

**Zusammenfassung**

*Ausgehend von einer knappen Beschreibung der verschiedenen Formen selbstschädigenden Verhaltens wird unter einer systemtheoretischen Perspektive der Versuch unternommen, zu einer funktionalen Analyse dieses Verhaltens zu gelangen. Demnach kann dem selbstschädigenden Verhalten die Funktion zugeschrieben werden, die kommunikative Adressierung sicherzustellen bei gleichzeitiger hoher Kontrolle der Themenwahl. Das diesem Problemlöseverhalten zugrundeliegende Problem dürfte in einem ungenügenden Vertrauen in die Anschlußfähigkeit der eigenen kommunikativen Beiträge zu suchen sein, was mit einem prekären Selbstwert einhergeht. Aus bindungstheoretischer Sicht läßt sich vermuten, daß diese Patienten desorganisiert-unsichere Bindungsorganisation entwickeln als Folge gravierender Störungen in den frühen Beziehungen zu ihren Bindungspersonen. Der sich selbst verletzende Patient inszeniert sich als Täter und Opfer zugleich und erreicht mit diesem Arrangement ein hohes Maß an Unabhängigkeit vom anderen und damit auch von professionellen Helfern. Eine solche bindungstheoretische Perspektive erklärt die Schwierigkeiten des Psychotherapeuten, mit seinem Patienten eine tragfähige Bindung zu etablieren, die als Variante früherer Bindungsbeziehungen anzusehen ist.*

## Zur Funktion selbstschädigenden Verhaltens

Roland Schleiffer

*Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie in der Heilpädagogik, Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln*

Selbstschädigendes Verhalten kann verschiedene Formen annehmen. Die nosologische Einordnung, ob als Syndrom oder lediglich als Symptom, wird kontrovers gehandhabt. Die terminologische Verwirrung ist dementsprechend nicht unbeträchtlich. Die diagnostische Formulierung orientiert sich zum einen daran, ob körperliche Schädigungen tatsächlich vorhanden sind oder nur vorgegeben werden, zum anderen daran, wie es zur Schädigung gekommen ist, direkt oder indirekt, offen oder heimlich.

Bei der vermutlich häufigsten Form selbstverletzenden Verhaltens, der offenen Selbstverletzung oder Selbstbeschädigung, wird eine körperliche Verletzung direkt sich selbst zugefügt. Bevorzugte Praktiken sind das wiederholte Beibringen von oberflächlichen Schnittwunden, kleinen Brandwunden, Kratzspuren oder Bißwunden, die Manipulation von Wunden v.a. an den Händen und Unterarmen, wodurch das Sichtbarwerden kontrolliert werden kann. Hierbei gibt es Übergänge zum parasuizidalen Verhalten, das mit potentiell lebensbedrohlichen Mitteln, aber ebenfalls nicht mit suizidaler Absicht ausgeführt wird.

Ist bei diesem Verhalten die Ursache der körperlichen Läsion offen-

sichtlich und unstrittig, wird demgegenüber beim heimlichen selbstverletzenden Verhalten die unmittelbare Ursache der somatischen Läsionen, mithin die absichtliche Selbstverletzung, geleugnet. Die Manipulationen können hierbei grundsätzlich alle Organsysteme des Körpers betreffen. Bei dieser Form des selbstverletzenden Verhaltens kommt regelhaft eine Arzt-Patient-Beziehung zustande, allerdings primär nicht mit einem Psychiater oder Psychotherapeuten. Nach der somatischen Versorgung gerät diese Beziehung dann in eine Krise, wenn der Arzt mit bisweilen detektivischem Spürsinn den Patienten als Selbstverletzer „entlarvt“ und zum „Geständnis“ gezwungen hat. Es läßt sich leicht nachvollziehen, daß er sich getäuscht und hintergangen fühlt. Der Ärger kann dann durchaus die Überweisung zum Psychiater färben. Dieser negative Affekt läßt sich aber häufig auch bei diesem verspüren, etwa wenn er die Diagnose einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ stellt, eine Diagnose mit bekanntlich recht geringer diagnostischer, aber um so größerer diskriminierender Validität.

Bei einer weiteren Form heimlichen selbstverletzenden Verhaltens geben die Patienten nur vor, an körperlichen Symptomen zu leiden, um sich auf diesem Wege in einer Klinik umfangreichen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen auszuliefern. Es handelt sich hierbei um eine indirekte Form selbstschädigenden Verhaltens. Bei diesem sog. Münch-

Prof. Dr. R. Schleiffer, Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie in der Heilpädagogik, Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln, Frangenheimstraße 4, D-50931 Köln

**The function of self-harming behaviour**

Roland Schleiffer

**Summary**

The various forms of self-harming behaviour are briefly described and then a functional analysis of this behaviour is attempted from the perspective of systems theory. According to systems theory, self-harming behaviour can be ascribed the function of ensuring communicative addressing with a simultaneous high degree of control over the choice of topic. The problem underlying this problem-solving behaviour can probably be found in an insufficient faith in the response readiness of the environment and thus in the connective potential of the subject's own com-

municative contributions, which goes together with fragile self-esteem. From the point of view of bonding theory, it can be suspected that these patients' bonding organisation has become disorganized and insecure as the result of serious disturbances of their early bonding relationships. The self-harming patient is acting as both perpetrator and victim, an arrangement that achieves a high degree of independence from the other and thus from professional helpers. This perspective explains the psychotherapist's difficulty in establishing a stable bond with the patient which can be viewed as a variant of earlier bonding relationships.

hausen-Syndrom bringt der Patient den Arzt dazu, seinen Körper zu schädigen. Gelingt die „Entlarvung“, etabliert sich zumeist keine therapeutische Beziehung zu einem Psychiater. Von einem erweiterten oder Stellvertreter-Münchhausen-Syndrom spricht man, wenn von einer Mutter Krankheitssymptome bei ihrem Kind vorgetäuscht oder auch Artefakte gesetzt werden. Da das betroffene Kind dann bisweilen gefährlichen diagnostischen und/oder operativen Eingriffen ausgesetzt wird, läßt sich hierbei auch von einer besonderen Form der Kindesmißhandlung sprechen. Psychodynamisch läßt sich ein solches Verhalten allerdings dem Spektrum selbstverletzenden Verhaltens durchaus zuordnen, handelt es sich bei den kindlichen Opfern schließlich um Selbstobjekte, d.h. um Personen, die der Selbstwertregulation dienen.

**Eine funktionale Analyse**

Bei der folgenden funktionalen Analyse geht es darum, über eine Beobachtung insbesondere der Kommunikation zwischen dem Arzt und der Person, die sich selbst schädigt, Hypothe-

sen zu entwickeln, welche Funktion diesem Verhalten zukommt und welchen Sinn dieses auffällige Verhalten hat. Dabei wird davon ausgegangen, daß allem Verhalten, auch dem auffälligen und als pathologisch bezeichneten, die Funktion zukommt, die Reproduktion und damit die Kontinuität des psychischen Systems zu gewährleisten. Unter dieser systemtheoretischen Perspektive kommt es bei allem Verhalten letztlich darauf an, daß es irgendwie weitergeht. Es sollte daher nützlich sein, das auffällige, hier zu Debatte stehende selbstschädigende Verhalten erst einmal nicht als Problem, sondern vielmehr als Problemlösungsversuch aufzufassen. Nachfolgend läßt sich dann die Frage nach dem Problem stellen, das mit Hilfe des solchermaßen bestimmten Problemlöseverhaltens gelöst werden soll.

Die Folgen selbstverletzenden Verhaltens für das kommunikative System von Arzt und Patient sind leichter zu beobachten als die für das jeweilige psychische System des Patienten. Abgesehen von den Personen, die sich unbemerkt selbst verletzen und ihre Wunden gegenüber ihrer Mitwelt auch verheimlichen und die nur gewisser-

maßen zufällig und unbeabsichtigt mit einem Arzt in Kontakt treten, etwa wenn eine Selbstheilung aufgrund einer zu gravierenden Verletzung nicht zu erwarten ist, kommt durch das selbstverletzende Verhalten regelhaft eine Arzt-Patient-Beziehung zustande, die sich allerdings sehr unterschiedlich gestalten wird, je nach der Art und Weise dieses Verhaltens.

Die sich selbst verletzen, mobilisieren in ihrer personalen Umwelt erst einmal quasi automatisch Hilfsanstrengungen. In der Regel werden sie in der Rolle von Patienten zu Mitgliedern des Gesundheitssystems, eines der funktional ausdifferenzierten Sozialsysteme der modernen Gesellschaft. Vor allem für Patienten mit einem Münchhausen-Syndrom typisch sind ausgedehnte Krankenhauskarrieren. Charakteristisch für die moderne Gesellschaft ist das Prinzip der Inklusion, d.h. das allen zugestandene Recht, zu allen differenzierten Subsystemen der Gesellschaft Zugang haben zu können, etwa zum Rechtssystem, zum Wirtschaftssystem, zum Erziehungssystem oder zum Wissenschaftssystem. Die sich selbst verletzen, können daher sehr sicher erwarten, daß im Gesundheitssystem über sie und mit ihnen kommuniziert wird. In der Krankenrolle werden sie dort jedenfalls zur Person, d.h. zu Adressaten von Kommunikation. Sie können sich dessen auch deswegen sicher sein, weil die Kommunikation gerade in diesem autonomen Subsystem der Gesellschaft in hohem Maße moralisch indifferent verläuft. Jeder Kranke wird dort medizinisch versorgt, gleich ob man ihn als moralisch gut oder schlecht bewertet und von daher die nichtprofessionelle Kommunikation fortzusetzen oder eher abubrechen geneigt wäre. Mit Hilfe des selbstschädigenden Handelns läßt sich also die Kommunikation und damit die Personalisierung sicherstellen, zumindest im Krankenversorgungssystem. Für diesen Schluß spricht auch die Tatsache, daß sich unter den Patienten mit selbstverletzendem Verhalten überzufällig häufig Angehörige medizinischer Berufsgruppen finden, die daher mit den Regeln dieses Kommunikationssystems vertraut sind.

Selbstverletzendes Handeln sichert aber nicht nur den kommunikativen

Anschluß. Auch die Themenwahl dieser besonderen Kommunikation wird kontrolliert. Im Falle der heimlichen Selbstverletzung soll es in der folgenden Arzt-Patienten-Interaktion ausschließlich um den Körper gehen. Dabei erwartet der Patient, daß möglichst wenig gesprochen wird, denn der Körper soll ja behandelt, nicht besprochen werden. Natürlich wird kommuniziert, aber nur über den Körper mit einem somatisch orientierten Arzt, etwa dem Chirurgen, der nicht allzuviel Worte machen soll und der im allgemeinen ja auch schweigsam handelt, zumindest im Vergleich zum Psychiater. Auch Patienten mit offen selbstverletzendem Verhalten kontrollieren ihre Kommunikation im Medizinsystem in hohem Maße. Sie können erwarten, daß der Arzt nach erfolgter Wundversorgung erstaunt oder erschrocken nachfragt. Schließlich verstößt das selbstverletzende Verhalten brutal gegen alle normativen Erwartungen, wird doch in aller Regel die Gesundheit für eines der höchsten, wenn nicht gar für das höchste Gut gehalten. Ein solcher Patient thematisiert dadurch nicht nur seinen Körper, sondern gerade sich selbst als Person. Allerdings erscheint diese Personalisierung über Ablehnung geschaltet. Schließlich provoziert der selbst produzierte Kontrast zum gesellschaftlichen Idealbild des fitten, unverletzten, gesunden jugendlichen Körpers nicht selten Abscheu und Ekel. Das systematische Enttäuschen normativer Erwartungen provoziert Empörung und damit Kommunikation. Allerdings wird ein Gesprächswunsch nicht offen geäußert. Die Kommunikationsabsicht wird nicht verbalisiert. Würde der Patient über Sprache kommunizieren, ließe sich an seiner Kommunikationsabsicht nicht zweifeln. In einem solchen Falle bestünde dann wie bei jeder sprachlichen Äußerung das Risiko, daß der Kommunikationspartner mit einem Nein reagiert und die Kommunikation ablehnt. Angesichts der unklaren Kommunikationsabsicht auf seiten seines Patienten wird der Arzt geradezu gezwungen, sich mit der Selbstreferenz seines Interaktionspartners, d.h. mit der Person seines Patienten, zu beschäftigen, dies besonders nachdrücklich, wenn der Verletzungsgrad des Körpers den fremd-

referentiellen, informativen Aspekt dramatisiert. Es entwickelt sich dadurch eine ungewöhnliche und befremdende Form der Kommunikation, weil der Arzt nicht weiß, ob er mit seinem kommunikativen Handeln ausschließlich an der fremdreferentiellen Seite der Kommunikation, d.h. an der Information, anschließen soll, oder ob er doch den selbstreferentiellen Aspekt aufgreift und an der Mitteilung des Patientenkommunikation anschließt. Vermeint der Arzt allerdings hinter dem selbstverletzenden Verhalten eine Mitteilungsabsicht und einen Gesprächswunsch zu vernehmen und beginnt ein Gespräch, hat er und nicht der Patient das Risiko für das Gelingen oder Mißlingen der folgenden Kommunikation zu tragen.

Selbstverletzendem Verhalten kann mithin die Funktion zugeschrieben werden, die kommunikative Adressierung, d.h. Personalisierung, sicherzustellen bei gleichzeitiger hoher Kontrolle der Themenwahl. Die Erfahrung, in der Kommunikation ausreichend oft als Person adressiert zu werden, vermittelt einen guten Selbstwert. Darüber hinaus ist das selbstverletzende Verhalten geeignet, das psychische System des Patienten auch direkt zu bestärken insofern, als der Patient sich hierdurch eindeutig als Ursache von Wirkung erleben kann, die an seinem eigenen Körper sichtbar wird. Diesen Mechanismus kann der Patient erfolgssicher einsetzen, kann er doch über seinen Körper selbständig verfügen. Hierbei ist er nicht mehr auf eine andere Person angewiesen und auf deren Kommunikationsabsicht. Ontogenetisch symbolisiert das Körpergefühl und die Beschäftigung mit dem eigenen Körper die Abgegrenztheit und damit die Autonomie des psychischen Systems. Der Titel „Blut tut gut“ einer Arbeit von Sachsse (1989) zur Psychodynamik des selbstverletzenden Verhaltens bringt diese Funktion anschaulich zum Ausdruck. Auch das Schmerzerlebnis vermag das Körpergefühl zu steigern. Der Befund, daß häufig von den Patienten eine aufgehobene oder verminderte Schmerzempfindlichkeit bei ihrem selbstverletzenden Handeln angegeben wird, spricht für eine größere Bedeutung der kommunikativen Funktion.

## Das Problem

Angesichts der offenkundigen gravierenden Nachteile, die das selbstschädigende Verhalten fast zwangsläufig mit sich bringt, etwa des zumindest im Nachhinein sich bemerkbar machen den Schmerzes, einer Beschämung bis hin zur Einschränkung der persönlichen Freiheit durch eine Zwangsunterbringung, dürften die zugrundeliegenden Probleme beträchtlich sein. Da sich die Funktion selbstschädigenden Verhaltens als Versuch der Selbstwertstabilisierung bzw. -rehabilitation beschreiben läßt, ist die Folgerung naheliegend, daß Menschen, die sich selbst schädigen, nicht über ein ausreichend stabiles Selbstwertkonzept verfügen. Sie halten das Risiko, in der sozialen Kommunikation nicht angesprochen zu werden, d.h. nicht personalisiert zu werden, für so groß, daß sie ihre kommunikative Resonanz und damit ihre Personalisierung über das selbstverletzende Verhalten zu sichern versuchen. Offenbar haben sie nicht genügend Vertrauen in die Antwortbereitschaft ihrer Umgebung und damit einhergehend in die Anschlußfähigkeit ihrer eigenen kommunikativen Beiträge. Da die Personalisierung für sie nicht ausreichend sicher vorhersehbar ist, kontrollieren sie die eigene Adressierung in der Kommunikation. Dabei halten sie sich an ihren Körper, den sie frei manipulieren können. Wegen dieses mangelnden Vertrauens vermeiden sie weitgehend Sprache als Medium der Kommunikation.

Dementsprechend werden als auslösende Situationen für selbstschädigendes Verhalten in der Literatur Zustände genannt, in denen sich die Patienten einsam und alleine gelassen fühlen, wenn ihr Kontakt zur Mitwelt verloren gegangen ist (Sachsse 1994, S. 44). Die Patienten verspüren dann eine innere Leere. Sie haben das Gefühl, es gehe nicht mehr weiter. Dieses Erleben eines Stillstandes kann mit Zuständen von Depersonalisation einhergehen. Das selbstschädigende Verhalten vermag dann den damit verbundenen inneren Druck zu reduzieren.

Da solche Zustände zu einer Aktivierung des Bindungssystems führen, soll im folgenden dieses Verhalten unter einer bindungstheoretischen Per-

spektive untersucht werden. Die Vermutung liegt nahe, daß Menschen, die sich selbst verletzen, kein Konzept einer hilfreichen Bindungsperson, der man seine Kontaktwünsche und Hilfsbedürfnisse anvertrauen könnte, zur Verfügung steht.

### Bindungstheorie

In der Geschichte der Bindungsforschung, die sich mit den Auswirkungen früher Beziehungserfahrungen auf die Persönlichkeitsentwicklung beschäftigt, lassen sich drei Phasen ausmachen. Die erste ist mit dem Namen John Bowlby untrennbar verbunden. Bowlby, Psychoanalytiker und Kinderpsychiater mit großem Interesse für ethologische, evolutionsbiologische und systemtheoretische Fragestellungen, beschrieb auch für den Menschen ein Verhaltenssystem, das sich im Verlauf der Evolution entwickelt hat und das die Funktion hat, dem neugeborenen Kind das Überleben in seiner Umwelt zu sichern. In Situationen der Gefahr zeigt es Bindungsverhaltensweisen wie Suchen bzw. Rufen, Weinen, Nachfolgen, Anklammern sowie Protest bei Trennung. Dieses Bindungsverhalten hat die Funktion, die Nähe zu den Eltern und damit Schutz und Sicherheit zu gewährleisten bzw. wiederherzustellen. Biologisch fundiert ist dieses Bindungsverhalten primär motiviert und nicht, wie die Psychoanalyse ursprünglich postulierte, als das Resultat der Erfahrung von Befriedigung der oralen Triebbedürfnisse ein sekundär motiviertes Epiphänomen. Das Bindungsverhaltenssystem funktioniert nicht isoliert. Zum Erkundungssystem besteht ein antagonistisches Verhältnis. Die Kindern angeborene Neigung zur Exploration der Umgebung wird gehemmt, wenn das Bindungsverhaltenssystem aktiviert ist. Sich gegen den Mainstream der psychoanalytischen Bewegung stellend betonte Bowlby die Bedeutung realer Erfahrungen für den Aufbau psychischer Strukturen beim Kind. So wird das Bindungsverhalten des Kindes in seiner Entwicklung geprägt von den Bindungserfahrungen, die es mit seinen Bezugspersonen und d.h. in erster Linie mit seiner Mutter macht. Insofern erfahren die Bindungskonzepte eine jeweils personenspezifische Aus-

prägung. Das Kind bildet sich Erwartungen von seinen Bezugspersonen. Mit Hilfe solcher innerer Arbeitsmodelle verarbeitet es die Erfahrungen seiner Welt. Wird das Bindungsverhaltenssystem aktiviert, zeigen sich dann im Verhalten des Kindes charakteristische Bindungsmuster, von denen man auf die internen Arbeitsmodelle schließen kann.

Die zweite Phase der Bindungsforschung wird geprägt durch die Arbeiten der kanadischen Psychologin Margaret Ainsworth, der es gelang, die individuellen Unterschiede im Bindungsverhalten kleiner Kinder, die sie in deren häuslichen Milieu genau studiert hatte, auch in einer standardisierten Untersuchungssituation, der „Fremden Situation“, zu operationalisieren (Ainsworth et al. 1978). Bei diesem Laborverfahren werden v.a. die Reaktionen des 12 bis 18 Monate alten Kindes auf kurzzeitige Trennungen von der Bindungsperson und auf deren Wiedervereinigung genau analysiert und kodiert. Ursprünglich wurden 3 verschiedene Bindungsmuster unterschieden, die sich auf typische Interaktionsmuster von Bezugsperson und Kind zurückführen lassen. Ein Kind, dessen Mutter aufmerksam sowohl seine Bindungs- als auch Erkundungsbedürfnisse wahrnimmt und auf sie sensibel reagiert, lernt, daß es sich auf die Mutter verlassen kann, wenn es nötig ist. Im Vertrauen darauf kann es sich auch Neugier leisten. Im Gegensatz zu solchen sicher gebundenen Kindern vom B-Typ lernen Kinder, deren Mütter sich durch deren Bindungsbedürfnisse eher bedrängt fühlen, daß v.a. ihre Autonomie geschätzt wird. Die Bindungsqualität dieser Kinder wird unsicher-vermeidend benannt. Diese Kinder gewöhnen sich an, ihre Bindungswünsche zu verleugnen. Allerdings belegt eine erhöhte Herzfrequenz und eine Cortisolanstieg in der Trennungssituation dennoch die Aktivierung des Bindungssystems bei diesen unsicher gebundenen Kindern vom A-Typ. Dann gibt es Kinder, denen es nicht gelingt, ihre Mutter einzuschätzen, weil diese sich für sie unvorhersehbar verhält. Geht es ihr gut, ist sie eine einfühlsame Mutter, fühlt sie sich schlecht, ist sie so mit sich selbst beschäftigt, daß sie die Bedürfnisse ihres Kindes nicht ausrei-

chend wahrzunehmen vermag. Das Kind muß dann viel unternehmen, etwa wütend schreien oder sich an ihren Rockzipfel heften, um sich der Nähe der Mutter zu vergewissern. Dauernd mit dem Verbleib der Mutter beschäftigt, läuft sein Bindungssystem dauernd auf Hochtouren, so daß sich dieses ambivalent-unsicher gebundenes Kind vom C-Typ kaum Neugier leisten und seine Umwelt explorieren kann.

### Die desorganisierte Bindungsorganisation

In den letzten Jahren wurde zusätzlich zu den drei „traditionellen“ noch eine vierte Bindungsqualität unterschieden, die als desorganisiert oder desorientiert bezeichnet wird (Main u. Solomon 1986). Diese sog. D-Kinder zeigen in der „Fremden Situation“ widersprüchliche Verhaltensweisen, die auf eine Unterbrechung ihres organisierten Bindungsverhaltens hinweisen, etwa Stereotypien und Anzeichen von Furcht oder Verwirrung. In späterem Alter zeigen sie dann zumindest auf der Verhaltensebene ein organisiertes Verhaltensmuster, wenn sie ihre Mütter dauernd kontrollieren zu müssen meinen, sei es durch aggressiv-straftendes Verhalten oder im Gegenteil durch fürsorgliches Verhalten. Dabei können sie geradezu die Rolle einer Elternfigur übernehmen. Diese dritte Phase der Bindungsforschung ist überhaupt gekennzeichnet durch ein wachsendes Interesse am Aufbau von Bindungsrepräsentanzen. Die Bindungserfahrungen haben Auswirkungen auf die spätere emotionale und kognitive Entwicklung. Dabei erweisen sich die Bindungskonzepte v.a. in den ersten Jahren als recht stabil. So wird sich etwa bei einem Kind, das immer wieder erlebt, daß seine Bindungswünsche auf wenig Resonanz auf Seiten der Eltern stoßen, die Überzeugung ausbilden, daß seine Bedürfnisse nicht der Rede wert sind. Dagegen wird eine feinfühligere Bezugsperson, die die Bedürfnisse ihres Kindes genau wahrnimmt, ihrem Kind ausreichend Gelegenheit geben, sich als Ursache von Wirkung erleben zu können. Ein solches Kind wird ein gutes Selbstbild entwickeln. Sicher gebundene Kinder können erfolgreicher Probleme lösen.

Sie lernen besser. Ihre soziale Kompetenz ist höher. Sie verfügen über bessere Beziehungen zu Gleichaltrigen und Geschwistern. Von diesen werden sie als flexibler, freundlicher und umgänglicher eingeschätzt. Während eine sichere Bindung als ein protektiver Faktor zu werten ist, gilt ein unsicheres Bindungskonzept inzwischen als ein Risikofaktor für die psychische Entwicklung, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß sich später eine psychiatrische Störung entwickelt. Dies scheint v.a. für desorganisiert-unsicher gebundenen Kinder zuzutreffen. Überhaupt verhalten sich desorganisiert-unsicher gebundene Kinder unsicher in den Interaktionen mit Lehrern und Gleichaltrigen. Uneindeutige soziale Situationen werden von ihnen vorschnell als feindselig und gefährlich interpretiert. Ihre soziale Kompetenz sowie ihre Lernmotivation erscheint dadurch verringert (Cicchetti u. Lynch 1995).

Ob sich beim Kind eine sichere oder unsichere Bindungsorganisation ausbildet, hängt ab von dem Wert, den seine Bezugsperson Bindungen generell beimessen. Diese Bindungshaltung wird geprägt durch die Verarbeitung der eigenen Bindungserfahrungen. So wird eine Mutter, die sich selbst als Kind sicher gebunden fühlte, wahrscheinlich eher eine positive Bindungshaltung aufweisen als eine Mutter, die selbst als Kind eine unsicher-vermeidende Bindungsorganisation entwickelte. Eine Mutter, die als Kind enttäuschende Bindungserfahrungen hat machen müssen, kann allerdings später durchaus Bindung als etwas Wichtiges und für ihr eigenes Kind Anzustrebendes betrachten, wenn sie über ihre Bindungsgeschichte reflektiert und ihre eigenen Erfahrungen bedauert. Eine solche Bindungshaltung nennt man „sicher-autonom“. Wird die Relevanz solcher negativer Erfahrungen dagegen verleugnet oder die Bindungsgeschichte idealisiert, spricht man von einer unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation. Unsicher-verwickelte Eltern demgegenüber versuchen, ihre Bindungsgeschichte nachträglich zu korrigieren und zeigen sich immer noch mit ihren Eltern verstrickt. Diese unterschiedliche Bindungshaltung der Erwachsenen läßt sich mit einem besonderen Instrument

untersuchen, dem sog. AAI, einem halbstrukturierten Interview, bei dem v.a. auf die narrative Stimmigkeit der Antworten auf Fragen nach Trennungserlebnissen geachtet wird.

Auch wenn es offensichtlich eine beträchtliche intergenerationale Transmission gibt, darf man nicht von einer umstandslosen Weitergabe der eigenen Bindungserfahrungen ausgehen. So ist eine negative Bindungshaltung durch Lebenserfahrung veränderbar, etwa durch eine Partnerschaft mit einem Partner, der über ein sicheres Bindungskonzept verfügt, aber auch durch Psychotherapie. Insofern übernehmen ab der Adoleszenz Freunde und Partner, bisweilen auch Psychotherapeuten die Funktion von Bindungspersonen. Wie wichtig die Bindungshaltung der Eltern für die Entwicklung der Bindungsorganisation ihrer Kinder ist, konnte jüngst eindrucksvoll nachgewiesen werden. Es gelang, mit Hilfe des AAI, das mit Frauen in letzten Drittel ihrer Schwangerschaft durchgeführt wurde, mit hoher Treffsicherheit das Bindungskonzept von deren Kindern, das dann ca. 2 Jahre später mit Hilfe der „Fremden Situation“ beurteilt wurde, vorherzusagen (Fonagy et al. 1991).

### **Eine bindungstheoretische Interpretation selbstverletzenden Verhaltens**

Inzwischen darf als gesichert gelten, daß die Mehrzahl der Patienten, die sich selbst verletzen, in ihrer Kindheit selbst traumatisiert wurden, sei es daß sie mißhandelt, mißbraucht oder vernachlässigt wurden. Insofern bietet es sich an, nach den Auswirkungen solch traumatisierender Erlebnisse auf das Bindungssystem zu schauen, zumal das Phänomen der intergenerationalen Transmission sowohl für fremd- und selbstaggressives Verhalten als auch für das Bestehen einer desorganisiert-unsicheren Bindung bekannt ist. Mißhandlung gehört ohne Zweifel zu den einflußreichsten Risikofaktoren für die psychische Gesundheit eines Kindes. Es resultiert eine Entwicklung atypischer physiologischer Antwortbereitschaften mit nachfolgenden Problemen der Affektdifferenzierung und Affektregulation. Die Ausbildung eines kohärenten Selbstkonzeptes wird

behindert aufgrund eines Mangels eindeutig abgegrenzter Repräsentanzen. Bei den betroffenen Kindern kommt es zu deutlichen Störungen der Bindungsbeziehungen im Sinne der Entwicklung einer unsicheren Bindungsorganisation (Cicchetti u. Lynch 1995). Diese ist in der Regel dem desorientiert-desorganisierten Typ zuzuordnen, da den Kindern keine organisierten Strategien für die Verarbeitung von Trennungs- und Wiedervereinigungserlebnissen zur Verfügung stehen. Diese Bindungsmuster weisen wie alle affektiven Muster von Beziehungsgestaltungen eine hohe Kontinuität auf.

Daß ein Kind das Erlebnis, mißhandelt zu werden, nur schwer zu verarbeiten vermag, kann nicht verwundern. Schließlich hat das Kind die angeborene Tendenz, sich gerade dann an die Mutter bzw. an die Bindungsperson zu wenden, wenn es sich bedroht fühlt. Ist allerdings die Person, von der das Kind Schutz erwartet, auch die, die es quält und bedroht, muß das Kind in eine ängstigende Situation geraten, der es nicht zu entrinnen vermag. Es weiß dann nicht, an wen es sich wenden soll, und zeigt einen „look of fear with nowhere to go“ (Main 1995). In ihrem Verhalten zeigen diese Kinder eine charakteristische Mischung von wütendem und aggressiven Verhalten einerseits und einer Tendenz zum Rückzug andererseits, womit sie die für sie bedrohlichen Situationen zu unterbrechen oder zu vermeiden suchen. Diese beiden Verhaltensmöglichkeiten prägen dann ihr internes Arbeitsmodell von Beziehung. Mit den Jahren lernen es diese Kinder, trotz aller Widersprüche auf der Repräsentationsebene zumindest auf der Verhaltensebene durchaus organisierte Muster auszubilden. Ihr Verhalten mit 6 Jahren wird als „kontrollierend“ beschrieben insofern, als sie, wie bereits erwähnt, sowohl strafendes als auch fürsorgliches Verhalten ihrer Bindungsperson gegenüber aufweisen und so deren Handlungsspielraum zu kontrollieren suchen. In einem abgewandelten Fremde-Situations-Test zeigten sich diese 6jährigen desorganisiert-unsicher gebundenen Kinder unfähig, die Trennungsangst zu bewältigen. Die Angst prägte ihr chaotisches symbolisches Spielverhalten, ihren Erzählstil

sowie ihre bizarren, gewalttätigen Phantasien als Ausdruck einer Desorganisation auf der bindungsrepräsentationalen Ebene (Solomon et al. 1995).

Es ist zu vermuten, daß auch dem selbstverletzenden Verhalten eine desorganisiert-unsichere Bindungsorganisation auf der repräsentationalen Ebene zuzuordnen ist, zumal die Patienten mit diesem Verhalten ihre gegenwärtige kommunikative Resonanz zu kontrollieren vermögen. Die Patienten dürfen in ihrer Kindheit gelernt haben, daß das Äußern von körperlichem Schmerz ihnen Zuwendung von seiten ihrer Bezugspersonen einbringt. Offenbar waren schmerzinduzierte Interaktionen diejenigen Beziehungserlebnisse, die noch am ehesten vorherzusehen waren. Sonst konnten sie als Kind nie sicher sein, ob und wann sie als Subjekt von ihren Eltern wahrgenommen wurden. Der Schmerz hingegen dokumentiert das Bestehen einer Beziehung und bestätigt damit auch die eigene psychische Existenz. Es kommt zu einer Aufblähung des Körper-Ichs. Diese gewaltförmige Beziehungsstruktur wird als vertraute Beziehungsform internalisiert und funktioniert dann als inneres Arbeitsmodell, auf das man in Zeiten der Unsicherheit zurückgreifen kann, dies umsomehr, als eine körperliche Verletzung, insbesondere das Bluten und die fast sicher erwartbare nachfolgende Wundversorgung durch die Bezugsperson offensichtlich für viele Kinder ein wenn auch beängstigendes, so doch auch faszinierendes Thema bedeutet. In diesem Zusammenhang soll die Vermutung geäußert werden, daß die Symptomatik des erweiterten Münchhausen-Syndroms als komplementäres Verhalten der Mutter verstanden werden kann. Durch die Schaffung einer körperlichen Problematik bei ihrem Kind inszenieren diese Mütter Situationen, die bei ihnen sicher erwartbar sorgendes, „mütterliches“, Verhalten auslösen sollen, um sich ihrer Identität als guter Mutter zu versichern. Überhaupt hat es den Anschein, als ob auch das mütterliche Pflegeverhaltenssystem letztlich ähnlich moralisch indifferent funktioniert wie das professionelle Medizinsystem.

Selbstverletzendes Verhalten wird durch Situationen ausgelöst, in denen

es irgendwie nicht weitergeht. Die Patienten berichten von Gefühlen der Leblosigkeit, der Leere und der Hoffnungslosigkeit. Die hiermit häufig verbundenen Depersonalisierungserlebnisse lassen sich durch das selbstschädigendes Verhalten recht verlässlich beenden über die nun eindeutige Körperwahrnehmung. Offenbar vermag das selbstverletzende Verhalten die Depersonalisierung, der eine selbststabilisierende Funktion zukommt (Wöller 1993), als funktionales Äquivalent zu substituieren. Auch wird man beobachten und genießen können, wie man von den anderen beobachtet wird, überrascht, erschrocken, entsetzt und vielleicht auch heimlich bewundert. Wird in solchen ängstigenden Situationen das Bindungssystem aktiviert, können die Patienten in Ermangelung einer sicheren Beziehung auf den eigenen Körper zurückgreifen. Der Körper wird zum Medium und zum Thema ihrer Kommunikation. Normalerweise wird der Körper ja eher selten thematisiert, etwa im Falle von Erkrankungen oder in Zuständen der Erschöpfung, v.a. aber bei der Empfindung von Schmerzen. Ist man sich seiner selbst ausreichend sicher, gehört der Körper zur selbstverständlichen Umwelt des psychischen Systems. Er bedarf nicht der besonderen Aufmerksamkeit, solange er funktioniert.

Mit ihrem selbstverletzenden Verhalten schließen die Patienten gewissermaßen die beiden psychischen Modi des Erlebens und Handelns an ihrem Körper kurz, um hierüber eine Stabilisierung der Selbstkohärenz zu erreichen. Überhaupt werden Handlungs- und Körperselbst bisweilen in eine gewisse Gegensätzlichkeit gebracht zum Zwecke der Autonomieregulierung (Krause et al. 1992). Der sich selbst verletzende Patient inszeniert sich als Täter und Opfer zugleich und erreicht mit diesem Arrangement ein hohes Maß an Unabhängigkeit vom Anderen. Schließlich ist es besser, sich selbst zu quälen, als überhaupt nicht bemerkt zu werden. Normalerweise kommt Schmerz eine Erlebnisqualität zu. Die Ursache für diese Körperpersensationen werden mithin der Umwelt und nicht dem Selbst attribuiert. Fügt man sich selbst Schmerzen zu, wird bei souveräner Mißachtung

des Körperselbst der Handlungsaspekt betont, zudem in einer von der Norm abweichenden Form, die ja grundsätzlich Individuationsbemühungen eher unterstützt als normkonformes Handeln.

### **Die Entwicklung einer desorganisierten Bindungsorganisation**

Die desorganisierte Bindungsform wurde anfangs ursächlich auf frühe Traumatisierungen zurückgeführt, zumal sich zeigte, daß fast alle mißhandelten Kinder ein desorganisiertes Bindungsverhalten zeigten. Bald wurde aber deutlich, daß keineswegs alle solchermaßen unsicher gebundenen Kindern eine derartige Anamnese aufwies. Ebensovienig wie die Symptomatik des selbstverletzenden Verhaltens ließ sich auch das Vorkommen einer desorganisiert-unsicheren Bindungsorganisation in jedem Fall biographisch mit einem Mißhandlungstrauma verbinden. In der Folge wurde eine zweite Kerngruppe von desorganisiert-unsicher gebundenen Kindern beschrieben, deren Mütter in ihrem Leben selbst traumatische Erlebnisse durchlitten hatten und deren psychische Verarbeitung ihnen noch nicht gelungen war. Es stellt sich daher die Frage, wieso Kinder von mißhandelnden Müttern in gleicher Weise wie Kinder von Müttern, die selbst als Kind mißhandelt wurden, ein solches Bindungsmuster entwickeln. Ist die Mutter selbst traumatisiert, können die Bindungswünsche ihres Kindes sie leicht zu sehr ängstigen und hilflos machen, wenn diese Wünsche bei ihr diese unverarbeiteten Traumata wiederbeleben. Daher ist eine solche Mutter für ihr Kind nicht als Schutz, nicht als sichere Basis verfügbar. Sie kann für ihre Kinder keine hinreichende Empathie aufbringen. Vielmehr besteht die Gefahr, daß es gehäuft zu affektiven Fehlbestimmungen kommt, weil das Pflegeverhaltenssystem durch die Angst blockiert wird. Die Mütter der desorganisiert-desorientiert unsicher gebundenen Kinder werden daher als ängstlich und angsterregend beschrieben. Die Kinder werden diese Erlebnisse mit ihrer Mutter internalisieren und in ihr internes Arbeitsmodell von Beziehung aufneh-

men. Sie erleben sich in der Beziehung zu ihrer Mutter sowohl als Opfer wie auch als Täter. Selbst ängstlich müssen sie erleben, daß ihre Mutter sich vor ihnen ängstigt. Daß sie die Mutter durch ihr Verhalten ängstigen, läßt sich für sie nicht verstehen, zumal davon auszugehen ist, daß auch für die Mutter die Motive ihres Verhaltens unbewußt sind. Sie wird sich ihrem Kind nicht verständlich machen können. Nicht kommunikabel bleibt dieses Verhalten für das Kind in hohem Maße sinnlos, d.h. nicht anschlussfähig mit dem eigenen Erleben und Handeln. Da die betroffenen Kinder mit den dadurch ausgelösten widersprüchlichen Gefühlen verständlicherweise nur schlecht zurechtkommen können, werden sie lernen, über diese Gefühle nicht zu sprechen. Sie werden Situationen vermeiden, deren affektive Bedeutung bei ihrer Mutter ein unberechenbares und gefährliches Verhalten auslösen könnte. Ihre Fähigkeit zur Reflexion, ihre symbolische Kompetenz erscheint dadurch verringert in ähnlicher Weise, wie es bei selbst mißhandelten Kindern häufig zu beobachten ist. Noch bei erwachsenen Artefaktpatienten lassen sich diese Probleme in einer linguistischen Diskursanalyse nachweisen (Hausendorf et al. 1996).

### **Dissoziales, süchtiges und suizidales Verhalten als funktionales Äquivalent**

Es muß in diesem Zusammenhang betont werden, daß die oben geschilderten durchaus spekulativen Gedanken lediglich mögliche Entwicklungspfade beschreiben. So ist eine desorganisiert-unsichere Bindung keineswegs als pathologischer Zustand aufzufassen. Vielmehr kommt ihr die Bedeutung eines psychiatrischen Risikofaktors zu. Unter einer probabilistischen Perspektive wird man noch weitere Bedingungsfaktoren für das Zustandekommen einer pathologischen Entwicklung in Rechnung stellen müssen. So darf man erwarten, daß auch die meisten der erwähnten unsicher gebundenen Kindern vom D-Typ, die bis zu 20% einer unausgelesenen Stichprobe ausmachen können (Main 1995), keine Verhaltensstörungen entwickeln, zumindest wenn sie über ge-

nug psychosoziale Ressourcen verfügen. Auch muß beachtet werden, daß die meisten der oben geschilderten Korrelationen nur bei Kindern und ihren Familien aufgefunden wurden, bei denen auch andere psychiatrische Risikofaktoren vorlagen. Bei der Beantwortung der Frage, warum Menschen ein und dasselbe Problem auf so unterschiedliche Art und Weise zu lösen versuchen, wird man davon auszugehen haben, daß nicht nur ein und dasselbe Problem mittels verschiedener Problemlösungsmechanismen, die aus klinischer Perspektive als Symptome imponieren, gelöst werden können, sondern daß auch ein bestimmtes Problemlöseverhalten zur Lösung unterschiedlicher Problemlagen eingesetzt werden kann. Schon die geläufige klinische Erfahrung, daß selbstverletzendes Verhalten in Analogie zum sog. Werther-Effekt bei suizidalem Verhalten zur Nachahmung provoziert, so daß es etwa auf psychiatrischen Stationen bisweilen durchaus endemische Ausmaße annehmen kann, spricht für diese Annahme.

Auch muß der Einfluß soziokultureller Faktoren in Betracht gezogen werden. Diese lassen sich schon zur Erklärung der ausgeprägten Dominanz des weiblichen Geschlechts unter den sich selbst verletzenden Patienten heranziehen. Dabei vermag das Erleben eines „Körpers für andere“ bei manchen Frauen das Kontrollbedürfnis bezüglich des eigenen Körpers noch erhöhen, zumal in einer Altersphase, in der sie sich durch die biologisch verursachten und daher kaum zu kontrollierenden körperlichen Veränderungen wie Pubarche, Menarche oder Schwangerschaft als fremdbestimmt erleben können. So kann die seit einigen Jahren zu beobachtende Aufwertung körperlicher Erfahrungen, wie sie sich normenkonform etwa im Freizeitsportverhalten und in der Body-Building-Bewegung oder abweichend durch in der Punkbewegung äußert, als eine Art kompensatorische Gegenbewegung zum gleichzeitig bestehenden Trend zur Körperdistanzierung der modernen Gesellschaft angesehen werden (Bette 1991). Demnach garantieren erst körperliche Sensationen echte, authentische und ganzheitliche Erfahrungen, die man in der funktional differenzierten Gesellschaft zu

vermissen glaubt. Die Selbststigmatisierung durch selbstverletzendes Verhalten vermag die kommunikative Resonanz über die augenscheinliche Enttäuschung normativer Erwartungen zu steigern, wodurch sie in die Nähe zu dissozialem Handeln gerät, dem die Funktion zugeschrieben werden kann, über die Provokation von Kommunikation einen prekären Selbstwert zu sichern (Schleiffer 1994). Die funktionale Analyse selbstverletzenden Verhaltens läßt auch dessen hohe Komorbidität mit Dissozialität und Suchtverhalten verständlich werden. Dabei werden im Falle dissozialen Handelns die kommunikativen Bedürfnisse durchaus ausgelebt, wobei das Risiko zu geringer kommunikativer Resonanz kontrolliert wird durch ein systematisches Enttäuschen der normativen Erwartungen der Kommunikationspartner, die deren Reaktion in Form moralischer Sanktionen wahrscheinlich machen. Das süchtige wie auch das selbstverletzende Handeln erscheint hingegen eher narzißtisch motiviert, da die kommunikativen Wünsche stärker verleugnet werden. Überhaupt lassen sich viele Ähnlichkeiten zwischen selbstverletzendem und süchtigem Verhalten aufzeigen, die zur Hypothese geführt haben, selbstverletzendes Verhalten als nicht stoffgebundenes Suchtverhalten zu interpretieren (Resch et al. 1993).

Die Überzeugung, daß man sich quälen muß, um überhaupt bemerkt zu werden, muß allerdings kränkend und beschämend sein. Ist sie zu kränkend, liegt es nahe, auf den Wunsch nach Anerkennung überhaupt zu verzichten und die völlige Unabhängigkeit von anderen, die Autarkie, zu betonen, wenn nicht gar zu demonstrieren. Manchen Formen suizidalen Handelns kommt diese Funktion zu (Schleiffer 1994). Daher verwundert es nicht, daß bei sich selbst verletzenden Patienten häufig auch suizidale Intentionen bestehen. Im Vergleich zum selbstverletzenden Verhalten erscheint suizidales Verhalten die Bedeutung von Bindung und Beziehung radikaler zu negieren. Ähnlich wie Kind (1990) es für das Suizidverhalten beschrieben hat, kann man auch beim selbstverletzenden Verhalten eine interaktionsarme von einer interaktionsreichen Form unterscheiden. Als interaktionsarm und

deutlich narzißtisch strukturiert ließe sich dann das Verhalten solcher sich selbst verletzenden Patienten bezeichnen, denen es nicht darauf ankommt, daß ihre selbstzugefügten Wunden gesehen und versorgt werden, sondern denen es v.a. darum geht, sich eindeutig als Ursache von Wirkung zu erleben. Beim offenen selbstverletzenden Verhalten dürfte es sich dagegen um die interaktionsreiche Variante selbstverletzenden Verhaltens handeln, dessen Funktion sich als Sicherung der kommunikativen Anschlußfähigkeit durch eine Bindung oder gar Verstrickung der Sorge tragenden Bezugspersonen beschreiben läßt.

### Therapeutische Implikationen

Die funktionale Analyse des selbstverletzenden Verhaltens macht verständlich, warum sich die Psychotherapie dieser Patienten, insbesondere derer, die sich heimlich selbst verletzen, häufig so schwierig gestaltet. Das erste Ziel einer jeden Psychotherapie ist der Aufbau einer tragfähigen, hilfreichen Beziehung. Der Patient sollte darauf vertrauen dürfen, daß die Beziehung zum professionellen Helfer ihm nützt. Die Arzt-Patient-Beziehung ist in ähnlicher Weise wie die Beziehung zwischen Kind und seiner Bindungsperson insofern asymmetrisch konfiguriert, als daß der Patient vom seinem Therapeuten Hilfe erwartet und ihn dementsprechend zumindest bezüglich seiner Probleme als stärker und kompetenter einschätzt (Bowlby 1995, S. 149). Sieht man in einer psychotherapeutischen Beziehung auch eine professionelle Variante der frühen Bindungsbeziehung, wird verständlich, daß eine Hilfe erwartende Einstellung, die die Voraussetzung für jede erfolgversprechende Psychotherapie darstellt, bei den sich selbst verletzenden Patienten gerade das wichtigste Therapieziel markiert. Dieses Vertrauen in eine hilfreiche Beziehung fehlt allerdings diesen Patienten, dokumentieren sie doch mit ihren Symptomen, eben nicht auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, weil sie überzeugt sind, Hilfe von diesen nicht erwarten zu können. Vielmehr verbürgen ihnen eher unlustvolle und schmerzhaft Affektmuster die Objekt Konstanz und damit die Konti-

nuität ihres psychischen Systems. Mit der daraus resultierenden Tendenz zur negativen therapeutischen Reaktion (Valenstein 1993) frustrieren sie allerdings ihre Therapeuten. Als professionelle Helfer werden diese von ihren vermeintlich Hilfe suchenden Patienten hilflos gemacht und wissen oft nicht weiter. Insofern läßt sich eine solche therapeutische Beziehung nicht selten durchaus in analoger Weise zum ursprünglichen Bindungsmuster des Patienten als desorganisiert beschreiben.

Dieses Gegenübertragungsgefühl der Hilflosigkeit gilt es im psychotherapeutischen Prozeß zu nutzen. Der Psychotherapeut hat die Chance, dem Patienten an seinem eigenen Beispiel zu zeigen, wie man mit solchen Gefühlen kreativ umgehen kann. Keinesfalls sollte er diese frustrierenden Gegenübertragungsgefühle leugnen oder sich gar zu einer Gegenaggression verleiten lassen in ähnlicher Weise wie der immer wieder referierte Chirurg, der grundsätzlich selbst zugefügte Wunden seiner Patienten ohne Lokalanästhesie versorgt bzw. repariert. Er kann dem Patienten exemplarisch zeigen, daß er als Therapeut sich nicht in die Flucht schlagen läßt, wie damals dessen erste Bezugsperson, sondern daß seine Identität so weit gesichert ist, daß er funktionsfähig und d.h. therapiefähig bleibt. Dann fungiert es als „sichere Basis“, von der aus der Patient seine inneren Arbeitsmodelle zu überprüfen und aufgrund dieser neuen Erfahrung zu verändern vermag (Bowlby 1995, S. 129 ff.). Eine solche sichere psychotherapeutische Beziehung rechtfertigt das Vertrauen, sich der Welt explorativ zuzuwenden und die Möglichkeiten neuer Beziehungen zu erkunden. Ein solches exploratives Verhalten ist allerdings prinzipiell mit einem Risiko verbunden, enttäuscht zu werden. In einer gelingenden Psychotherapie besteht die Chance, daß der Patient im Schutz dieser haltgebenden Beziehung den Mut aufbringt, sich diesem Risiko auszusetzen. Dazu gehört auch die Erkundung der eigenen Geschichte mit dem Ziel, seine eigene Geschichte und damit sich selbst besser zu verstehen. Es geht um die Konstruktion einer neuen Geschichte, die sich besser erzählen läßt.

### Fazit für die Praxis

*Patienten, die sich heimlich selbst verletzen, dürften lediglich über ein unsicheres Bindungskonzept verfügen im Sinne einer desorganisierten Bindung. Mit ihren Symptomen dokumentieren sie einerseits, bezüglich ihrer psychischen Verfassung nicht auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Andererseits kontrollieren sie mit Hilfe ihrer körperlichen Läsion die Kommunikation zumindest im medizinischen System. Ein bindungstheoretisches Wissen um die Funktion dieses selbstverletzenden Verhaltens macht verständlich, daß der Therapeut eine Hilfe erwartende Einstellung, wie sie bei den Patienten als Voraussetzung für eine erfolgversprechende Psychotherapie zumeist erwartet werden kann, gerade bei den sich selbst verletzenden Patienten nicht erwarten darf. Vielmehr markiert der Aufbau einer tragfähigen und damit auch hilfreichen therapeutischen Beziehung gerade das zentrale Therapieziel. Nur wenn der Patient das hierfür notwendige Vertrauen aufbringen kann, wird er seinen Therapeuten als „sichere Basis“ nutzen können, von der aus er seine inneren Arbeitsmodelle zu überprüfen und aufgrund dieser neuen Erfahrung auch zu verändern vermag.*

### Literatur

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Walls S (1978) Patterns of attachment. Erlbaum, Hillsdale
- Bette K-H (1989) Körperspuren. de Gruyter, Berlin New York
- Bowlby J (1995) Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Dexter, Heidelberg
- Cicchetti D, Lynch M (1995) Failures in the expectable environment and their impact on individual development: the case of child maltreatment. In: Cicchetti D, Cohen DJ (eds) Developmental psychopathology, vol 2: risk, disorder, and adaptation. Wiley, New York, pp 33–71
- Fonagy P, Steele H, Steele M (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Development 62:891–905



- 
- Hausendorf H, Nordmeyer J, Quasthoff UM (1991) Der Faktitiapatient als aktiv Erduldender und passiv Mächtiger: Eine linguistische Analyse der Selbstdarstellung einer Patientin in therapeutischer Interaktion. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41:61–67
- Kind J (1990) Zur Interaktionstypologie suicidalen Verhaltens. *Nervenarzt* 61:153–158
- Krause R, Ullrich B, Steimer-Krause E (1992) Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. *Forum Psychoanal* 8:238–253
- Main M (1995) Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg) *Die Bindungstheorie*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 120–139
- Main M, Solomon J (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M (eds) *Affective development in infancy*. Ablex, Norwood, pp 95–124
- Resch F, Karwautz A, Schuch B, Lang E (1993) Kann selbstverletzendes Verhalten als süchtiges Verhalten bei Jugendlichen angesehen werden? *Z Kind Jugendpsychiatr* 21:253–259
- Sachsse U (1989) „Blut tut gut“. Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigungen der Haut. In: Hirsch M (Hrsg) *Der eigene Körper als Objekt*. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 94–117
- Sachsse U (1994) *Selbstverletzendes Verhalten*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schleiffer R (1994) Zur Selbstsozialisation erziehungsschwieriger Kinder. *Vierteljahresschr Heilpäd Nachbargeb* 63:467–479
- Schleiffer R (1995) Selbsttötung als Versuch der Selbstrettung. *System Familie* 8:243–254
- Solomon J, George C, Jong A de (1995) Children classified as controlling at age six: evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Develop Psychopathol* 7: 447–463
- Valenstein AF (1993) Über die Verhaftung an schmerzliche Empfindungen und die negative therapeutische Reaktion. *Forum Psychoanal* 9:161–180
- Wöller W (1993) Psychoanalytische Theorien zur Depersonalisierung. *Forum Psychoanal* 9:122–131