

Kapitel 8 Intervention und Prävention (S. 159-160)

Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen im Kontext psychischer Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei geistiger Behinderung beruhen auf unterschiedlichen Ursachen und werden auf unterschiedliche Weise aufrechterhalten, wie in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt wurde. Die Behandlung der Störung erfordert daher eine an die jeweilige Zielgruppe angepasste Herangehensweise. In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Interventions- und Präventionsstrategien für selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen und für Kinder mit geistiger Behinderung vorgestellt.

8.1 Vorbemerkungen

Die Behandlung von Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten stellt eine schwierige Aufgabe dar, die mehrere Jahre dauern kann und zumeist die Zusammenarbeit mehrerer Therapeuten erfordert. Aufgrund der Komplexität der Störung wird empfohlen, unterschiedliche Therapieformen wie Pharmakotherapie, Verhaltenstherapie und Dialektisch-Behaviorale Therapie zu kombinieren (Favazza, 1998; Resch, 2001).

Idealerweise sollten die verschiedenen Module der Behandlung von einem „Therapie-Manager“ koordiniert werden, der über die gesamte Therapiedauer kontinuierlich als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Pharmakologische und verhaltenstherapeutische Methoden werden auch zur Behandlung von Kindern mit geistiger Behinderung und selbstverletzendem Verhalten verwendet, wobei jedoch andere Schwerpunkte gesetzt werden als bei der Behandlung Jugendlicher. Die hier genannten Therapieformen werden im Laufe dieses Kapitels im Einzelnen vorgestellt. Wichtig ist bei beiden Gruppen ein möglichst früher Beginn der Therapie, um zu verhindern, dass sich das Muster selbstverletzenden Verhaltens verfestigt und weitere Probleme nach sich zieht.

8.1.1 Die Bedeutung frühzeitiger Interventionen

Wie in Kapitel 3 ausgeführt wurde, handelt es sich bei selbstverletzendem Verhalten (i.S. einer Impulskontrollstörung und bei psychischen Störungen) um ein Störungsbild, das seine stärkste Ausprägung im Jugend- und im frühen Erwachsenenalter aufweist und sich in seiner Intensität meist mit zunehmendem Alter reduziert oder sich auch ganz verliert. Aus diesen Entwicklungen darf jedoch nicht geschlossen werden, dass man selbstverletzende Personen einfach sich selbst überlassen und abwarten könnte, bis die Problematik sich von allein vermindert. Das Störungsbild ist mit zu viel Leid für Betroffene und Angehörige sowie mit zu großen Gefahren für die Gesundheit der Betroffenen verbunden, um es nicht zu behandeln. Ein entstelltes Äußeres mit Narben, lebensbedrohliche Verletzungen oder Infektionen sowie starke Schamgefühle gehören zu den negativen Konsequenzen selbstverletzenden Verhaltens (Briere & Gil, 1998). Machaian (2001) argumentiert, dass eine Intervention bei selbstverletzendem Verhalten möglichst früh erfolgen sollte. Sie zog diesen Schluss aus den Ergebnissen von Interviews mit drei weiblichen Jugendlichen, die selbstverletzendes Verhalten zu Beginn durchführten, um ihrer psychischen Belastung Ausdruck zu verleihen. In der Folge wurde das Verhalten auch genutzt, um die eigenen Gefühle zu regulieren. Je länger also selbstverletzendes Verhalten andauert, umso mehr Funktionen können mit ihm verbunden werden und umso schwieriger

wird es daher, das Verhalten wieder aufzugeben.

Vielen Betroffenen gelingt es aus diesem Grund auch nicht, sich ohne Unterstützung aus dem Kreislauf des selbstverletzenden Verhaltens zu befreien. Sie benötigen die Selbstverletzung als Mittel, um ihre Gefühle zu kontrollieren, um sich selbst zu stabilisieren, um weiter existieren zu können. Es ist für sie ein „Ausweg aus einem unerträglichen Zustand“ (Finke & Teusch, 2001, S. 144). Solange sie keine anderen Strategien gelernt haben, mit belastenden Situationen und mit ihren starken Emotionen umzugehen, werden sie nicht auf das selbstverletzende Verhalten verzichten (Briere & Gil, 1998; Trautmann- Sponsel & Gleich, 2001); zudem kann das Verhalten zwanghafte Züge entwickeln (Walsh & Rosen, 1988).