aus diesen Erklärungen **pädagogische Konsequenzen** ableiten. Wenn SVV eine Kompetenz darstellt, dann kann sie nicht einfach unterbunden werden, ohne zu fragen, wo der Mensch mit dem bleibt, was ihm daran wichtig ist. Fixierung und soziale Isolation schränken Bildungsmöglichkeiten zusätzlich ein und müssen – wenn überhaupt – auf das zum Schutz notwendige Maß beschränkt werden. Medikamente können unterstüt-

zen, wenn sie adäquat und nicht zur „Ruhigstellung“ genutzt werden. Es ist zu fragen, welcher Bildungsbedarf sich für den betroffenen Menschen ergibt.

SVV auf Grundlage organischer Probleme?

Diagnostisch ist zunächst nach Anzeichen dafür zu fragen, dass hier ein Mensch versucht, mit organischen Bedingungen – im Sinne von Schmerzen, aber auch von beeinträchtigtem Körperempfinden, von Anspannung etc. – zurechtzukommen. Gibt es dafür Belege, kann der reiche Fundus des Wissens, was man zum körperlichen Wohlempfinden tun kann, nutzbar gemacht werden. Wichtig ist hier auch die Vermittlung der Erfahrung, dass durch andere Menschen Beruhigung angesichts körperlicher Probleme möglich ist. Zur Klärung möglicher organischer Ausgangsbedingungen ist eine Kooperation mit der Medizin unerlässlich. Außer guter Pflege sind Bildungsangebote im Sinne der (basalen) Kommunikation sinnvoll, die es ermöglichen, körperliches Unwohlsein zu identifizieren und auszudrücken.

Selbstverletzendes Verhalten als Form der Unterhaltung

SVV als Form der Unterhaltung? Ausgangspunkt der Erklärung ist hier die Erkenntnis, dass jeder Mensch unterhaltsame Bewegungen und Effekte braucht und sucht. Dazu nutzt er zunächst Bewegungen und Betätigungen, die er zufällig entdeckt. Verblasst die Wirkung interessanter Bewegungen und Effekte mit der Zeit, fehlt die Ausbildung von Vielfalt, von Varianten und von gebildetem Geschmack, der ein genießendes Verweilen ermöglicht. Man bleibt beim Gleichen – das nennen wir Stereotypie. Die Steigerung des Gleichen kann weitergehen, bis irgendwann auch Schmerzen in Kauf genommen werden – der Sinn bleibt gleich: Menschen möchten **unterhalten** sein, etwas **spüren**, fühlen, schmecken, riechen, etwas erleben.

Es **reicht nicht**, diesen Menschen Alternativen zur Wahl **anzubieten**. Der andere Effekt, die alternative Bewegung muss als interessant **entdeckt**, der Mensch muss mit ihr vertraut werden, um sie wirklich als Alternative zu nutzen. Da dies immer eine eigene gefühlsmäßige Entscheidung des Menschen beinhaltet, eben etwas faszinierend und nicht erschreckend zu finden, heißt Förderung hier zu beruhigen, Sicherheit zu geben, Angebote zu machen und zu hoffen, dass einige davon gefallen, und beim Vertrautwerden mit Neuem zu unterstützen.

SVV erfordert die Beobachtung von der Person **verfügbaren** Möglichkeiten und Vorlieben im Bereich der Selbstbewegung und des Managements von Effekten in der Umwelt sowie daraus abgeleitete pädagogische Angebote zur Aneignung erweiterter und vielfältiger Möglichkeiten unterhaltsamer Betätigung sowie der Wahrnehmung von Effekten im eigenen Körper und in der Umgebung. Bildungsmöglichkeiten im Bereich der Freude an der Bewegung und beim Wahrnehmen und Erleben von Effekten gibt es zahlreiche. Der Zugang zu ihnen

muss gefunden werden. Das kann dadurch erfolgen, dass Bewegungs- und Effektereotypen als Formen des Ausdrucks interpretiert und „beantwortet“ werden. So kann ein **Wechselspiel**, eine soziale Interaktion entstehen, die beim anderen Menschen die Bereitschaft und Fähigkeit fördert, auf Bildungsangebote auch einzugehen. Notwendig ist auch eine Umwelt, die zur Bewegung einlädt und animiert (vgl. Kane/Hettinger 1987, Markowitz 1996), in der eigene Bewegungen widergespiegelt und verstärkt werden (z. B. Schaukel, Wasserbett, Trampolin, Musik).

SVV mit Suchtcharakter als Bildungsproblem

Weshalb wird SVV, das möglicherweise erstmals bei Ohrschmerzen auftrat, weiterhin gezeigt, wenn keine Schmerzen mehr vorhanden sind? Weshalb schädigen sich Menschen selbst, obwohl viele von ihnen auch aggressives Verhalten zeigen können (Sigafos 1995)? Weshalb zerstört jemand seine Haut, der auch Musik hören, ein warmes Bad nehmen oder beim Tanzen optische, akustische und Bewegungseindrücke wahrnehmen könnte? Hier wird teilweise von „automatisiertem“ Verhalten (Theunissen 2000), von Zwangsverhalten („compulsive“; vgl. King 1993) und von impulsiven, durch mangelnde Impulskontrolle charakterisierten Reaktionen (Busse 2001) gesprochen. Mir scheint vor allem die Möglichkeit, dass auch Menschen mit schwerster Behinderung und mit Autismus mit dem SVV eine Art Sucht entwickeln, bedenkenswert zu sein, zumal Selbstverletzung bei Menschen ohne Behinderung Suchtcharakter bekommen kann (Resch u. a. 1993; Sachsse 1995).

Was kennzeichnet eine Sucht? Es handelt sich um Verhaltensweisen, die zum sinnlichen **Genuss** und/oder zum **körperlich/seelischen Wohlbefinden** führen. Essen, Alkohol, Rauchen, Spielen am Computer, Joggen, Drogen usw. haben die Gemeinsamkeit, dass sie einem „gefallen“. Sie können zusätzlich schlechte Stimmungen und Gefühlslagen, Schmerzen, Angst etc. in Wohlgefühl umwandeln. Der Grund für die entsprechenden Aktivitäten ist der Genuss, der Sinnes-Effekt, das Wohlbefinden.

Zum **Problem** wird dies, wenn man bei einer Form des Genusses bleibt – und dann nicht mehr davon lassen kann. Dann entsteht die Gefahr der Schädigung. Wie ist das zu erklären? In Bezug auf Menschen ohne Behinderungen mit SVV wird darauf hingewiesen, dass ihnen andere verfügbare Sinnes-Effekte offenbar nicht (mehr) ausreichen. Sie **suchen** die **Steigerung** bis über die Schmerzgrenze hinaus (vgl. Sachsse 1995) und können nicht „satt“ werden. In der Medizin wird dies als Beeinträchtigung der „**Impulskontrolle**“ beschrieben, die sich z. B. als Ess-Sucht auswirkt (Herpertz 1995). Alkoholismus kann so als Versuch verstanden werden, verloren gegangenen Genuss zu erhalten indem der Konsum intensiviert wird. Auch beim Entstehen von SVV ist ein solcher Prozess vorstellbar, nämlich bei den Menschen mit

Behinderungen, bei denen sich SVV als Steigerung von Bewegungs- oder Effektsstereotypen darstellt. Sie genießen die Bewegung, die einfachen selbst erzeugten Effekte – diese verlieren aber ihren „Genuss-Wert“. Nach Schroeder u. a. (2001) beginnt SVV meistens im Alter unter **5 Jahren**, und zwar in Form von „proto-injurious behavior“, das dieselbe Form hat, aber noch nicht zu Verletzungen führt (8). Die Aktivität verliert jedoch ihren Reiz, muss gesteigert werden. So kommt ein Mensch dazu, dass er die Schmerz- und Verletzungsgrenze überschreitet – um des Erhalts des sinnlichen Genusses willen, der ihm verloren gegangen ist.

Eigentlich ist das „Schal-werden“ eines Effektes ein Lernanreiz: Eine Sache ist nicht mehr interessant, man sucht die nächste, so bilden Menschen viele Genuss- und Unterhaltungsmöglichkeiten aus. Sie finden sie vor allem in der Kultur, die sie sich aneignen. Kleinkinder bekommen bewegungsanregendes und geräuscherzeugendes Spielzeug. Erwachsene kommen mit vielen Möglichkeiten der Bewegung (vom Tanz bis zum Sport) und interessant gestalteter Effekte (in Form von Musik, Kunst, TV etc.) in Kontakt und können sich diese zu eigen machen. Ein Problem entsteht, wenn der Wechsel, die Ausbildung von Alternativen und ihre Nutzung nicht stattfinden. Menschen mit erheblicher geistiger Behinderung sind durch ihre kognitiven Beeinträchtigungen teilweise daran gehindert, so dass ihnen tatsächlich nichts als die Intensivierung bleibt. Ihnen kann aber auch die soziale Interaktion fehlen, in der sie mehr Vielfalt des sinnlichen Genusses hätten bilden können. Aus Stereotypen, die – noch – subjektiv gefallen, können Aktivitäten werden, in denen die Widersprüchlichkeit in Kauf genommen wird, dass um des Genusses Willen auch Schmerzen erduldet werden (Haisch 1993). Manche Menschen haben eine Sucht entwickelt auf Grundlage beeinträchtigter Bildung, nicht ausgebildeter Vielfalt bzgl. der Möglichkeiten, Wohlbefinden zu erzeugen, etwas Interessantes zu erleben. Sie suchen ihr Heil in der Steigerung von Intensität, Häufigkeit und Dauer.

Was ist zu tun, wenn SVV den Eindruck erweckt, zur Sucht geworden zu sein. Dies erklärt zunächst, weshalb eine **völlige Beseitigung** von SVV so **selten** gelingt. Bei suchtartigem SVV ist von den bisher angesprochenen pädagogischen Möglichkeiten nur eine begrenzte Wirksamkeit zu erwarten. Hier reichen Kompetenz erweiternde Bildungsangebote alleine meist nicht aus. Kein Raucher gibt die Zigaretten auf, nur weil man ihm Kaugummi als Entspannungersatz anbietet. Er muss – bezüglich der Alternativen zum Suchtverhalten – diese Möglichkeit kennen lernen, sich zu Eigen machen und auf den Geschmack kommen. Vielleicht können Erfahrungen aus Suchttherapien und der Arbeit von Selbsthilfegruppen für die pädagogische Unterstützung von behinderten Menschen mit SVV genutzt werden. Kann ein „Entzug“ der Suchtmittel notwendig sein? Wann ist eine (z. B. verhaltenstherapeutische) Sanktionierung des SVV wirksam? Müssen andere Personen zeitweise die Kontrolle über das eigene Verhalten übernehmen (vgl. die gegenseitige Kontrolle bei den Anonymen Alkoholikern)?

Selbstverletzendes Verhalten als Versuch, sozial etwas zu bewirken und zur Geltung zu kommen

Damit wird etliches Selbstverletzendes Verhalten verstehbar. Doch manchmal entsteht der sichere Eindruck, durch das Schlagen, Beißen etc. solle Einfluss auf andere Menschen genommen werden. Es wäre erstaunlich, wenn Selbstverletzendes Verhalten nicht so genutzt würde, sobald Menschen die Beeinflussbarkeit anderer Menschen für eigene Zwecke entdeckt haben und von normaler Kommunikation keinen Erfolg erwarten, so dass Erpressung nahe liegt und andere Druckmittel wie **Bravsein** oder **Aggressionen fehlen** oder unterdrückt werden. Selbstverletzendes Verhalten liegt dann nahe, wenn Menschen **Hilfe brauchen**, diese aber **nicht** "ganz normal" **einfordern** können oder erfahren, dass dies nicht reicht. Das Gefühl, anders nicht zum Zuge zu kommen, kann sich einstellen, wenn in einer engen Betreuungssituation **nur gehört** wird, wer Bezugspersonen dazu **zwingt**. Ein Zusammenhang mancher Selbstverletzender Verhaltensweisen mit gering ausgebildeten **kommunikativen** Kompetenzen und ein gelegentlicher Rückgang bei der Vermittlung entsprechender Fähigkeiten wird so ebenso erklärbar wie die Erfahrung, dass eine **Verkleinerung** von Wohngruppen und eine individualisiertere Betreuung selbstverletzende und aggressiv- demonstrative Verhaltensweisen **reduziert**. Die Menschen haben **mehr Chancen**, gehört zu werden.

Wenn SVV – auch – um der sozialen Wirkungen willen gezeigt wird (das müsste daran zu erkennen sein, dass es **aufhört**, wenn der intendierte Wunsch erfüllt wird), geht es um das Ziel, alternative Möglichkeiten für sich zu entdecken, sozial zur Geltung zu kommen und etwas zu bewirken. Nur in diesem Zusammenhang kann es sinnvoll sein, SVV zu **ignorieren** – wenn alternative Möglichkeiten **erreichbar** sind, und zugleich andere Formen, Bedürfnisse mitzuteilen zu bestärken. Vor allem aber sollte niemand die Erfahrung machen (müssen), dass er Beachtung findet, wenn er sich schlägt, seine Anliegen aber unbeachtet bleiben, wenn er das nicht tut, sonst tragen wir dazu bei, dass SVV auch aus diesem Grund gezeigt wird.

Selbstverletzendes Verhalten als Versuch den Selbstwert zu erhalten

SVV hat nicht immer einen ‚praktischen Zweck‘. Es kann auch dazu da sein, seinen ‚Stolz‘ zu erhalten. Ein Beispiel sind junge Frauen, die sich selbst verletzen und stolz sagen: ‚So kann **ich** kann mit mir umgehen!‘ Ob das auch bei stark kognitiv beeinträchtigten Menschen eine Rolle spielen kann, scheint mir allerdings fraglich zu sein. Dennoch auch hier etwas zu den pädagogischen Perspektiven: Es geht darum, dass die Menschen lernen können, sich wieder um praktische Anliegen zu kümmern, um ihre tatsächlichen Bedürfnisse und Kompetenzen.

Bewältigung problematischer Erfahrungen

Ein Wort noch zur Möglichkeit, dass sich im SVV frühere negative Erfahrungen, die mit anderen Personen in Verbindung gebracht wurden, widerspiegeln. Können diese teilweise kompensiert werden, indem Menschen andere, positive Erfahrungen im Umgang mit ihrem Körper erleben? Hilfreich kann es sein, herauszufinden, in welchen Bereichen des körperlichen Erlebens unangenehme, bedrohliche, schmerzliche Erfahrungen gemacht wurden, um dann zu versuchen, diesen neue, positive, „heilende“ Erfahrungen gegenüber zu stellen (vgl. Jantzen/Lanwer-Koppelin 1996). Einige Berichte aus der psychotherapeutischen Praxis mit behinderten Menschen geben Anlass zur Hoffnung, dass dies gelingen kann (Senckel 2001).

Fazit

SVV zeigt – so widersprüchlich das klingen mag – den Lebenswillen der betroffenen Menschen. Sie möchten sich körperlich und seelisch wohlfühlen, möchten sich bewegen und mit ihren Sinnen die Welt und sich selbst wahrnehmen, möchten im sozialen Zusammenleben zur Geltung kommen und geachtet werden – auch von sich selbst. Wenn jemand keine andere Möglichkeit ausgebildet hat, sich zu ‚unterhalten‘ und für ihn interessante und ihm vertraute Reize wahrzunehmen, greift er möglicherweise zum Mittel der ‚Autostimulation‘. In Bezug auf die Gesundheit scheint SVV eine Möglichkeit zu sein, irgendwie mit Problemen wie z. B. Schmerzen oder Unwohlsein zurechtzukommen (Klauß 2000). Zumindest jedoch setzten solche Verhaltensweisen die Ausbildung bestimmter Kompetenzen voraus: Wer beispielsweise die Hand nicht bewegen kann, ist zur Autoaggression kaum in der Lage.

Jede der diskutierten möglichen Bedingungen kann für das jeweils handelnde Subjekt im Vordergrund stehen, wenngleich meist anzunehmen ist, dass mehreres zusammenwirkt. Die Entdeckung, dass mit SVV Schmerzen gemildert werden können, kann dazu führen, dass auch die soziale Wirkung dieses Verhaltens entdeckt und genutzt wird. Bei Menschen mit Behinderungen spielen vermutlich körperliche Besonderheiten und Probleme eine besondere Rolle, da sie sehr viel häufiger als Menschen ohne Behinderungen mit Beeinträchtigungen ihres Wohlbefindens konfrontiert werden. Bei beiden Gruppen spielen wohl „seelische Schmerzen“ eine wichtige Rolle, aber auch das Bemühen um Sinneserleben und auch um soziale Wirkung.

Um mit ihren Bedürfnissen und Schwierigkeiten zurecht zu kommen, greifen Menschen zu einem Mittel, das sie als für sich sinnvolle Möglichkeit entdeckt und ausgebildet haben, das sich aber als problematisch erweist. Für die Pädagogik ergibt sich daraus als Zielsetzung, dass Menschen, die sich selbst schädigen, gestärkt werden müssen. Sie brauchen die Möglichkeit, Alternativen zu finden, damit vertraut zu werden und auf den Geschmack zu kommen, wie sie

ihre Bedürfnisse und Probleme kommunizieren, mit Unwohlsein umgehen, sinnliche Wahrnehmung erleben, sozial zur Geltung kommen können. Um sie unterstützen zu können, muss unterschieden und „genau hingeschaut“ werden, in welchem Bedingungsereich der jeweilige subjektive Sinn am ehesten verankert sein dürfte.

Diskussion: Verständnisfragen, Anmerkungen; (Fall)Beispiele

Notieren Sie sich zu konkreten Menschen, die Sie kennen:

- Was tut er konkret, wie zeigt sich SVV bei ihm?
 - Gibt es Situationen/ Bedingungen, unter denen es gehäuft auftritt?
 - Beobachten Sie etwas, was Vermutungen über die subjektive Bedeutung begründen kann?
 - Welche situativen/ vorangehenden Bedingungen und Ereignisse könnten das Verhalten auslösen? – z. B.
 - Eingeschränkte kommunikative Möglichkeiten
 - Anspannung, körperliches Unwohlsein, Schmerzen, Frustration?
 - mangelnde Impulskontrolle?
 - Langeweile, mangelnder sensorische Erfahrung, Bewegung, Betätigung?
 - Welche **Konsequenzen** hat das Verhalten für die Menschen selbst – z. B.
 - positiv erlebte Rückmeldung (Aufmerksamkeit, Beachtung)
 - sozial zur Geltung kommen,
 - Handlungs- oder materielle Verstärker
 - Unangenehmes vermeiden
 - Welche **subjektive, sinnhafte Bedeutung** könnte sich daraus ergeben?
 - ‚gehört‘ werden trotz begrenzter Kommunikation, Bewältigung der komm. Probleme
 - Bewältigung von Anspannung, körperlichem Unwohlsein, Schmerzen, Frustration, mangelnder Impulskontrolle
 - Bewältigung von Langeweile, mangelnder sensorischer Erfahrung, Bewegung, Betätigung?
 - Sozial zur Geltung kommen, positive Rückmeldung (Aufmerksamkeit, Beachtung) bekommen, etwas erreichen und bewirken (Handlungs- oder materielle Verstärker), Vermeidungslernen?)
 - Selbstwertsteigerung??
- Gemeinsam besprechen
- Hypothesen zum subjektiven Sinn?
 - Pädagogische Konsequenzen?

Literatur

- Baumeister, A.A./Rollings, J.P.: Self-injurious behavior. In: Ellis, N.R. (Hrsg.): International review of research in mental retardation. New York 1976, 1-30
- Brezovsky, P.: Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens. Stuttgart 1985
- Busse, J.: Autismus – Nerven unter Spannung. Transmitter, Rezeptoren, Psychopharmaka: neuromedizinische Erläuterungen. In: Autismus (48) Oktober 1999, 26-30
- Busse, J.: Autoaggression und Autismus: wenn die Kontrolle verloren geht. Ansätze zum Verständnis und zur besseren Bewältigung aus medizinischer Sicht. In: Autismus (52) Oktober 2001, 16-21
- Chernaik, S.J.: Opiate System in Self - injurious Behavior. In: Am. J. Psychiatry, 1991 (148) 10, 1421
- Duker, P.: Anwendung von Strafmethode bei einem retardierten Mädchen mit selbstdestruktivem Verhalten. In: Zeitschrift für klinische Psychologie 1, 1975, 38-49
- Eckhardt, A.: Im Krieg mit dem Körper. Hamburg 1994
- Favazza, A. R./Conterio, K.: Female habitual self-mutilators. In: Acta. Psychiatr.Scand., (79) 1989, 283-289
- Feuser, G.: Thesen zur pädagogisch-therapeutischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Stereotypien und selbstverletzendem Verhalten. Bremen 1996
- Feuser, G.: Substituierend Dialogisch-Kooperative Handlungs-Therapie (SDKHT). Aspekte ihrer Grundlagen, Theorie und Praxis. In: Geistige Behinderung 1, 2001, 4-26
- Fornefeld, B.: Elementare Beziehung und Selbstverwirklichung geistig Schwerstbehinderter in sozialer Integration. Reflexionen im Vorfeld einer leiborientierten Pädagogik. Aachen 1989
- Fröhlich, A./Heringer, T.: Selbstverletzendes Verhalten von Schülern mit geistiger Behinderung – eine Studie an Sonderschulen in Rheinland-Pfalz. In: Sonderpädagogik in Rheinland-Pfalz 27, Heft 2, 22-40 und Heft 3, 1997, 15-30
- Hägele, A.: Erst Musik, dann das Messer. Konkurrenz für Magersucht und Bulimie: Immer mehr junge Frauen leiden unter dem Zwang, sich selbst zu verletzen. Mit einem tiefen Schnitt ins Fleisch lindern sie ihre Seelenqualen. Doch jede Verwundung ist zugleich ein Schrei um Hilfe. In: Der Spiegel 5, 2001, 60-62
- Haisch, W.: Pädagogische Grundlagen der Betreuung behinderter Menschen. Skizze qualitativer Standard. München 1993, unveröff.
- Hänsli, N.: Automutilation Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1996
- Herpertz, S./Saß, H.: Offene Selbstbeschädigung. In: Nervenarzt (65) 1994, 296-306
- Herpertz, S.: Phänomenologie, Genese und Psychodynamik selbstverletzenden Verhaltens und psychotherapeutische Schlußfolgerungen. In: Fundamenta Psychiatrica 9, 1995, 115-124
- Jantzen, W.: Grundriß einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Köln 1979
- Jantzen, W./Lanwer-Koppelin, W. (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Berlin 1996
- Kane, J.F./Hettinger, J.: Die Förderung von Menschen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen. In: Geistige Behinderung 1, 1987, 13-21
- Kane, J.F./Nößner, C.: Selbstverletzendes Verhalten und Juckreiz. Eine Herausforderung für die Kooperation zwischen Pädagogik, Psychologie und Medizin. In: Kane, J.F./Klauß, Th. (Hrsg.): Die Bedeutung ihres Körpers für Menschen mit geistiger Behinderung. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg 2002, 149-176
- King, B.H.: Self-Injury by People With Mental Retardation: A Compulsive Behavior Hypothesis. In: American Journal of Mental Retardation (AJMR) (98) 1, 1993, 93-112

- Klaufuß, Th.: Selbstverletzendes Verhalten bei den Gästen eines Kurzzeitheimes. Schwarzsach 1986, unveröff.
- Klaufuß, Th.: Verwehren oder fördern. Die Aufgaben des Psychologen im Heim für geistig Behinderte, Reinhardt: München/Basel 1987
- Klaufuß, Th.: Selbstbestimmung und Selbstverletzung. In: Sonderpädagogik 3, 1995, 124-136
- Klaufuß, Th.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten. Heidelberg 1999a
- Klaufuß, Th.: Soll die Pädagogik Menschen mit schwersten Behinderungen aufgeben? Leserbrief zu Kobi 1999. In: Geistige Behinderung 4, 1999b, 384-388
- Klaufuß, Th.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und besonderen Verhaltensweisen. In: Fischer, E. (Hrsg.): Pädagogik bei mehrfachen Behinderungen – Erziehungsbedarf und Fördermaßnahmen. Dortmund, 2000, 69-102
- Klaufuß, Th.: Selbstverletzendes Verhalten – weshalb schädigen Menschen ihren Körper? In: Kane, J.F./ Klaufuß, Th. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung und ihr Körper. Zwischen Pflege und Selbstverletzung. Heidelberg 2002, 177- 243
- Klaufuß, Th./ Lamers, W.: Forschungsantrag „Perspektiven der schulischen Bildungs- und Erziehungsrealität von Kindern und Jugendlichen mit schwersten Behinderungen im Spannungsfeld von Theorie und Praxis“. PH Heidelberg 1999, unveröff.
- Markowetz, R.: Körperliche Aktivierung. Ein Förderansatz für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung und gravierenden Verhaltensproblemen. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 2, 1996, 33-56
- Mühl, H./Neukäter, H./Schulz, K.: Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bern/Stuttgart/Wien 1996
- Neuhäuser, G.: Klinische Syndrome. In: G. Neuhäuser und H-C. Steinhausen (Hrsg.): Geistige Behinderung: Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln 1999, 100-199
- Resch, F./Kurwautz, A./Schuch, B./Lang, E.: Kann Selbstverletzung als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? In: Z. Kinder-Jugendpsychiat. (25) 1993, 253-259
- Richardson, J.S./Zaleski, W.A.: Endogenous opiates and self-mutilation. American Journal of Psychiatry (143) 1986, 938-939
- Rohmann, U./Elbing, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Überlegungen, Fragen und Antworten. Dortmund 1998
- Sachsse, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik - Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht ²1995
- Sarimski, K.: Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. Göttingen 1997
- Schroeder, S.R.: The Causes of Self-injurious Behavior and Their Clinical Implications. 1997. <http://www.ur.ku.edu/News/97N/JulNews/Jul23/selfinju>. html Entnommen 10/2001
- Schroeder, S.R./Oster-Granite, M.L./Berkson, G./Bodfish, J.W./Bresse, G.R./Cataldo, M.F./Cook, E.H./Crnic, L.S./DeLeon, I./Fisher, W./Harris, J.C./Horner, R.H./Iwata, B./Jinnah, H.A./King, B.H./Lauder, J.M./Lewis, M.H./Newell, K./Nyhan, W.L./Rojahn, J./Sackett, G.P./Sandman, C./Symons, F./Tessel, R.E./Thompson, T./Wong, D.F.: Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships. In: Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews (7) 2001, 3-12
- Senckel, B.: Die entwicklungsfreundliche Beziehung. In: Geistige Behinderung 4, 2001, 337-349
- Sigafos, J.: Factors Associated with Aggression versus Aggression and Self-Injury Among Persons with Intellectual Disabilities. In: Developmental Disabilities Bulletin (23) 1, 1995, 30-39
- Theunissen, G.: Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. Bad Heilbrunn ³2000

- Winchel, R./Stanley, M.: Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. In: Am J Psychiatry (148) 1991, 306-317