

Selbstverletzendes Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.

Ein Handlungsleitfaden

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Michelle KAPLANS, BA

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, Mai 2021

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstaatlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Graz, Mai 2021

Unterschrift: _____

Kurzfassung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ziel der Arbeit ist es, einen Handlungsleitfaden für die beschriebene Thematik zu erstellen, um einerseits (noch unerfahrenen) MitarbeiterInnen den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten zu erleichtern, andererseits auch um den Jugendlichen die bestmögliche Unterstützung gewährleisten zu können. Hierfür wurden sieben leitfadengestützte Interviews durchgeführt, vier Interviews mit erfahrenen MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe und drei Interviews mit Jugendlichen, welche sich selbst verletzen bzw. dies in der Vergangenheit taten. Ausgewertet wurden die Interviews mittels der strukturierten Inhaltsanalyse. Für die Kategorisierung wurde das Programm MAXQDA herangezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass ein fundiertes Wissen das Wichtigste im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten sowie auch für die Präventionsarbeit ist. Allerdings besteht ein Defizit in den meisten Ausbildungen. Daher muss selbstverletzendes Verhalten fixer Bestandteil jeder Ausbildung werden, welche zur Arbeit im Sozialwesen befähigt.

Abstract

This master's thesis deals with the handling of self-injurious behavior in inpatient child and youth care. The aim of the thesis is to create a guideline for the described topic in order to make it easier for (inexperienced) staff to deal with self-injurious behavior on the one hand, and on the other hand to be able to guarantee the best possible support for those affected. For this purpose, seven guideline-based interviews were conducted, four interviews with experienced staff members of inpatient child and youth welfare service and three interviews with young people who self-harm oder have self-harmed themselves in the past. The interviews were evaluated by means of structured content analysis. The MAXQDA program was used for the categorization. The results show that a well-founded knowledge is the most important thing in dealing with self-harming behavior as well as for prevention work. However, it's hardly or not addressed in most training courses. Therefore self-injuring behavior must first and foremost be a fixed component of any training that enables people to work in the social sector.

Danksagung

Ein großes DANKESCHÖN geht an...

... Univ. Prof. Dr. Arno Heimgartner, welcher mich stets bei meinem Schreibprozess unterstützte!

... meine InterviewpartnerInnen, welche sich Zeit für mich genommen haben und mir einen Einblick in ihre Gedanken- und Gefühlswelt gaben!

... meine Familie, welche mir mein gesamtes Studium über zur Seite stand und mich sowohl finanziell als auch emotional stets unterstützt hat!

... insbesondere meine Mama, auf welche ich mich in allen Lebenslagen verlassen kann!

... meine FreundInnen und StudienkollegInnen, welche mir stets zur Seite standen und mich motivierten, weiterzumachen!

DANKE!

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG	9
THEORETISCHER TEIL	10
2 SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN	11
2.1 Terminologie	12
2.2 Definition	14
2.3 Klassifikationsmodelle	15
2.3.1 Klassifikation nach Menninger (1938)	15
2.3.2 Klassifikation nach Pattison und Kahan (1983)	16
2.3.3 Klassifikation nach Simeon und Favazza (2001)	16
2.3.4 Direkte vs. indirekte Selbstverletzung	17
2.3.5 Selbstschädigung vs. Selbstfürsorge	18
2.3.6 Ritualisierte vs. pathologische Selbstverletzung	18
2.3.7 Offene vs. heimliche Selbstverletzung	19
2.4 Erscheinungsformen und Häufigkeiten	19
2.4.1 Erscheinungsformen und Häufigkeiten bei Erwachsenen	20
2.4.2 Erscheinungsformen und Häufigkeiten bei Jugendlichen	21
2.4.3 Ritzen	24
2.5 Geschlechterunterschiede	25
2.6 Abgrenzung zur Suizidalität	25
2.7 Soziodemographische Variablen in Zusammenhang mit SVV	27
2.7.1 Geschlecht	27
2.7.2 Alter	29
2.7.3 Sozioökonomischer Status	31
2.8 Psychische Funktionen von selbstverletzendem Verhalten nach Klonsky	31
2.8.1 Affektregulation/Emotionsregulation	32
2.8.2 Anti-Dissoziation	34
2.8.3 Anti-Suizid	36
2.8.4 Interpersonelle Beziehungen	36
2.8.5 Interpersonelle Beeinflussung	37
2.8.6 Selbstbestrafung	37
2.8.7 Sensation-Seeking	38
2.9 Ätiologie/Risikofaktoren	39
2.9.1 Neurobiologie	39

2.9.2 Trauma	41
2.9.3 Sexuelle Gewalt	42
2.9.4 Impulsivität	43
2.10 Komorbidität	44
2.10.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)	45
2.10.2 Depression	46
2.10.3 Essstörungen	47
2.11 Pädagogische Betreuung	50
2.12 Therapie	51
2.12.1 Psychotherapie	52
2.12.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	53
2.12.3 Psychopharmakologische Therapie	55
2.13 Prävention	58
3 DIE KINDER- UND JUGENDHILFE	60
3.1 Gesetzliche Grundlagen	61
3.2 Die stationäre Kinder- und Jugendhilfe	62
3.2.1 Gefährdungsabklärung	63
3.2.2 Hilfeplanung	63
3.2.3 Volle Erziehung	64
3.3 Gründe der Fremdunterbringung	66
EMPIRISCHER TEIL	70
4 EMPIRISCHES FORSCHUNGSDESIGN	71
4.1 Forschungsziel	71
4.2. Stichprobe	71
4.3 Durchführung der Studie	72
4.4 Erhebungsmethode	73
4.5 Auswertung	73
4.5.1 MAXQDA	73
4.5.2 Strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring	74
5 ERGEBNISSE	75
5.1. Ergebnisse Professionelle	75
5.1.1 Häufigkeiten des Auftretens von SVV	75
5.1.2 Handlungsweisen	75
5.1.3 Gefühle der Professionellen	78

5.1.4 Alter der Jugendlichen	78
5.1.5 Geschlechtsspezifika	78
5.1.6 Methoden	79
5.1.7 Körperstellen	79
5.1.8 Häufigkeit der Selbstverletzung der Personen	80
5.1.9 Situationen in Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten	80
5.1.10 Anzeichen	81
5.1.11 Funktionen	83
5.1.12 Gründe für die Selbstverletzung	84
5.1.13 Suizidabsicht bzw. suizidale Folgen	84
5.1.14 Komorbide Erkrankungen	84
5.1.15 Behandlung	85
5.1.16 Alternativhandlungen	87
5.1.17 Notfallkoffer	88
5.1.18 Prävention	89
5.1.19 Kompetenzen	90
5.1.20 Ausbildung/Weiterbildung	92
5.1.21 Anregungen zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	92
5.1.22 Corona-Pandemie	94
5.2 Ergebnisse Jugendliche	95
5.2.1 Wohnen	95
5.2.2 Beginnalter	95
5.2.3 Gründe für selbstverletzendes Verhalten	95
5.2.4 Methoden	96
5.2.5 Körperstellen	97
5.2.6 Häufigkeiten des selbstverletzenden Verhaltens	97
5.2.7 Funktionen	98
5.2.8 Situationen	98
5.2.9 Gefühle	99
5.2.10 Anzeichen	99
5.2.11 Suizidabsicht	100
5.2.12 Komorbide Erkrankungen	101
5.2.13 Behandlungen	101
5.2.14 Reaktionen der Professionellen	102

5.2.15 Alternativhandlungen	103
5.2.16 Notfallkoffer	104
5.2.17 Anregungen zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	104
6 RESÜMEE UND AUSBLICK	110
LITERATURVERZEICHNIS	114
Internetquellen	122
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	124
TABELLENVERZEICHNIS	124
GRAFIKVERZEICHNIS	125
ANHANG	126

1 EINLEITUNG

Laut der Kinder- und Jugendhilfestatistik wurden im Jahr 2019 12.785 Kinder und Jugendliche im Rahmen der Vollen Erziehung in Österreich fremdbetreut, davon insgesamt 1.541 in der Steiermark (vgl. Bundesministerium 2020, S. 20). Die Gründe dafür sind unterschiedlich, können jedoch grob in vier Metagründe zusammengefasst werden, nämlich in Vernachlässigung, physische Gewalt, psychische Gewalt sowie sexuelle Gewalt. All jene Erfahrungen bringen häufig Traumata mit sich, mit welchen Jugendliche oft nur schwer umgehen können. Eine sehr weit verbreitete Strategie zum Umgang mit solchen Traumata stellt in der Kinder- und Jugendhilfe selbstverletzendes Verhalten dar. Hier stellt sich nun die Frage, wie ein angemessener Umgang mit einem solchen Verhalten aussehen sollte. Daher beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dem adäquaten Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel, einen Handlungsleitfaden für die genannte Thematik zu erstellen.

Anfangs wurden theoretische Einblicke in die Thematik von selbstverletzendem Verhalten gegeben. Hierbei wurde der Fokus zuerst auf die Terminologie sowie Begriffsdefinition gerichtet, um anschließend die verschiedenen Klassifikationsmodelle aufzeigen zu können. Im Anschluss werden statistische Daten bezüglich Alter sowie Methoden angeführt, um einen Überblick über die Vielfältigkeit der Thematik geben zu können. Des Weiteren werden im Laufe der Arbeit Einblicke bezüglich etwaige Geschlechterunterschiede gegeben sowie der Zusammenhang von selbstverletzendem Verhalten und soziodemographischen Variablen aufgezeigt. Außerdem werden wichtige Themen wie Funktionen von selbstverletzendem Verhalten, Risikofaktoren, die Komorbidität, die pädagogische Betreuung sowie Therapie und Prävention von selbstverletzendem Verhalten genauer durchleuchtet. Im Anschluss daran gibt der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit noch einen kurzen Überblick über die (stationäre) Kinder- und Jugendhilfe sowie über die Gründe der Fremdunterbringung.

Im empirischen Teil hingegen werden sowohl das Forschungsziel als auch die Stichproben sowie die Durchführungs- und Auswertungsmethode der Studie näher beschrieben. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Arbeit detailliert veranschaulicht und interpretiert. Das abschließende Resümee gibt einen Überblick über die Arbeit sowie einen Ausblick für die Zukunft.

THEORETISCHER TEIL

2 SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Selbstverletzendes Verhalten wurde bis zum Jahr 2013 groÙtenteils als Symptom von klinischen Syndromen, insbesondere als jenes der Borderline-Persönlichkeitsstörung abgetan und nicht als eigenständiges Syndrom angesehen (vgl. Klonsky 2007, S. 227; Petermann/Winkel 2009, S. 20; Kaess 2012, S. 19). 2013 wurde selbstverletzendes Verhalten dann unter dem Terminus ‚Nonsuicidal Self-Injury‘ (Nicht-suizidale Selbstverletzung) in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5) in Sektion III als quasi eigene Krankheitsentität eingeführt. Die Sektion III des DSM-5 befasst sich mit Störungsbildern, an welchen intensiver geforscht werden muss, um als eigene Krankheitsentitäten aufgenommen werden zu können (vgl. Elze/Elze o.J., o.S.). Im Gegensatz dazu wird selbstverletzendes Verhalten in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) nur im Abschnitt ‚Häufig psychische und Verhaltensstörungen begleitende sonstige Krankheiten und Bedingungen aus anderen Kapiteln der ICD-10‘ unter Kapitel XX ‚Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60-X84)‘ angeführt (vgl. Dilling/Freyberger 2019, S. 395).

Selbstverletzendes Verhalten tritt bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf, wobei es im Jugendalter besonders ausgeprägt ist (vgl. Petermann/Nitkowski 2008, S. 1018). Betrachtet man die Entwicklung der Prävalenz, so wird häufig von einem Anstieg der Anzahl an Personen, die sich selbst verletzen, ausgegangen. Die Daten zur Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten variieren jedoch nach Studie. Ein Grund dafür könnten die unterschiedlichen Stichproben sein, aber auch die unterschiedlichen Definitionen von selbstverletzendem Verhalten sowie die verschiedenen Instrumente zur Erfassung des Verhaltens könnten zu den uneinheitlichen Ergebnissen beitragen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 36). Swannell et al. (2014) beschäftigten sich mit dieser problematischen Heterogenität bezüglich der Prävalenzschätzungen, da diese die Reliabilität der Daten erheblich beeinflusst und sie kamen dabei zum Schluss, dass sich selbstverletzendes Verhalten im Laufe der Zeit nicht erhöht hat. Auch konnten sie die Prävalenzzahlen von verschiedenen Studien zusammenfassen und kamen dadurch zu den Ergebnissen, dass die Prävalenz, bezogen auf mindestens ein Vorkommnis, unter Jugendlichen bei 17,2%, unter jungen Erwachsenen bei 13,4% und unter Erwachsenen bei 5,5% liegt (vgl. Swannell/Martin/Page/Hasking/St John 2014, S. 273). Betrachtet man die repetitiven Formen von selbstverletzendem Verhalten, so kamen Plener et al. (2014) zum Ergebnis, dass die Prävalenz unter Jugendlichen hier bei 3% bis 4% liegt (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 36). Bei PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist die Prävalenz deutlich höher (vgl. Petermann/Nitkowski 2008,

S. 1018). Im stationären Setting konnte selbstverletzendes Verhalten bei 60% der PatientInnen festgestellt werden und 49,6% wiesen repetitive Formen auf (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 36).

2.1 Terminologie

Um einen passenden Einstieg in das Thema der vorliegenden Masterarbeit zu schaffen, wird zuerst versucht, einen der zentralsten Begriffe der Arbeit vorab zu klären bzw. zu definieren, nämlich den Begriff des selbstverletzenden Verhaltens. Dieses Vorhaben gestaltet sich jedoch teilweise schwierig, da es eine Reihe an unterschiedlichen Begriffen, welche als Synonyme zum Terminus selbstverletzendes Verhalten fungieren, sowie verschiedenen Definitionen von selbstverletzendem Verhalten gibt (vgl. Fleischer/Herpertz 2009, S. 17). Dazu zählen beispielweise die Begriffe ‚absichtliche Selbstverletzung‘, ‚nicht-suizidale Selbstverletzung‘ oder ‚selbstverletzendes Verhalten‘, um einige zu nennen. Durch diese Vielfalt an Bezeichnungen und unzureichender Terminologie wird nicht nur die Kommunikation, sondern auch die Entwicklung von therapeutischen und diagnostischen Ansätzen beeinflusst (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 21). Auch die Einführung des Terminus ‚Nichtsuizidale Selbstverletzung‘ im Jahr 2013 im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) als eigene Entität änderte nichts an der Vielfalt der Begrifflichkeiten, welche versuchen, selbstverletzendes Verhalten zu beschreiben (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 17). Daher wird im Folgenden versucht, diese Vielfalt der Terminologie darzustellen und sich anschließend auf eine passende Bezeichnung sowie Definition festzulegen, welche als Basis für die Arbeit fungieren.

Karl Menninger war 1938 der Erste, der in seinem Buch „Men against himself“ versuchte, selbstverletzendes Verhalten zu definieren. Damals bezeichnete er jenes selbstverletzende Verhalten, welches auch heute noch insbesondere bei Jugendlichen zu beobachten ist, als „Neurotische Selbstverstümmelung“ und verglich dieses damals mit einer Art Ausdruck des Todestriebes, wie dies seiner Meinung nach auch bei Suizidversuchen der Fall ist (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 17).

1983 wurde durch Pattison und Kahan das selbstverletzende Verhalten zum ersten Mal mit dem Begriff deliberate self-harm (DSH) als eigenständiges Syndrom beschrieben, was bis heute von großer Bedeutung für die Diskussion um die Frage war, ob selbstverletzendes Verhalten nur als Symptom von diversen psychischen Erkrankungen angesehen werden soll oder ob es sich hierbei um ein eigenes Syndrom handelt (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 18).

Erst Anfang der 1990er Jahre wurde das selbstverletzende Verhalten immer mehr in den Fokus der klinischen Arbeit sowie auch psychiatrischen Forschung gerückt, wodurch eine Viel-

falt an Begriffen entstand, aus welchen jedoch bis heute keine einheitliche Definition entstehen konnte. Als am häufigsten gebrauchte Begriffe kristallisierten sich hierbei die absichtliche Selbstschädigung, die nicht-suizidale Selbstverletzung sowie das selbstverletzende Verhalten heraus. Der Begriff absichtliche Schädigung stammt vom englischen Begriff ‚deliberate self-harm (DSH)‘. Dieser wird „als eine freiwillige Handlung beschrieben, die mit der Absicht, sich selbst zu schädigen, unternommen wird und nicht tödlich endet“ (Kaess/Edinger 2019, S. 18). Auch der Begriff ‚nicht-suizidale Selbstverletzung‘, welcher sich von der englischen Bezeichnung ‚non-suicidal self-injury (NSSI)‘ ableitet, impliziert bereits, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten um eine „freiwillige, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht“ handelt (Kaess/Edinger 2019, S. 18f). Das selbstverletzende Verhalten wird hierbei sozial nicht geduldet und wird auch ständig wiederholt, ist also repetitiv. Beim dritten Begriff ‚selbstverletzendes Verhalten‘, der sich vom englischen Begriff ‚self-injurious behavior (SIB)‘ ableitet, handelt es sich um „einen eher weit gefassten Begriff ohne nähere Definitionen und klare Abgrenzungen zur Suizidalität“ (Kaess/Edinger 2019, S. 19).

Der letzte Überblick über die Terminologie des vorliegenden Themas stammt von Norbert Hänsli. Er veröffentlichte 1996 ein detailliertes Schema sowohl über die gängigsten deutschsprachigen als auch englischsprachigen Bezeichnungen für selbstverletzendes Verhalten, welches in Abbildung 1 dargestellt ist (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 20).

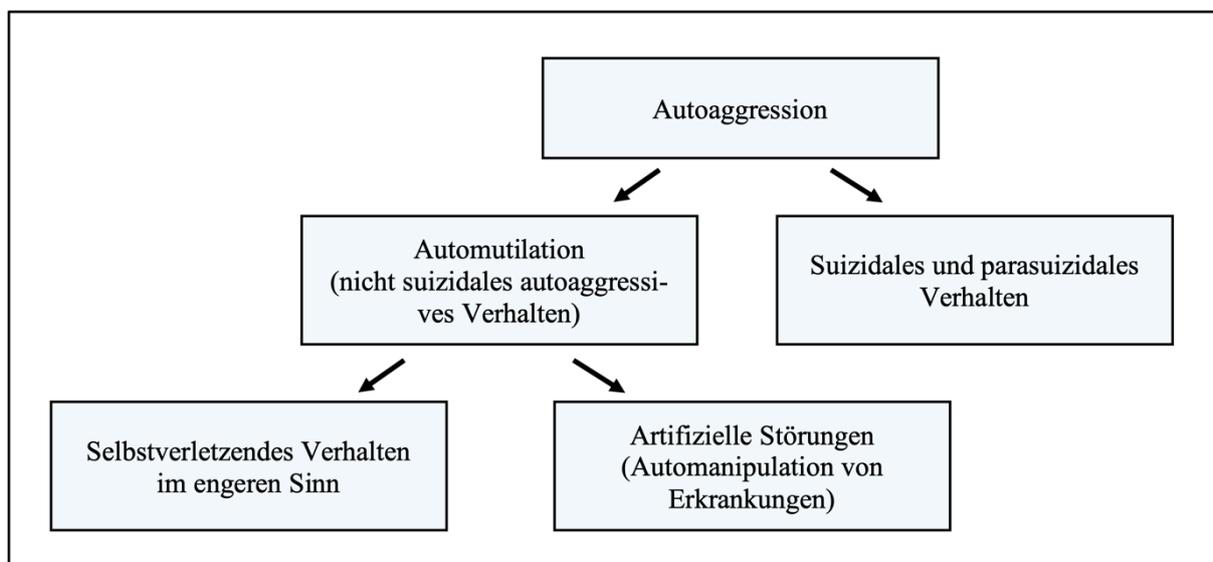


Abbildung 1: Schema der Terminologie selbstverletzenden Verhaltens nach Hänsli 1996 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 20)

Als Oberbegriff für verschiedene Formen von Selbstverletzung fungiert nach Hänsli im deutschsprachigen Raum häufig der Ausdruck „Autoaggression“. Dieser Begriff umfasst so-

wohl suizidales als auch parasuizidales Verhalten sowie automutilatives Verhalten, welches für nicht-suizidales autoaggressives Verhalten steht. Der Begriff Automutilation wieder kann in selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne sowie in artifizielle Störungen unterteilt werden (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 20). Der Begriff ‚artifizielle Störung‘ löste vor allem im psychiatrischen Bereich den wohl bekannteren Ausdruck ‚Münchhausen-Syndrom‘ ab und ist dadurch gekennzeichnet, dass PatientInnen Beschwerdebilder vorstellen, die vorgetäuscht oder auch absichtlich herbeigeführt werden und daher nicht einer wirklichen Erkrankung entsprechen. Auch Kinder und Jugendliche können ein derartiges Verhalten entwickeln, sind jedoch meistens Opfer einer solchen Störung, in den meisten Fällen der Mutter (vgl. Noeker 2004, S. 449).

Nach ausführlicher Darstellung der Terminologie sowie teilweiser Erklärung der Begriffe möchte ich an dieser Stelle anmerken, dass, obwohl dieser Terminus sehr breit gefächert ist und sich auch nicht klar von der Suizidalität abgrenzt, ich mich trotzdem dazu entschieden habe, den Begriff selbstverletzendes Verhalten bzw. Selbstverletzung für meine Arbeit zu verwenden, da meiner Meinung nach die Mehrheit der Professionellen der Kinder- und Jugendhilfe etwas mit diesem Ausdruck in Verbindung bringen.

2.2 Definition

Nun muss aus der in Kapitel 2.1 beschriebenen Problematik der Terminologie eine passende, klare und zugleich alle Komponenten erfassende Definition für selbstverletzendes Verhalten gefunden werden. Die Ansicht, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten „um eine absichtliche Verletzung des eigenen Körpers handelt, ohne dass jedoch eine Suizidabsicht vorliegt“, wird von vielen AutorInnen geteilt (Petermann/Winkel 2009, S. 22). So beschrieb auch bereits Herpertz 1995 selbstverletzendes Verhalten als direkte, selbst zugefügte, repetitive, körperliche Verletzung, die nicht gewollt lebensbedrohlich ist und sich somit von einem Suizidversuch abgrenzt (vgl. Sachsse 2016, S. 2). Auch Nock & Fazzava (2009) sowie Nitkowski & Petermann (2011) definierten selbstverletzendes Verhalten als absichtliche, repetitive und direkte Selbstverletzungen, denen jedoch keine Suizidabsicht zu Grunde liegt und welche sozial nicht geduldet werden (vgl. In-Albon & Bürli 2013, S. 234).

Daher habe ich mich als Grundlage für meine Arbeit für folgende Definition von Petermann und Nitkowski entschieden:

„Selbstverletzendes Verhalten ist gleichbedeutend mit einer funktionell motivierten Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die in direkter und offener Form geschieht, sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht.“
(Petermann/Nitkowski 2016, S. 23. zit. n. Kaess/Edinger 2019, S. 19).

2.3 Klassifikationsmodelle

Anhand der vielseitigen Erscheinungsformen von selbstverletzendem Verhalten wird deutlich, in welchen unterschiedlichen Kontexten Selbstverletzungen auftreten können und wie viele verschiedene Ursachen dieses Verhalten aufweisen kann. Der Begriff selbstverletzendes Verhalten umfasst im Prinzip alle Verhaltensweisen oder Tätigkeiten, die dem Körper Schaden zufügen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 19f). Daher ist es wichtig, dieses Phänomen nach den verschiedenen Formen zu klassifizieren. Die unterschiedlichen Klassifikationsmöglichkeiten werden nun im folgenden Kapitel dargestellt.

2.3.1 Klassifikation nach Menninger (1938)

Karl Menninger war nicht nur der Erste, der versuchte, selbstverletzendes Verhalten zu definieren, sondern auch zu systematisieren. Wie Tabelle 1 zeigt, unterteilte er selbstverletzendes Verhalten damals in die neurotische, psychotische, organische, religiöse und konventionelle Selbstverstümmelung (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 30).

Kategorie	Beispiele
Neurotisch	Zerkratzen der Haut, Haareausreißen, Nägelkauen, Forderung nach unnötigen chirurgischen Eingriffen
Psychotisch	Zerstörung des Augapfels, Verletzung der Genitalien, Selbstamputation von Gliedern
Organisch	Selbstverletzungen, die auf hirnrorganische Schäden infolge von Hirnhautentzündungen zurückgeführt werden können
Religiös	Beschneidung, Initiationsriten, öffentliche Selbstpeinigung
Konventionell	Nägelschneiden, Rasieren und Haarschneiden

Tabelle 1: Kategorien der Selbstverstümmelung nach Menninger 1938 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 30)

Die Einteilung der in der Tabelle angeführten Kategorien basiert auf folgenden Dimensionen:

- „Ursache des selbstverletzenden Verhaltens (z. B. Vorhandensein einer psychischen oder hirnrorganischen Störung oder eine religiöse Motivation),
- Schweregrad der Selbstverletzung und

- soziale Akzeptanz des Verhaltens.“ (Petermann/Winkel 2009, S. 31).

Wie in Tabelle 1 bereits zu sehen ist, handelt es sich sowohl bei der religiösen als auch bei der konventionellen Selbstverstümmelung jedoch nicht um selbstverletzendes Verhalten im engeren Sinne, sondern eher um ein Verhalten, das sozial gefordert wird (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 31).

2.3.2 Klassifikation nach Pattison und Kahan (1983)

1983, also 45 Jahre nach Menninger, wurde selbstverletzendes Verhalten von Pattison und Kahan anhand drei Dimensionen klassifiziert – Direktheit, Letalität¹ und Wiederholung. Sie gehen davon aus, dass direkte Selbstverletzungen in kürzeren Zeitabständen sowie auch absichtlich durchgeführt werden, wohingegen indirekte Selbstverletzungen in längeren Zeitabständen und unabsichtlich zugezogen werden. Diesem Klassifikationssystem liegt jedoch nicht vollständig die hier verwendete Definition zugrunde (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 31).

2.3.3 Klassifikation nach Simeon und Favazza (2001)

Eine weitere Klassifikationsmöglichkeit von selbstverletzendem Verhalten ist jene von Simeon und Favazza von 2001. Ihre Klassifikation ist einfach, prägnant und rein deskriptiv. Sie gliedert Selbstverletzungen anhand Schweregrad, Regelmäßigkeit des Auftretens sowie Grad der Stereotypisierung in vier verschiedene Kategorien: schwere Selbstverletzungen, stereotype Selbstverletzungen, zwanghaftes selbstverletzendes Verhalten sowie impulsives selbstverletzendes Verhalten (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 31f). Die genauen Beschreibungen der Kategorien sind Abbildung 2 zu entnehmen.

¹ Letalität beschreibt medizinisch gesehen die Wahrscheinlichkeit, an einer Krankheit zu sterben (vgl. Duden 2020, o.S.)

Die Klassifikation nach Simeon und Favazza (2001)

- **Schwere Selbstverletzungen:** In diese Kategorie fallen schwere, zu Verstümmelung führende und potentiell lebensbedrohliche Selbstverletzungen wie Autoenukleationen (Zerstörung des Augapfels), Selbstkastrationen und Selbstamputationen. Diese Formen finden sich häufig bei Psychosen oder bei Intoxikationen (z. B. mit Drogen), aber auch bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Enzephalitis).
- **Stereotype Selbstverletzungen:** Hierzu gehören rhythmisch wiederholte, gleichförmig und starr ablaufende Selbstverletzungen wie Sich-Beißen, Sich-Kratzen, Augen-, Nasen- und Ohrenbohren oder Kopfschlagen. Sie werden häufig bei geistig behinderten und hospitalisierten Menschen beobachtet.
- **Zwanghaftes selbstverletzendes Verhalten:** Unter dieser Bezeichnung werden leichte selbstverletzende Verhaltensweisen zusammengefasst, die sehr häufig wiederholt werden und einen zwanghaften Charakter annehmen, zum Beispiel Nägelbeißen oder Ausreißen von Haaren.
- **Impulsives selbstverletzendes Verhalten:** Zu dieser Kategorie gehören das Schneiden und Ritzen oder Verbrennen der Haut, die Störung der Wundheilung sowie andere Formen von Selbstverletzung, die episodisch oder wiederholt auftreten und leicht bis mittelschwer, aber nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind. Häufig folgt das Verhalten einem festen Ablaufschema (Ritual).

Abbildung 2: Klassifikation von selbstverletzendem Verhalten nach Simeon und Favazza 2001 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 32)

In die Klassifikation von Simeon und Favazza wurden keine Theorien über die Ursachen des Verhaltens integriert. Als Vorteil kann hier genannt werden, dass jegliche Erscheinungsformen von selbstverletzendem Verhalten systematisiert werden können, auch ohne Informationen bezüglich Motiv der/des PatientIn bzw. psychischen oder hirnrorganischen Störungen. Der Nachteil einer rein deskriptiven Klassifikation ist jedoch, dass nichts über mögliche Ursachen des Verhaltens gesagt werden kann. Daher können auch nur beschränkte Interventionen daraus abgeleitet werden (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 31f).

2.3.4 Direkte vs. indirekte Selbstverletzung

Die Unterteilung in direkte und indirekte Formen der Selbstverletzung geht auf Ross und McKay (1979) zurück. Zu den direkten Formen von selbstverletzendem Verhalten zählen Handlungen wie Sich-Schneiden, Sich-Kratzen, Sich-Schlagen etc. (siehe Kapitel 2.4). Im Gegensatz dazu werden Handlungen wie Alkohol- und Substanzmissbrauch, pathologisches Essverhalten, ungeschützter Geschlechtsverkehr, das Verweigern von lebensnotwendigen Behandlungen oder riskante sportliche Aktivitäten als indirekte Selbstverletzungen bezeichnet (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 17; St.Germain/Hooley 2012, S. 78; Kaess/Edinger 2019, S. 21).

2.3.5 Selbstschädigung vs. Selbstfürsorge

Es kann bei selbstverletzendem Verhalten auch zwischen Selbstschädigung und Selbstfürsorge unterschieden werden. Selbstverletzendes Verhalten wird von Jugendlichen häufig dazu verwendet, um sich für vermeintliche Vergehen selbst zu bestrafen. Paradoxe Weise kann selbstverletzendes Verhalten jedoch auch als Selbstfürsorge angesehen werden. Dies kann aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Einerseits sind Gewalt und Fürsorge eng miteinander verbunden, da beispielweise selbst zugefügte Wunden auch versorgt und gepflegt werden müssen. Sich selbst zu verletzen stellt für viele Jugendliche also auch eine Möglichkeit dar, sich selbst Aufmerksamkeit und Fürsorge zu schenken. Um dies zu erklären: viele Jugendliche gehen davon aus, dass sie Aufmerksamkeit und Zuwendung nicht verdienen, es sei denn sie sind krank oder verletzt. Daher können sie sich nur etwas Gutes tun, wenn sie sich im Vorhinein selbst verletzen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 65f). Eine andere Sichtweise auf Selbstfürsorge kommt von Claes und Vandereycken. Diese stellten self-harm und self-care gegenüber und kamen zum Ergebnis, dass Selbstfürsorge auch einen pathologischen Charakter annehmen kann. Als Beispiel kann hier der Waschzwang genannt werden, welcher schlussendlich schädigend für den Körper wird. Diese Form der ‚Selbstfürsorge‘, welche als Bewältigungsstrategie für Probleme angesehen wird, muss jedoch von jener unterschieden werden, die gesellschaftlich akzeptiert ist (Piercing und Tattooing). Resch wiederum geht so weit und betrachtet auch gesellschaftlich nicht akzeptierte Formen der Selbstverletzung wie beispielweise selbstverletzendes Verhalten als Spannungsreduktion oder als Umgang mit negativen Emotionen als Selbstfürsorge (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 20).

2.3.6 Ritualisierte vs. pathologische Selbstverletzung

Eine Klassifikation anhand der gesellschaftlichen Akzeptanz von Selbstverletzungen wurde von Favazza (1996) entwickelt. Er unterscheidet zwischen ritualisierten und pathologischen Selbstverletzungen. Als ritualisierte Selbstverletzungen gelten zum Beispiel Tattoos, Piercings, Branding aber auch religiös motiviertes selbstverletzendes Verhalten. Diese Handlungen werden deshalb als ritualisiert bezeichnet, da sie einen sozialen Kontext besitzen. Im Gegensatz dazu beschreibt Favazza auch die pathologischen Selbstverletzungen, welche keinen sozialen Kontext besitzen und vom Großteil der Gesellschaft nicht akzeptiert werden. Dazu zählen, wie es auch von Yates (2004) beschrieben wurde, beispielweise Substanzmissbrauch, Hochrisikoverhalten oder auch das bekannte Ritzen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 20f).

2.3.7 Offene vs. heimliche Selbstverletzung

Ähnlich wie Hänslı (Abbildung 1) teilten Hoffmann et al. (2004) den Überbegriff ‚Autoaggression‘ in selbstverletzendes Verhalten sowie artifizielle Störungen ein. Dabei unterscheiden sie offene von heimlichen Selbstverletzungen, welche innerhalb artifizieller Störungen auftreten. Der Unterschied liegt darin, dass offene Selbstverletzungen als selbstverursacht identifiziert werden können, während dies bei heimlichen Selbstverletzungen von den PatientInnen gezielt verschwiegen wird, da eine unverständliche und unbekante Erkrankung angenommen werden soll, um in die Rolle einer/eines Kranken schlüpfen zu können und somit medizinisch versorgt zu werden. Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, ist die bekannteste und zugleich auch extremste Form artifizieller Störungen das Münchhausen-Syndrom. Obwohl offene von heimlichen Selbstverletzungen abgegrenzt werden (müssen), sind artifizielle Störungen häufig komorbide Erkrankungen von offenen Selbstverletzungen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 22).

2.4 Erscheinungsformen und Häufigkeiten

Selbstverletzendes Verhalten wird in unterschiedlichen Altersstufen bzw. Lebensphasen beobachtet und kann verschiedene Formen annehmen. Es kann jegliche Teile des menschlichen Körpers betreffen sowie auf unterschiedliche Arten ausgeführt werden. Zudem reichen die Instrumente zur Selbstverletzung von den eigenen Fäusten, Händen, Zähnen oder Fingernägeln bis hin zu Rasierklingen oder Messern. Aber auch alltägliche Gegenstände wie Stifte oder Schmuck können als Instrumente zur Selbstverletzung dienen (vgl. Petermann/Nitkowski 2008, S. 1017; Petermann/Winkel 2009, S. 25). Wobei hier zu beachten ist: „Wenn sich ein Patient dringend verletzen will oder muss, findet er prinzipiell immer ein Mittel dazu“ (Petermann/Nitkowski 2008, S. 1017). Besonders verbreitet ist jedoch die direkte Schädigung des Gewebes, also Verletzungen der Haut durch Schneiden mit scharfen Objekten. Am meisten hiervon betroffen sind die Extremitäten, da diese Stellen einerseits gut zu erreichen und andererseits gut durch das Tragen von langer Kleidung zu verstecken sind. Es können aber auch andere Körperregionen wie zum Beispiel Kopf, Rumpf, Brüste oder auch der Genitalbereich von selbstverletzendem Verhalten betroffen sein. Dies kommt jedoch in Relation eher seltener vor (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 25; Kaess/Edinger 2019, S. 29; Sachsse 2016, S. 3).

Wie bereits erwähnt, variieren die Daten zur Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten je nach Studie. Daher handelt es sich bei den in Kapitel 2.4.1 sowie 2.4.2 angeführten Studien eher um aussagekräftige Schätzwerte als um exakte Prävalenzzahlen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 35).

2.4.1 Erscheinungsformen und Häufigkeiten bei Erwachsenen

Die oben ausgeführten Angaben decken sich mit den Ergebnissen der Studien von Favazza und Corti (1989), von Herpertz und Saß (1994) sowie von Briere und Gil (1998). Favazza und Corti befragten 240 Frauen, die sich selbst verletzten, zu ihren bevorzugten Körperregionen sowie zu ihren Methoden. Mit 72% gab der Großteil an, sich in Form von Schneiden der Haut selbst zu verletzen. 30% nannten das Sich-Verbrennen als Methode, 22% das Sich-Kratzen, ebenso 22% das Offenhalten von Wunden. 10% gaben an, sich als Akt der Selbstverletzung die Haare auszureißen und 8% nannten das Brechen der eigenen Knochen als Methode. Außerdem gaben die Befragten an, sich hauptsächlich an den Armen zu verletzen, sowie auch an Kopf, Bauch, Brust und an den Genitalien (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 26). Die Studie von Herpertz und Saß dazu umfasste insgesamt 79 ProbandInnen (87% Frauen, 13% Männer) mit offenem selbstverletzendem Verhalten. 81% gaben als Methode der Selbstverletzung Schnittverletzungen an, 37% Prellungen, 25% Verbrennungen, 24% Kratzverletzungen und 16% die Manipulation von Wunden und Narben an. Außerdem zeigte die Studie auch, dass die Unterarme am häufigsten von selbstverletzendem Verhalten betroffen sind, aber auch an Beinen, dem Rumpf oder dem Kopf werden Selbstverletzungen durchgeführt (vgl. Sachsse 2016, S. 3; Fleischer/Herpertz 2009, S. 18). Auch in der Studie von Briere und Gil, welche 93 ProbandInnen mit selbstverletzendem Verhalten (96% Frauen, 4% Männer) zum Thema Methoden und Häufigkeit des Auftretens befragten, gaben 71% der Befragten an, sich durch Schnitte an Armen und Beinen selbst zu verletzen. 60% nannten als Methode Bisswunden im Mund, 59% gaben Kratzverletzungen an und 44% Prellungen (vgl. Herpertz/Fleischer 2009, S. 18; Petermann/Winkel 2009, S. 27). Diese und weitere Ergebnisse der Studie sowie Formen von selbstverletzendem Verhalten werden in Tabelle 2 dargestellt.

Verhaltensweisen	Anzahl	Prozent
Schneiden (Arme, Beine)	66	71
Sich-Beißen (Mundinneres)	56	60
Kratzen (bis auf Blut)	55	59
Kratzen (ohne Blut)	53	57
Sich-Schlagen	41	44
Nagel- oder Nagelhautbeißen (bis aufs Blut)	40	43
Gegen Wände schlagen	40	43
Sich-Beißen (andere Stellen als Mundinneres)	34	37
Zu heißes Baden oder Duschen	33	35
Sich-Stechen (Nadel)	32	34
Sich-Verbrennen	29	31
Ausreißen von Kopfhaar	28	30
Sich-Stechen (Messer)	18	19
Ausreißen von Brauen oder Wimpern	16	17
Schneiden der Genitalien	13	14
Ausreißen von Schamhaar	12	13
Sehr heiße Einläufe	5	5
Abschneiden von Körperteilen	1	0

Tabelle 2: Häufigkeit verschiedener Formen von selbstverletzendem Verhalten bei Erwachsenen nach Briere und Gil 1998 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 26)

2.4.2 Erscheinungsformen und Häufigkeiten bei Jugendlichen

Selbstverletzendes Verhalten lässt sich vorwiegend bei Jugendlichen ab 14 Jahren beobachten, manchmal sind auch Kinder unter 12 Jahren davon betroffen. Und genau so wie bei Erwachsenen lassen sich auch bei Jugendlichen charakteristische Muster sowie bevorzugte Methoden zur Selbstverletzung feststellen. Der Großteil der Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten hat eine bevorzugte Methode zur Selbstverletzung. Andere geben jedoch auch an, mehrere Methoden dafür zu verwenden. 2002 führten Nixon, Cloutier und Aggarwal eine Studie mit 42 Jugendlichen (36 Mädchen, 6 Jungen) an einer kinderpsychiatrischen Station in Ontario durch, welche selbstverletzendes Verhalten zeigten. Die ProbandInnen waren zwischen 12 und 18 Jahre alt und beantworteten den sogenannten Ottawa Self-Injury Inventory Fragebogen, welcher zur Erfassung der bevorzugten Methoden und Körperregionen sowie der subjektiven Gründe der Selbstverletzung dient. Außerdem werden auch Anzeichen von Abhängigkeit untersucht (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 28). Die Ergebnisse werden in Tabelle 3 dargestellt.

Formen selbstverletzenden Verhaltens	Anteil betroffener Jugendlicher (Prozentangaben in Klammern)					
	gesamt n = 42		weiblich n = 36		männlich n = 6	
Schneiden/Ritzen	41	(97,6)	35	(97,2)	6	(100,0)
Kratzen	32	(76,2)	28	(77,8)	4	(66,7)
Schlagen	28	(66,7)	25	(69,4)	3	(50,0)
Ausreißen von Haaren	24	(57,1)	24	(66,7)	0	(0,0)
Beißen	23	(54,8)	22	(61,1)	1	(16,7)
Störung der Wundheilung	21	(50,0)	19	(52,8)	2	(33,3)
Kopfschlagen	20	(47,6)	18	(50,0)	2	(33,3)
Nagelbeißen/-verletzungen	19	(45,2)	17	(47,2)	2	(33,3)
Verbrennen	19	(45,2)	17	(47,2)	2	(33,3)
Durchstechen von Körperteilen	13	(31,0)	12	(33,3)	1	(16,7)
Stechen mit Nadeln	11	(26,2)	11	(30,6)	0	(0,0)
Versuche, sich die Knochen zu brechen	6	(14,3)	6	(16,7)	0	(0,0)

Tabelle 3: Erscheinungsformen von selbstverletzendem Verhalten bei männlichen und weiblichen Jugendlichen nach Nixon et al. 2002 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 28)

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, zeigt sich selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen ähnlich wie bei Erwachsenen. Auch Jugendliche geben Sich-Schneiden bzw. Ritzen als bevorzugte und häufigste Methode an. Die Ergebnisse hinsichtlich der bevorzugten Körperregionen werden in Tabelle 4 dargestellt. Auch hier kreuzen sich die Ergebnisse wieder mit denen der Erwachsenen – auch Jugendliche verletzen sich am häufigsten an den Extremitäten, insbesondere an den Unterarmen bzw. Handgelenken. Die Studie von Nixon et al. (2002) zeigte jedoch auch geschlechterspezifische Unterschiede auf. Nach der Häufigkeit sind Verletzungen an den Beinen sowie im Genitalbereich typisch für weibliche Jugendliche und werden von männlichen Jugendlichen nicht praktiziert. Weiters reißen sich männliche Jugendliche nicht die Haare aus, verletzen sich auch nicht mittels Nadeln und versuchen sich auch nicht die Knochen zu brechen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 28f; Plener/Fliege/Fegert/Libal 2008, S. 119).

Selbstverletzendes Verhalten kann jedoch nicht nur anhand der Körperregion beschrieben werden, sondern auch anhand der Dimension des Schweregrades sowie an der Regelmäßigkeit. Sich-Beißen, sich mit der Hand gegen den Kopf schlagen, Sich-Kneifen oder auch sich die Haare ausreißen, zählen zu den leichteren Formen von selbstverletzendem Verhalten. Zu den schwereren Formen zählen hingegen mit dem Kopf gegen eine Wand schlagen oder auch Versuche, sich selbst Knochenbrüche zuzufügen. Solche Formen der Selbstverletzung kamen

in der oben beschriebenen Studie von Nixon (2002) et al. circa bei der Hälfte der befragten Jugendlichen vor. Das Amputieren von Gliedmaßen, die Zerstörung des Auges, eine Selbstkastration oder auch Autokannibalismus zählen zu den schwersten Formen von selbstverletzendem Verhalten (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 29).

Verletzte Körperregionen	Anteil betroffener Jugendlicher (Prozentangaben in Klammern)					
	gesamt n = 42		weiblich n = 36		männlich n = 6	
Unterarm/Handgelenk	41	(97,6)	36	(100,0)	5	(83,3)
Oberarm/Ellbogen	24	(57,1)	21	(58,3)	3	(50,0)
Unterschenkel/Knöchel	17	(40,5)	17	(47,2)	0	(0,0)
Oberschenkel/Knie	16	(38,1)	16	(44,4)	0	(0,0)
Hand/Finger	15	(35,7)	13	(36,1)	2	(33,3)
Unterleib	11	(26,2)	11	(30,6)	0	(0,0)

Tabelle 4: Am häufigsten verletzte Körperregionen bei männlichen und weiblichen Jugendlichen nach Nixon et al. 2002 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 29)

Auch Muehlenkamp und Gutierrez führten im Jahr 2004 eine Studie durch, im Zuge welcher 390 High-School StudentInnen hinsichtlich selbstverletzenden Verhaltens befragt wurden. Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass unter den 62 Betroffenen Sich-Schneiden mit 46,8% die bevorzugte Methode zur Selbstverletzung darstellt, gefolgt von Sich-Kratzen mit 27,4%, Treten oder gegen Gegenstände schlagen mit 12,1%, Sich-Verbrennen mit 9,1% und Sich-Schlagen mit 7,6%. Außerdem wurde in dieser Studie auch aufgezeigt, dass der Großteil der Jugendlichen nur eine Methode gebraucht, um sich selbst zu verletzen. 22,7% gaben an, zwei bzw. mehrere Methoden dafür zu verwenden (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 36). Die Ergebnisse der Studie werden zur Übersicht in Tabelle 5 dargestellt.

Verhalten	Anzahl Betroffener	Prozent
Sich-Schneiden	29	46,8
Sich-Kratzen	17	27,4
Sich-Schlagen	5	7,6
Treten oder Schlagen gegen Gegenstände	8	12,1
Sich-Verbrennen	6	9,1
Anschlagen von Körperteilen an Gegenstände	3	4,5
Andere Methoden	10	15,2
Gebrauch einer Methode	44	66,7
Gebrauch von zwei Methoden	13	19,7
Gebrauch von drei oder mehr Methoden	2	3,0

Tabelle 5: Häufigkeit selbstverletzender Verhaltensweisen bei Jugendlichen nach Muehlenkamp und Gutierrez 2004 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 36)

Zudem nimmt selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen rasch einen repetitiven Charakter an. Dies stellte Resch (2001) in seiner Studie an einer Heidelberger kinder- und jugendpsychiatrischen Station fest. Er kam zu den Ergebnissen, dass 70% der Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten dieses Verhalten bereits mehr als dreimal gezeigt hatten. 25% gaben an, sich bis zu diesem Zeitpunkt nur zwei- bis dreimal selbst verletzt zu haben und lediglich 4% sagten, dies nur einmal durchgeführt zu haben (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 36).

2.4.3 Ritzen

Wie in Kapitel 2.4.1 sowie 2.4.2 durch diverse Studien aufgezeigt wurde, stellt Sich-Schneiden bzw. Ritzen sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen die häufigste bzw. bevorzugte Methode für Selbstverletzungen dar. Daher wird im folgenden Unterkapitel kurz auf diese Erscheinungsform von selbstverletzendem Verhalten eingegangen.

Ritzen wird seit circa 15 Jahren durch Studien dokumentiert (vgl. Liebsch 2018, S. 3). Vor allem bei Mädchen und jungen Frauen ist Ritzen besonders verbreitet. Zur Selbstverletzung werden hier häufig Rasierklingen verwendet, aber auch Glasscherben, aufgeklappte Büroklammern, Zirkelspitzen oder andere etwaige Gegenstände können benutzt werden. Bei schweren Formen der Selbstverletzung kommen dafür auch Skalpelle, Messer oder Scheren in Verwendung. Die Gegenstände werden von Jugendlichen oft in dafür gestalteten Kisten versteckt oder gehortet (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 30).

Als Erklärungsansatz, warum vor allem das Schneiden der Haut als bevorzugte Methode für Selbstverletzungen gilt, kann man die Ansicht von Didier Anzieu heranziehen. Er beschrieb in

seinem Werk „Das Haut-Ich“ aus dem Jahr 1996 in Anlehnung an Sigmund Freud die Haut als „körperliche, seelische und soziale Grenze“ (Sachsse 2016, S. 4). Auch Anne Maguire verwies 2009 in ihrem Buch „Hauterkrankungen als Botschaften der Seele“ in Anlehnung an C. G. Jung auf die psychische Bedeutung der Haut (vgl. Sachsse 2016, S. 4).

2.5 Geschlechterunterschiede

Bezüglich der Frage, welches Geschlecht häufiger von selbstverletzendem Verhalten betroffen ist, teilen sich die Meinungen der ExpertInnen sowie auch die Ergebnisse der Studien. Einige geben an, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer, währenddessen andere zum Ergebnis kamen, dass es keinen Geschlechterunterschied gibt (vgl. Klonsky 2007, S. 227). In der Studie „Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents“ von Somer et al. aus dem Jahr 2015, an welcher 1.656 türkische SchülerInnen teilnahmen, konnte festgestellt werden, dass sich Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten in vielen Hinsichten von jenen, die sich nicht selbst verletzen, unterscheiden. Das Geschlecht wurde jedoch nicht als Merkmal dafür angegeben (vgl. Somer/Bildik/Kabukçu-Başay/Güngör/Başay/Farmer 2015, S. 1166). Im Gegensatz dazu kam die Studie „Reciprocal Risk: the Longitudinal Relationship between Emotion Regulation and Non-suicidal Self-Injury in Adolescents“ von Robinson et al. aus dem Jahr 2019 wiederum zu dem Ergebnis, dass es sehr wohl einen Geschlechterunterschied hinsichtlich der Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten gibt (vgl. Robinson/Garisch/Kingi/Brocklesby/O’Connell/Langlands/ Russell/Wilson 2019, S. 328).

Anhand der unterschiedlichen Ergebnisse der Studien kann an dieser Stelle nicht eindeutig gesagt werden, ob es nun Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten gibt. Der Großteil der ExpertInnen geht jedoch davon aus, dass selbstverletzendes Verhalten häufiger unter Mädchen und Frauen als unter Jungen und Männern vorkommt (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 52). Mögliche Ursachen für diese Annahme werden in Kapitel 2.8.1 näher beleuchtet.

2.6 Abgrenzung zur Suizidalität

Um die Abgrenzung von selbstverletzendem Verhalten zur Suizidalität zu verdeutlichen, wird vorab der Begriff ‚Suizidalität‘ definiert. ‚Suizidalität‘ fasst die beiden Begriffe ‚Suizid‘ und ‚Suizidversuch‘ zusammen und wird heute üblicherweise folgendermaßen definiert:

„Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ (Wolfersdorf/Etzersdorfer 2011, S. 26)

Wie bereits in den Kapiteln 2.1 sowie 2.2 erklärt, wird mit selbstverletzendem Verhalten kein Suizid beabsichtigt. Seitens der Psychoanalyse wird als Erklärung dafür häufig die Ansicht vertreten, dass selbstverletzendes Verhalten von Betroffenen dafür herangezogen wird, um „den inneren Konflikt zwischen Selbsterhaltungs- und Todestrieb zu überwinden“ (Chapman/Leung/Walters/Niedtfeld 2009, S. 85). Auch Menninger beschrieb 1935 selbstverletzendes Verhalten bereits als „partielle oder lokale Selbstzerstörung“, mit welcher selbstdestruktive oder aggressive Impulse befriedigt werden sollten, um sich somit vor dem Tod zu schützen (Chapman et al. 2009, S. 85). 1976 konzeptualisierte Simpson selbstverletzendes Verhalten als „Akt des Antisuizids“ und nahm an, dass diese Art von Verhalten „ein direkter, zuverlässiger und schneller Weg des Zurückkehrens aus einem toten oder unwirklichen Zustand“ sei (Chapman et al. 2009, S. 85f). Einige AutorInnen erklären die Trennung der beiden Phänomene mit den Unterschieden bezüglich des Ziels sowie des Zeitpunktes der Erleichterung. Suizidalität betrifft den ganzen Körper und das Gefühl der Erleichterung tritt bereits vor der Handlung ein, währenddessen selbstverletzendes Verhalten nur Teile des Körpers betrifft sowie erst nach der Handlung entlastend bzw. erleichternd wirkt. Selbstverletzendes Verhalten kann also in manchen Fällen als Ersatzhandlung angesehen werden, um einem Suizid zu entgehen (vgl. Chapman et al. 2009, S. 86).

Auch Mühlenkamp und Gutierrez kamen 2004 in ihrer Studie über die potentiellen Unterschiede zwischen Jugendlichen, welche in der Vergangenheit einen Suizidversuch begangen hatten, und Jugendlichen, welche sich selbst verletzt hatten zu dem Ergebnis, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen selbstverletzendem und suizidalem Verhalten gibt (vgl. Wiley Online Library o.J., o.S.). Die Studie untersuchte 390 High-School-StudentInnen mit oben genannten Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer Depressivität, suizidalen Gedanken sowie der Einstellung zu Leben und Tod, wobei die AutorInnen hier zum Ergebnis kamen, dass sich die Unterschiede zwischen den beiden Störungsbildern vor allem auf die persönliche Einstellung dem Leben gegenüber zurückführen lassen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 45).

Obwohl die Mehrheit der ExpertInnen die Abgrenzung von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten befürwortet, gibt es ExpertInnen, die andere Meinung sind. Ein Grund dafür könnte sein, dass es unter den Betroffenen auch eine Subgruppe gibt, welche manchmal suizidal wird. Obwohl diese eine Minderheit unter Menschen mit selbstverletzendem Verhalten

darstellt, darf auch nicht davon ausgegangen werden, dass sich selbstverletzendes und suizidales Verhalten gegenseitig ausschließen (vgl. Sachsse 2016, S. 17). Herpertz stellte 1997 fest, dass Menschen, die sich selbst verletzen und Menschen mit Suizidversuchen ähnliche neurophysiologische Veränderungen, nämlich eine zentrale Serotonin-Unterfunktion aufweisen. Auch Nixon et al. (2002) wiesen auf eine Gemeinsamkeit von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten hin. 27 von 42 befragten Jugendlichen gaben an, beinahe täglich Suizidgedanken zu haben und 31 davon hatten im letzten halben Jahr mindestens einmal versucht, sich das Leben zu nehmen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 42f).

Trotz einiger Gemeinsamkeiten zwischen selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität zeigen sowohl klinische Erfahrungen als auch empirische Befunde, dass „Selbstverletzungen und Suizidalität sowohl in der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen als auch im Hinblick auf die Belastung mit kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Symptomen zwei voneinander getrennte Phänomene darstellen“ (Petermann/Winkel 2009, S. 43).

2.7 Soziodemographische Variablen in Zusammenhang mit SVV

Unter soziodemographischen Variablen versteht man Hintergrundmerkmale der Bevölkerung, mit welchen die Population einer Stichprobe beschrieben werden kann. Soziodemographische Variablen unterteilen sich in demographische und sozioökonomische Merkmale. Zu den demographischen Merkmalen zählen unter anderem das Geschlecht, die Kohortenzugehörigkeit, die ethnische Zugehörigkeit oder auch die Familien- und Verwandtschaftsordnung. Im Gegensatz dazu werden mit sozioökonomischen Merkmalen soziale Ungleichheiten beschrieben, wie beispielweise Bildung, Erwerbsstatus oder Einkommen (vgl. Hoffmeyer-Zlotnik/Warner 2014, S. 733). Die Wahrscheinlichkeit, dass selbstverletzendes Verhalten auftritt, wird erheblich von solchen soziodemographischen Variablen beeinflusst. Als wichtigste Variablen werden in der Literatur großteils Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Status genannt, weswegen diese im Folgenden erklärt werden (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 52ff; Kaess/Brunner 2016, S. 43f; Kaess/Edinger 2019, S. 39ff).

2.7.1 Geschlecht

Mit Geschlecht ist in diesem Kontext das biologische Geschlecht gemeint. Das Geschlecht einer Person wird über ihre/seine primären Geschlechtsmerkmale definiert und wird hauptsächlich in ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ unterteilt (vgl. Hoffmeyer-Zlotnik/Warner 2014, S. 734).

Wie bereits in Kapitel 2.5 erklärt, kann die Frage, ob es Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten gibt, nicht eindeutig beantwortet werden, da Studien hier zu unterschiedlichen Ergebnissen kamen. Der Großteil der ExpertInnen geht jedoch davon aus, dass selbstverletzendes Verhalten häufiger unter Mädchen und Frauen vorkommt als unter Jungen und Männern. Aussagekräftige Ergebnisse hierfür lieferte die Heidelberger Schulstudie von Brunner et al. (2007), in welcher ein Geschlechterverhältnis mit einer Mehrheit des weiblichen Geschlechts von 2:1 bei gelegentlichen Selbstverletzungen und ein Verhältnis von 3:1 bei repetitiven Selbstverletzungen festgestellt werden konnte. Ein Grund für den gefundenen Geschlechterunterschied könnte eine biologische Prädisposition sowie eine höhere Problembelastung des weiblichen Geschlechts sein (vgl. Kaess/Brunner 2016, S. 43; Kaess/Edinger 2019, S. 41). Der Geschlechterunterschied wird auch häufig damit erklärt, dass Frauen eher dazu tendieren, ihre Aggressionen gegen sich selbst zu richten, wohingegen Männer Aggression eher nach außen projizieren. Außerdem machen Mädchen und Frauen häufiger die Erfahrung von sexueller Gewalt, einem zentralen Risikofaktor für selbstverletzendes Verhalten, als Jungen und Männer (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 52). Ein eventueller Geschlechterunterschied kann laut Yates (2004) auch darauf zurückgeführt werden, dass der Anteil von Mädchen und Frauen im psychiatrischen Kontext deutlich höher als jener der Jungen und Männer ist und diese Population den meisten Prävalenzstudien zugrunde liegt (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 40). Dies belegt auch die Studie von Bresin und Schoenleber (2015). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der Geschlechterunterschied größer ausfiel, wenn klinische Populationen als Forschungsgegenstand herangezogen werden im Gegensatz dazu, wenn die Prävalenz unter der Allgemeinbevölkerung untersucht wird (vgl. ScienceDirect 2015, o.S.). Laut Vogel et al. (2014) können die Geschlechterunterschiede auch daraus resultieren, dass Männer psychische Hilfeangebote häufig aufgrund der vorherrschenden Geschlechterrollen nicht aufsuchen, da sie fürchten, dadurch ‚entmannt‘ zu werden (vgl. Vogel/Wester/Hammer/Downing-Matibag 2014, S. 60). Die Meinung, dass selbstverletzendes Verhalten unter Jungen und Männern aufgrund der Geschlechterrollen und bestehenden Erwartungen an das männliche Geschlecht extrem tabuisiert ist, wird auch von Friebel geteilt (vgl. Friebel 2017, S. 69).

Auch wenn der Großteil der Studienergebnisse darauf hindeutet, dass selbstverletzendes Verhalten vorwiegend bei Mädchen und Frauen auftritt, sollte dies trotzdem keines Falls als rein weibliche Problematik angesehen werden, da ansonsten die Gefahr besteht, dem Klärungsbedarf von selbstverletzendem Verhalten bei Jungen und Männern nicht gerecht zu werden (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 41).

2.7.2 Alter

Selbstverletzendes Verhalten tritt am häufigsten im Jugendalter bzw. in der Adoleszenz auf. Dieser Lebensabschnitt wird als Phase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter definiert und umfasst daher ungefähr die Zeit zwischen 12. und 20. Lebensjahr, wobei die Grenzen sowohl nach oben als auch nach unten stark variieren können (vgl. Rossmann 2012, S. 141). Böhnisch und Schröder gaben 2012 sogar an, dass das Jugendalter mittlerweile 15 Jahre umfasst, nämlich die Zeit zwischen 12 und 27 (vgl. Böhnisch/Schröder 2012, S. 198). Die Annahme, dass selbstverletzendes Verhalten besonders unter Jugendlichen auftritt, zeigte auch die Studie von Whitlock et al. (2006). Sie kamen zu den Ergebnissen, dass sich 5,1% der unter 10-Jährigen selbst verletzen, 24,9% der 10 bis 15-Jährigen, 27% der 15 bis 16-Jährigen und 34% der 17 bis 20-Jährigen. Die Zahlen nahmen bei Personen älter als 20 wieder rapide ab: selbstverletzendes Verhalten wurde bei den 21 bis 24-Jährigen ‚nur‘ noch bei 4,6% beobachtet und bei den über 24-Jährigen ‚nur‘ noch bei 4,4% (vgl. Whitlock/Eckenrode/Silverman 2006, S. 1942). Hinweise aus dem klinischen Bereich deuten darauf hin, dass selbstverletzendes Verhalten erstmalig bereits zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr auftritt (vgl. Kaess/Brunner 2016, S. 43). Dies bestätigten auch Ammermann et al. (2018) in ihrer Studie, an der 957 StudentInnen teilnahmen, welche sich mindestens einmal selbst verletzten. Sie kamen zum Ergebnis, dass das Durchschnittsalter bei Beginn von selbstverletzendem Verhalten bei 13,9 Jahren liegt (vgl. National Center for Biotechnology Information 2018, o.S.).

Gründe, warum selbstverletzendes Verhalten besonders im Jugendalter sehr intensiv auftritt, könnten meiner Meinung nach die unterschiedlichen (körperlichen) Veränderungen sowie auch gesellschaftlichen oder familiären Erwartungen sein, welche unter den sogenannten Entwicklungsaufgaben zusammengefasst werden können. Solche Entwicklungsaufgaben für Jugendliche wurden bereits Mitte des 20. Jahrhunderts von Havighurst formuliert. Er unterschied vier verschiedene Altersgruppen, wobei sich die folgenden zehn Entwicklungsaufgaben auf die Gruppe der 12 bis 18-Jährigen (Adoleszenz) beziehen:

- neue und reifere Beziehungen mit Gleichaltrigen beider Geschlechter erreichen
- die männliche oder weibliche Rolle erwerben
- den eigenen Körper akzeptieren und ihn effektiv nutzen
- emotional unabhängig von den Eltern und anderen Erwachsenen werden
- finanziell unabhängig werden
- einen Beruf wählen und sich darauf vorbereiten
- sich auf Heirat und Familienleben vorbereiten

- die für die Bürgerkompetenz erforderlichen intellektuellen Fähigkeiten entwickeln
- soziales Verantwortungsbewusstsein entwickeln
- Wertvorstellungen sowie ein ethischen Bewusstsein entwickeln, welche als Richtlinie für da eigene Verhalten dienen (vgl. Trautmann 2004, S. 24f).

Auch Dreher und Dreher entwickelten 1985 Entwicklungsaufgaben für Jugendliche, die sich großteils mit jenen von Havighurst decken und sich in einer Wiederholungsstudie von Oerter und Dreher 2002 bestätigten. Folgende Entwicklungsaufgaben wurden durch Dreher und Dreher ergänzt:

- „engere Beziehungen zu einem Freund oder einer Freundin finden,
- eine Perspektive für die eigene Zukunft entwickeln,
- Klarheit über das Selbst gewinnen“ (Kunze 2007, S. 241).

Und auch Quenzel reformmierte 2015 die Entwicklungsaufgaben für Jugendliche. Dazu zählen:

- „Akzeptieren körperlicher Veränderungen (...)
- Aufbau sozialer Beziehungen (...)
- Qualifizieren (...)
- Regenerieren (...)
- Partizipieren (...“ (Heimgartner 2019, o.S.).

Zusätzlich zu den ohnehin zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben steigen auch die Leistungsansprüche an Jugendliche. Der enorme Leistungsdruck macht sich immer öfters bereits in der frühen Adoleszenz bemerkbar. Sowohl Bildungsinstitutionen als auch die Arbeitswelt im Allgemeinen stellen immer höhere Anforderungen an Jugendliche. Um sich am Arbeitsmarkt durchsetzen zu können, verlangt man vor allem eines: hohe formale Bildungsabschlüsse (vgl. Gorßegger 2012, S. 628). Auch Böhnisch und Schröer wollen auf dieses Problem aufmerksam machen – Jugendliche beginnen bereits in ihrer Jugend, sich auf das Erwachsenenalter vorzubereiten, aus Angst, mit der Konkurrenz am Arbeitsmarkt nicht mithalten zu können. Sie können aufgrund der Ansprüche, die seitens der Arbeitsgesellschaft an sie gestellt werden, nicht mehr unbefangen experimentieren, sich ausprobieren oder sich experimentell an der Erwachsenenengesellschaft reiben, um kein biographisches Risiko einzugehen (vgl. Böhnisch/Schröer 2012, S. 198).

2.7.3 Sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische Status „spiegelt die individuelle Position in der Sozialhierarchie wider und wird zumeist über Informationen zum Bildungsniveau, zur beruflichen Stellung und zur Einkommenssituation erfasst“ (Lampert/Kroll/von der Lippe/Müters/Stolzenberg 2013, S. 814). Eine Studie aus dem Jahr 2014 von Baetens et al., an welcher 1439 12-Jährige und deren Eltern teilnahmen, zeigte, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und dem sozioökonomischen Status, also dem Bildungsniveau der Eltern, dem Einkommen der Eltern und der Berufstätigkeit von Eltern gibt (vgl. Baetens/Claes/Martin/Onghena/Grietens/Van Leeuwen/Pieters/Wiersema/ Griffith 2014, S. 402). Auch Lodebo et al. (2017) kamen im Rahmen einer schwedischen Erhebung zum gleichen Ergebnis. Auch sie konnten einen negativen Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und dem sozioökonomischen Status der Eltern nachweisen. Sie gaben auch an, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sich Kinder von Eltern mit einem niedrigen Einkommen selbst verletzen 1,08 bis 1,19 Mal so hoch ist wie bei Kindern von Eltern mit hohem Einkommen (vgl. Lodebo/Möller/Larsson/Engström 2017, S. 1). Diese Ergebnisse decken sich mit früheren Annahmen wie beispielweise jenen von Nixon et al. (2002) und Nada-Raja et al. (2004). Die Heidelberger Schulstudie von Brunner et al. (2007) kam hier zu differenzierteren Ergebnissen. Sie gaben an, dass selbstverletzendes Verhalten womöglich in zwei verschiedene Typen unterteilt werden kann: gelegentliches selbstverletzendes Verhalten, welches vor allem in Krisen angewandt wird, hängt mit dem sozioökonomischen Status sowie mit familiären Problemen zusammen, während für repetitives selbstverletzendes Verhalten weniger der sozioökonomische Status, sondern eher eine manifeste Psychopathologie bedeutsam ist. Es konnte auch kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen einer solchen Psychopathologie und dem sozioökonomischen Status gefunden werden (vgl. Kaess/Brunner 2016, S. 43f; Kaess/Edinger 2019, S. 42).

Auch hier ist es wieder anzumerken, dass trotz der Ergebnisse verschiedener Studien nicht davon ausgegangen werden darf, dass selbstverletzendes Verhalten nur ein Problem von sozial schwächeren Gruppen bzw. Familien darstellt (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 43).

2.8 Psychische Funktionen von selbstverletzendem Verhalten nach Klonsky

Selbstverletzendes Verhalten kann laut Studien unterschiedliche Funktionen annehmen, wobei nachgewiesen werden konnte, dass vor allem die Emotionsregulation sowie auch die Selbstbestrafung als eine der wichtigsten Motive für Selbstverletzungen gelten (vgl. Claes/Klonsky/Muehlenkamp/Kuppens/Vandereycken 2010, S. 290; Nitkowski/Petermann

2016, S. 88). David Klonsky fasste 2007 die Funktionen von selbstverletzendem Verhalten, welche aus empirischen Studien abgeleitet werden konnten, zusammen. Diese sieben Funktionen werden in Tabelle 6 dargestellt und anschließend im folgenden Kapitel näher erläutert.

Funktion	Beschreibung
Affektregulation	Um eine akut negative Affektlage zu erleichtern oder als aversives affektives arousal
Anti-Dissoziation	Um dissoziatives Erleben oder Depersonalisationen zu beenden
Anti-Suizid	Um den Impuls sich zu suizidieren zu ersetzen bzw. zu vermeiden oder eine Kompromissbildung zu diesem Impuls zu schaffen
Interpersonelle Beziehungen	Um eine Autonomie zu behaupten oder eine Unterscheidung zwischen einem selbst und den anderen herzustellen
Interpersonelle Beeinflussung	Um bei anderen Hilfe zu suchen oder um andere zu manipulieren
Selbstbestrafung	Um sich selber abzuwerfen oder Wut gegen einen selbst auszudrücken
Sensation-seeking	Um Aufregung zu schaffen oder sich aufzuheitern

Tabelle 6: Sieben Funktionen der Selbstverletzung nach Klonsky 2007 (vgl. SlideShare 2016, o.S.)

2.8.1 Affektregulation/Emotionsregulation

Unser Leben wird von Emotionen wie Freude, Wut, Angst und Trauer geprägt. Emotionen können uns zum Beispiel soziale Beziehungen erleichtern, jedoch auch zur falschen Zeit, am falschen Ort oder auch zu intensiv auftreten. Die Bedeutung, die wir einer Situation zuschreiben, ist zentral dafür, welche Emotionen in uns ausgelöst werden. Bedeutungen können sich jedoch verändern, und damit ändern sich auch die ausgelösten Emotionen. Bereits Aristoteles beschäftigte sich mit der Definition von Emotionen, insbesondere mit jener der Wut. Dabei äußerte er sich folgendermaßen: „Jeder kann wütend werden, das ist einfach. Aber wütend auf den Richtigen zu sein, im richtigen Maß zur richtigen Zeit, zum richtigen Zweck und auf die richtige Art, das ist schwer“ (In-Albon 2013, S. 15²). Dieses Zitat ist bis heute noch zutreffend, da es darauf verweist, dass Emotionen einen großen Einfluss sowohl auf unser Verhalten als auch folglich auf unsere zwischenmenschlichen Beziehungen haben. Daher wird auch unsere psychische Gesundheit erheblich durch den Umgang mit Emotionen beeinflusst. Doch

² übersetzt durch die Autorin

bei der Frage, ob nun Emotionen und die Emotionsregulation miteinander verbunden sind, spalten sich die Meinungen der ExpertInnen (vgl. In-Albon 2013, S. 15ff).

Die Ursprünge der Emotionsregulation liegen in den Arbeiten von Selye (1965) und Lazarus (1966), welche sich mit Coping und Stressbewältigung beschäftigten. Auch in Freuds Strukturmodell der Persönlichkeit werden zwei Strategien beschrieben, um mit Angst umzugehen. Selye unterschied zwischen dem Eustress, welcher mit positiven Emotionen zusammenhängt und dem Distress, welcher mit negativen Emotionen assoziiert wird. Lazarus wiederum beschreibt in seinem Modell Stresssituationen „als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnden Person“ (In-Albon 2013, S. 18). Dabei ist die subjektive Bewertung jedoch entscheidend dafür, ob Stress ausgelöst wird oder nicht. Lazarus unterschied zwischen zwei Coping-Reaktionen, nämlich zwischen dem problem-fokussierten und dem emotions-fokussierten Coping. Erstere versucht, Problemlösungen zu finden, während die zweite Reaktion die Verringerung von negativen Emotionen anstrebt (vgl. In-Albon 2013, S. 18). In mehreren Studien konnte festgesellt werden, dass selbstverletzendes Verhalten vorwiegend zweite Funktion besitzt, nämlich negative Emotionen (Distress) zu verringern sowie Spannungszustände zu reduzieren. Dies wurde auch in der von Robinson et al. durchgeführten Studie erwähnt: „(...) non-suicidal self-injury (NSSI) functions as a strategy to manage emotional distress“ (Robinson et al. 2019, S. 325). Auch Gratz und Römer (2004; zit. n. Robinson et al. 2019, S. 325) wiesen bereits darauf hin, dass schwächere Emotionsregulationsfähigkeiten mit stärkeren Ausprägungen von selbstverletzendem Verhalten in Verbindung stehen. Somit spielt die Emotionsregulation auch eine entscheidende Rolle in der Behandlung von selbstverletzendem Verhalten. Wie viele klinische Fallberichte und auch Forschungsarbeiten zeigen, nehmen Menschen mit selbstverletzendem Verhalten Emotionen entweder gar nicht oder in verstärkter und aversiver³ Form wahr (vgl. In-Albon/Bürli 2013, S. 233ff; Kaess/Edinger 2019, S. 77). Bereits Linehan (1993) wies darauf hin, dass viele Menschen mit selbstverletzendem Verhalten aufgrund einer Umwelt, in der ihre Gefühle unterdrückt werden (invalidierend) oder einer biologischen Disposition Probleme mit der Emotionsregulation haben. Selbstverletzendes Verhalten kann daher auch als maladaptive⁴ Strategie zur Emotionsregulation, im weiteren Sinne paradoxerweise auch als Selbstfürsorge betrachtet werden (vgl. Klonsky 2007, S. 227; Kaess/Edinger 2019, S. 77).

³ **aversiv** bedeutet, dass etwas gegen den eigenen Willen hervorgerufen wird, zum Beispiel Gefühle (vgl. Duden 2020, o.S.)

⁴ **maladaptiv** kann als ‚schlecht angepasst‘ übersetzt werden und wird vorwiegend im Kontext von Coping-Strategien gebraucht (vgl. Drüge 2020, o.S.)

Dies würde bedeuten, dass selbstverletzendem Verhalten eine schwach ausgeprägte Emotionsregulationsfähigkeit vorausgeht.

Die zuvor bereits erwähnte Studie von Robinson et al. (2019) kam jedoch zu anderen bzw. weiteren Ergebnissen bezüglich des Zusammenhangs von Emotionsregulation und selbstverletzendem Verhalten. Die Studie wurde an 984 SchülerInnen aus Mittelschulen/Unterstufen in Neuseeland durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen der Emotionsregulation und selbstverletzendem Verhalten zu untersuchen. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass sich die beiden Komponenten gegenseitig beeinflussen. Es wird also davon ausgegangen, dass geringe Emotionsregulationsfähigkeiten zu selbstverletzenden Verhalten führen, selbstverletzendes Verhalten jedoch wiederum dazu führt, dass die Emotionsregulationsfähigkeiten schwächer werden (vgl. Robinson et al. 2019, S. 326ff). Wie selbstverletzendes Verhalten die Emotionsregulationsfähigkeiten schwächt, konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Es wurden jedoch drei potentielle Mechanismen vorgeschlagen:

1. Selbstverletzendes Verhalten führt zu schneller Erleichterung bei Distress und wirkt daher sehr verstärkend. Die Betroffenen müssen negative Emotionen nicht mehr auf längere Zeit aushalten, wodurch auch ihre Toleranzgrenze dafür sinkt.
2. Selbstverletzendes Verhalten verringert den Glauben an die eigenen Emotionsregulationsfähigkeiten sowie an die eigene Selbstwirksamkeit.
3. Viele Betroffene haben Angst vor negativen Reaktionen seitens ihrer Familie und Freunden bezüglich ihrer Selbstverletzungen. Dies kann zur Folge haben, dass sie sich von Freunden und Familie entfernen und somit verringern sich die Möglichkeiten, sich durch das Modelllernen andere Emotionsregulationsstrategien anzueignen (vgl. Robinson et al. 2019, S. 329).

2.8.2 Anti-Dissoziation

„Dissoziation wird in der Regel als ein Prozess verstanden, der die Psyche vor überwältigendem Stress und Traumata schützt“ (Friedrich 2014, S. 13). Mit diesem Begriff werden Prozesse der Abspaltung, Trennung, der Unterbrechung oder des kognitiven Zerfalls beschrieben. Obwohl auch dieser Terminus über keine einheitliche psychologische Definition verfügt, nähert sich die folgende Beschreibung an den Prozess an: „Während einer Dissoziation sind zwei oder mehrere mentale (gedankliche oder geistige) Prozesse oder Inhalte offensichtlich nicht miteinander assoziiert, obwohl dies eigentlich der Fall sein sollte“ (Putnam 1997, o.S. zit. n. Friedrich 2014, S. 15). Dies ist die Kernaussage, die alle weiteren Definitionen von

Dissoziation gemeinsam haben. Von psychisch gesunden Menschen wird die Persönlichkeit als Einheit erlebt, unabhängig von ihrem Verhalten oder ihrer Stimmung. Laut dem ICD-10 sind für das Sicherstellen dieser Einheit drei Komponenten wichtig – Identität, Gedächtnis und Wahrnehmung. Diese Bereiche müssen miteinander verbunden, also assoziiert sein, um psychische Konstanz gewährleisten zu können. Bei dissoziativen Störungen sind diese Funktionen jedoch ohne organische Ursache gestört, wodurch es Betroffenen oft schwer fällt, sich selbst und ihre Umwelt als Einheit wahrzunehmen (vgl. Friedrich 2014, S. 15f).

Selbstverletzendes Verhalten wird hier als Strategie verstanden, um dissoziative Zustände zu beenden. Solche dissoziative Zustände treten in Folge von negativen Emotionen auf, welche von den Betroffenen als nicht aushaltbar wahrgenommen werden. Dissoziation tritt hier als Schutzmechanismus ein, um Extremzustände bewältigen zu können (vgl. Friedrich 2014, S. 13; Kaess/Edinger 2019, S. 82). Solche dissoziativen Zustände gehen meist mit Erinnerungen an traumatische Erlebnisse einher, welche durch Selbstverletzungen gezielt beendet werden sollten. Betroffene fühlen sich häufig fremd oder spüren überhaupt nichts mehr. Viele Betroffene geben daher an, durch Selbstverletzungen wieder etwas fühlen bzw. sich wieder lebendig zu fühlen. Grund dafür ist, dass insbesondere die Schmerzen oder auch das Fließen von Blut dabei helfen, den dissoziativen Zustand zu durchbrechen und die Betroffenen wieder in die Gegenwart zurückzuholen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 82). Warum selbstverletzendes Verhalten dissoziative Zustände beendet, könnte damit erklärt werden, dass „die Verletzung als starker körperlicher Reiz die Aufmerksamkeit auf die körperlichen Empfindungen lenkt“ (Petermann/Winkel 2009, S. 69). Sachsse ging überhaupt davon aus, dass selbstverletzendes Verhalten die wirksamste Methode darstellt, um Dissoziationen zu durchbrechen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 106). Klonsky nennt diese Funktion von selbstverletzendem Verhalten daher auch ‚feeling generation‘ (vgl. Klonsky 2007, S. 229; Kaess/Edinger 2019, S. 82).

Dass Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten in Zusammenhang stehen, kann auch der Einteilung von dissoziativen Symptomen nach Putnam entnommen werden. Putnam (1997) teilte die Symptome dissoziativer Störungen in drei Kategorien ein – primär, sekundär und tertiär, wobei selbstverletzendes Verhalten unter den tertiären Symptomen aufgelistet wurde. Tertiäre Symptome können laut Putnam auf mangelnde Bewältigungsstrategien in Bezug auf die anderen beiden Symptomkategorien, wie zum Beispiel Angst, Depression, geringer Selbstwert, Flashbacks und zudringliche Erinnerungen etc. zurückgeführt werden. Putnam zufolge weisen vor allem die sekundären sowie tertiären Symptome auf eine starke psychische Beeinträchtigung von Jugendlichen hin (vgl. Friedrich 2014, S. 40f).

Auch aktuelle Studien, wie jene von Franzke et al. (2015) zeigen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und dissoziativen Zuständen gibt (vgl. Franzke/Wabnitz/Catani 2015, S. 286)

2.8.3 Anti-Suizid

Der Begriff ‚Suizidalität‘ sowie die Abgrenzung zwischen selbstverletzendem und suizidalem Verhalten wurden bereits in Kapitel 2.6 ausführlich beschrieben und erklärt. Somit ist an dieser Stelle nur wiederholend zu sagen, dass selbstverletzendes Verhalten aus dieser Perspektive in manchen Fällen als Strategie angesehen werden kann, um sich selbst vor einem Suizid zu bewahren. Ein Beispiel dafür ist eine Patientenbeschreibung von Himber aus dem Jahr 1994. Himber beschrieb ihre Patientin darin als Person, welche suizidal wurde, nachdem sie sich lange Zeit nicht ritzte. Dem fügte sie hinzu, dass Ritzen sie vor Suizidgedanken bewahrte (vgl. Klonsky 2007, S. 229). Dieses Beispiel verdeutlicht die mögliche Funktion von selbstverletzendem Verhalten als ‚Anti-Suizid-Strategie‘.

2.8.4 Interpersonelle Beziehungen

Soziale Beziehungen wie Freundschaft, Liebe, Nachbarschaft etc. sind ein wichtiger Teil unseres Lebens. In einer Untersuchung von Larson et al. (1982), in welcher 179 Jugendliche willkürlich im Laufe des Tages ‚angepiept‘ und nach ihrer aktuellen Tätigkeit gefragt wurden, zeigte sich, dass 70% davon ihre Zeit mit anderen Personen verbrachten (vgl. Heidbrink/Lück/Schmidtman 2009, S. 7). Insbesondere die Zugehörigkeit zur Peer-Group⁵ spielt im Leben von Jugendliche eine entscheidende Rolle (vgl. Lauer mann 2019, o.S.). Selbstverletzendes Verhalten kann nach dieser Perspektive zwei Funktionen annehmen: Zugehörigkeit oder Abgrenzung (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 81f).

Selbstverletzendes Verhalten wird von Betroffenen oft dafür verwendet, um sich selbst greifbar und fühlbar zu machen und sich somit eine eigene Identität zu erschaffen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 66). Klonsky beschreibt diese Funktion als ‚interpersonal boundaries‘ und geht davon aus, dass sich Personen durch die selbst zugefügten Markierungen der Haut (ritzen) von anderen Personen und auch von ihrer Umwelt abgrenzen wollen. Somit wollen sie insbesondere Autonomie erreichen sowie ihre Identität darstellen (vgl. Klonsky 2007, S. 229; Kaess/Edinger 2019, S. 82). Beispielweise berichtete Sachsse (1999) von einer jungen Frau, welche sich selbst mit vergoldeten Rasierklingen schmückte und sich dadurch als ‚echte

⁵ ‚Peers‘ sind Personen von ungefähr gleichem Alter, Rang und Status (vgl. Naudascher 1978, S. 10)

Ritzerin‘ bezeichnete. Sie nahm ihr selbstverletzendes Verhalten als wichtigen Bestandteil ihrer Identität wahr, durch welchen sie sich von der ‚normalen‘ Bevölkerung abgrenzte. Somit hatte sie das Gefühl, besonders zu sein (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 66).

Selbstverletzendes Verhalten besitzt für viele jedoch auch die Funktion, sich einer Gruppe zugehörig zu fühlen, in der ein solches Verhalten Standard ist. Selbstverletzendes Verhalten kann in solchen Gruppen schnell rituelle Formen annehmen und fungiert als Zeichen von Bindung und Zusammenhalt. Taiminen et al. befragten 1998 jugendliche Psychiatricpatientinnen unter anderem bezüglich der Gründe ihrer Selbstverletzungen. Sie gaben an, sich nicht als Außenseiterinnen fühlen zu wollen. Ein Mädchen berichtete, von den anderen verachtet zu werden, weil sie das Gefühl von Erleichterung nach selbstverletzenden Handlungen nicht verspürte (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 72). Zwei Subgruppen, welche immer wieder mit selbstverletzendem Verhalten als Zeichen von Zugehörigkeit assoziiert werden, sind die Emo- sowie die Gothic-Szene (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 81).

2.8.5 Interpersonelle Beeinflussung

Im Gegensatz zu den interpersonellen Beziehungen geht es bei selbstverletzendem Verhalten zur interpersonellen Beeinflussung darum, die Personen im Umfeld der Betroffenen zu manipulieren bzw. zu beeinflussen. Ähnlich wie suizidales Verhalten ist auch selbstverletzendes Verhalten ein Druckmittel, um Personen im eigenen Sinne manipulieren zu können. Selbstverletzendes Verhalten kann starke Schuldgefühle bei anderen auslösen, wodurch Personen an die Betroffenen gebunden, unangenehme Situationen vermieden sowie ungewollten Aufgaben entgangen werden kann. Manchmal wird mit selbstverletzendem Verhalten jedoch der Wunsch ausgedrückt, ernstgenommen zu werden (vgl. Klonsky 2007, S. 229; Petermann/Winkel 2009, S. 71f). In den meisten Fällen wird selbstverletzendes Verhalten vom Umfeld der Betroffenen auf diese Funktion zurückgeführt, was nicht selten zu Ärger und Wut bei diesen führt (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 80).

2.8.6 Selbstbestrafung

Selbstverletzendes Verhalten wird häufig auch als Selbstbestrafung eingesetzt. Viele Betroffene empfinden sich als ‚schlechte Menschen‘, möchten ihre vermeintlich begangenen ‚Vergehen‘ oder auch ihre Schuldgefühle damit begleichen. In der Studie von Briere und Gli von 1998 gaben 80% der Befragten an, selbstverletzendes Verhalten als Selbstbestrafung auszuüben. Insbesondere die Bewältigung von Schuldgefühlen ist meist von zentraler Bedeutung, wenn sich Menschen zur Bestrafung selbst verletzen. Solche Schuldgefühle entstehen häufig

durch das eigene Versagen, wofür sie ihrer Meinung nach büßen müssen, um Gerechtigkeit herzustellen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 65). Schuldgefühle können jedoch auch entstehen, wenn Betroffene durch ihr Umfeld immer wieder vermittelt bekommen, dass ihre Gefühle nicht wichtig oder nicht erwünscht sind. Sie erlernen also durch ihr Umfeld, sich selbst zu bestrafen. Diesen Prozess bezeichnete Linehan (1996) als Invalidierung (vgl. Klonsky 2007, S. 229f; Petermann/Winkel 2009, S. 65). Aber auch vergangene traumatische Ereignisse wie sexualisierte Gewalt oder elterliche Vernachlässigung können Schuldgefühle auslösen und somit zu selbstverletzendem Verhalten als Selbstbestrafung führen. Die Betroffenen geben sich häufig selbst die Schuld an den Ereignissen oder schreiben sich zumindest selbst eine Mitschuld zu und wollen sich somit selbst bestrafen, um die Schuld wieder auszugleichen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 65; Kaess/Edinger 2019, S. 79). Manche AutorInnen gehen jedoch auch davon aus, dass Selbstbestrafung nach solchen Erlebnissen nicht nur als Schuldentlastung fungiert, sondern auch dafür eingesetzt wird, um die Ereignisse und somit die eigene Schuld nicht zu vergessen (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 66).

2.8.7 Sensation-Seeking

Die letzte Funktion, die selbstverletzendes Verhalten nach dem Modell von Klonsky haben kann, ist das sogenannte Sensation-Seeking. Selbstverletzendes Verhalten soll hier nach Klonsky zu einer Art Hochgefühl führen, ähnlich wie es beispielweise beim Bungee-Jumping erlebt wird. Da diese Funktion von selbstverletzendem Verhalten unter klinischen PatientInnen nicht sehr verbreitet ist, wird diesem Modell in der Theorie eher weniger Aufmerksamkeit geschenkt. In der Empirie konnte diese Funktion jedoch wiederholt nachgewiesen werden (vgl. Klonsky 2007, S. 230).

In der Literatur finden sich noch etliche andere Erklärungsansätze bzw. Funktionen von selbstverletzendem Verhalten. Darunter befinden sich zum Beispiel die lerntheoretischen Modelle, welche selbstverletzendes Verhalten unter anderem als positive bzw. negative Verstärkung oder auch als klassische Konditionierung ansehen. Des Weiteren gibt es auch die kognitiven Erklärungsansätze, bei welchen selbstverletzendes Verhalten unter anderem als Reaktion auf sozialen Druck oder zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit erklärt wird (vgl. Chapman 2009, S. 73ff). Selbstverletzendes Verhalten kann auch soziale Funktionen annehmen, beispielweise um Aufmerksamkeit zu erhalten oder Nähe und Distanz zu regeln (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 69ff). Ich habe mich jedoch bewusst dafür entschieden, genauer auf das Modell nach Klonsky und somit auf die psychischen Funktionen von Selbstverletzungen

einzugehen, da diese meiner Meinung nach die zentralen Motive für selbstverletzendes Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind.

2.9 Ätiologie/Risikofaktoren

Es wird bei der Entstehung von selbstverletzendem Verhalten von einem multifaktoriellen Konstrukt ausgegangen. Dabei reichen die Risikofaktoren für dessen Entstehung von einer genetischen Vulnerabilität über Störungen bezüglich der Neurobiologie bis hin zu traumatischen Erlebnissen wie beispielweise Gewalterfahrungen (vgl. Petermann/Nitkowski 2008, S. 1020; Petermann/Achtergarde 2009, S. 140ff; Petermann/Winkel 2009, S. 82ff; Kaess/Edinger 2019, S. 57ff). Des Weiteren werden von Fliege (2009) die Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit, Depression, Aggressivität, die psychische Erkrankung eines Elternteils, Ängste, somatische Beschwerden, ein geringer Selbstwert, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Alexithymie sowie Gewalterfahrungen jeglicher Art als Risikofaktoren identifiziert. Dem stimmen auch Klonsky und Glenn (2009) und fügen noch Bindungsprobleme, dissoziative Zustände sowie Vernachlässigung (vgl. Plener/Becker 2015, S. 12). Auch die Trennung von den Eltern/von einem Elternteil aufgrund einer Fremdunterbringung zählt zu den Risikofaktoren für selbstverletzendes Verhalten (vgl. Baierl 2017, S. 487). Das folgende Kapitel beschäftigt sich nun einzeln mit den wichtigsten Entstehungsgründen von selbstverletzendem Verhalten.

2.9.1 Neurobiologie

Es konnte zwar noch nicht empirisch bewiesen werden, aber es ist dennoch davon auszugehen, dass Personen mit selbstverletzendem Verhalten genetische Besonderheiten aufweisen. Es ist jedoch fraglich, ob es sich tatsächlich um eine genetische Prädisposition handelt, oder das genetische Risiko auf die Vulnerabilität für emotionale Probleme zurückzuführen ist. Derzeit werden in Bezug auf die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten Störungen des serotonergen, des dopaminergen sowie des opioden Systems diskutiert (vgl. Petermann/Achtergarde 2009, S. 141f; Petermann/Winkel 2009, S. 82; Kaess/Edinger 2019, S. 57f).

a) Serotonerges System

Serotonin ist ein Neurotransmitter (Botenstoff), welcher sowohl das zentrale Nervensystem und somit fast alle Gehirnfunktionen beeinflusst. Serotonin wirkt sich unter anderem auf die

Wahrnehmung, die Sensorik, die Schmerzempfindung und -verarbeitung sowie die Stimmungslage, den Antrieb und die Affektregulation aus. Ein erhöhter Serotoninspiegel kann zu Unruhe und Euphorie führen. Betrachtet man im Gegensatz dazu depressive Verstimmungen, so kann häufig ein Mangel an Serotonin festgestellt werden. Auch Angst sowie impulsive Aggressionen können aufgrund eines Serotoninmangels entstehen. Verschiedene Befunde zeigten, dass selbstverletzendes Verhalten mit einem Serotoninmangel zusammenhängt. Dieser Zusammenhang kann jedoch auf unterschiedliche Weise erklärt werden. Einerseits können, wie zuvor bereits erklärt, depressive und ängstliche Zustände durch einen Mangel an Serotonin entstehen, welche für ein erhöhtes Risiko für Selbstverletzungen verantwortlich sein können. Andererseits hängt ein Mangel an Serotonin auch mit einer erhöhten Impulsivität zusammen, welche auch eine große Rolle bei selbstverletzendem Verhalten spielt (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 58f). Die Studie von Simeon et al. (1992) konnte bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und selbstverletzendem Verhalten einen signifikant höheren Mangel an Imipraminrezeptoren⁶ nachweisen als bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen, die sich nicht selbst verletzen. Ein Mangel an solchen Rezeptoren deutet auf eine serotonerge Dysfunktion hin. Es konnten jedoch keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Serotonin-Abbau-Produktes 5-HIAA nachgewiesen werden, was ebenfalls auf eine serotonerge Dysfunktion hindeuten würde. Daher ist die Frage, ob ein Mangel an Serotonin einen Risikofaktor für selbstverletzendes Verhalten darstellt, noch nicht gänzlich geklärt (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 83).

b) Dopaminerges System

Auch der Botenstoff Dopamin beeinflusst das zentrale Nervensystem. Vor allem hängt es mit neurobiologischen Aspekten von Psychosen und anderen psychischen Störungen zusammen, beispielweise mit der Entwicklung von Suchtverhalten. Da auch selbstverletzendes Verhalten teilweise einem Suchtverhalten ähnelt, ist es naheliegend, dass das dopaminerge System und selbstverletzendes Verhalten zusammenhängen. Diese Annahme wird jedoch vor allem durch Untersuchungen an Tieren gestützt. Es konnte sowohl bei Rhesusaffen als auch bei Ratten beobachtet werden, dass selbstverletzendes Verhalten (sie bissen sich selbst) nach einer Stimulation des dopaminergen Systems erfolgte (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 59). 2015 kamen Wollweber et al. im Rahmen ihrer Fallstudie, welche an drei PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten durchgeführt wurde, zum gegenteiligen Ergebnis, nämlich dass durch die Ver-

⁶ Imipramin ist ein Wirkstoff, welcher den Antidepressiva zugeordnet wird (vgl. Netdoktor 2017, o.S.).

abreichung von Dopaminagonisten, also Medikamente, die ebenfalls Dopamin-Rezeptoren stimulieren, selbstverletzendes Verhalten reduziert werden kann und sich nicht verstärkt (vgl. Wollweber/Keck/Schmidt 2015, S. 210f). Anhand dieser Studie kann davon ausgegangen werden, dass die Verabreichung von Dopamin als wirksame Methode in der Therapie angesehen werden kann.

c) Opiodes System

Das opioide System besteht aus körpereigenen Opioiden, welche vor allem bei starken Belastungen vom Körper ausgeschüttet werden und Schmerzen sowie auch Hunger unterdrücken. Opioide spielen auch eine Rolle bei der Entstehung von Euphorie. Psychische Störungen verändern jedoch die Ausschüttung von Opioiden. Da auch Opioide ebenso die Schmerzwahrnehmung und –verarbeitung sowie das Suchtverhalten beeinflussen, wird auch hier von einem Zusammenhang zwischen dem opioden System und selbstverletzendem Verhalten ausgegangen. Zu beachten ist jedoch, dass die meisten Studien, welche diesen Zusammenhang untersuchten, mit psychiatrischen PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durchgeführt wurden. Daher lassen sich die Ergebnisse nicht direkt auf reine Formen von selbstverletzendem Verhalten übertragen. Anhand des oben erwähnten Suchtcharakters, den selbstverletzendes Verhalten annehmen kann, gehen viele AutorInnen davon aus, dass das opioide System an der Aufrechterhaltung von selbstverletzendem Verhalten beteiligt ist (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 59f).

2.9.2 Trauma

Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko, im Jugendalter selbstverletzendes Verhalten zu entwickeln, von traumatischen Erlebnissen wie Verlusterlebnissen, Unfällen, Miss-handlungen, Gewalt erfahren oder auch beobachten sowie sexuellen Gewalterfahrungen erhöht wird. Besonders wichtige Risikofaktoren stellen in diesem Bereich körperliche Miss-handlungen sowie sexuelle Gewalt dar (vgl. Petermann/Achtergarde 2009, S. 142; Smith/Kouros/Meuret 2014, S. 43). Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass es nicht die traumatischen Erfahrungen an und für sich sind, die selbstverletzendes Verhalten verursachen, sondern eher die Symptome, die häufig nach solchen Erlebnissen auftreten. Ca. 80% der Bevölkerung werden im Laufe ihres Lebens mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert, doch nur ein Teil davon leidet im Anschluss an traumatischen Symptomen. Solche Symptome sind laut DSM-IV vor allem das Wiedererleben von Ereignissen bzw. wiederkehrende Erinnerungen an traumatische Erlebnisse (Cluster A), Vermeidungs- bzw. Betäubungssymptome sowie

auch das verminderte Interesse an Aktivitäten (Cluster B) oder Symptome einer Hyperarousal (Übererregbarkeit) wie beispielweise Wutausbrüche, Schreckhaftigkeit, Probleme beim Ein- und Durchschlafen etc. (Cluster C). Auch Wut, Trauer, Scham, Schuldgefühle oder Ekel zählen zu den traumatischen Symptomen, obwohl sie nicht im DSM-IV zu finden sind (vgl. Smith et al. 2014, S. 43f). Wie bereits in Kapitel 2.8.2 erklärt, sind auch dissoziative Zustände häufig die Folge von traumatischen Ereignissen, da durch solche Zustände die Abspaltung bedrohlicher Erinnerungen vom Bewusstsein ermöglicht wird, um nicht von ihnen emotional überwältigt zu werden. Auch das Trauma-Dissoziations-Modell sieht selbstverletzendes Verhalten als Strategie, um mit traumatischen Erlebnissen bzw. mit den Traumafolgestörungen umzugehen und erklärt die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten hier folgendermaßen: traumatische Erlebnisse in der Kindheit führen aufgrund einer erhöhten Vulnerabilität zu dissoziativen Zuständen, welche durch selbstverletzenden Verhalten beendet werden sollten (siehe Abbildung 3).

Auch hier ist wieder zu erwähnen, dass auch dissoziative Zustände nicht zwingend nach traumatischen Erfahrungen auftreten müssen. Daher gilt dieses Modell auch nicht für alle Personen mit selbstverletzendem Verhalten (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 109f).

2.9.3 Sexuelle Gewalt

Wie bereits im vorigen Kapitel erwähnt, stellt sexuelle Gewalt einen besonderen Risikofaktor für die Entwicklung von selbstverletzendem Verhalten dar.

Die Bezeichnung ‚sexuelle Gewalt‘ hat sich im deutschsprachigen Raum etabliert und entspricht auch der juristischen Formulierung. Synonym für ‚sexuelle Gewalt‘ werden häufig auch die Bezeichnungen ‚sexueller Missbrauch‘ oder auch ‚sexuelle Misshandlung‘ verwendet. Die World Health Organisation (WHO) definierte sexuelle Gewalt (1999) folgendermaßen:

„Sexueller Missbrauch liegt dann vor, wenn Kinder in sexuelle Aktivitäten einbezogen werden, die sie nicht vollständig verstehen, zu denen sie keine informierte Einwilligung geben können oder für die das Kind aufgrund seiner Entwicklung nicht bereit ist und daher kein Einverständnis erteilen kann, oder die Gesetze oder gesellschaftlichen Tabus verletzen. Sexueller Missbrauch von Kindern ist definiert durch diese Art der Aktivitäten zwischen einem Kind und einem Erwachsenen oder einem anderen Kind, das aufgrund des Alters oder seiner Entwicklung in einem Verantwortungs-, Vertrauens- oder Abhängigkeitsverhältnis steht, sofern diese Aktivität dazu dient, die Bedürfnisse der anderen Person zu befriedigen. Dazu gehören unter

anderem: die Überredung oder Nötigung eines Kindes, sich an strafbaren sexuellen Aktivitäten zu beteiligen, die Ausbeutung von Kindern in Prostitution oder andere strafbare Sexualdelikte sowie die Ausbeutung von Kindern in pornografischen Darstellungen und Materialien“ (WHO 1999, S. 15f zit. n. Goldbeck/Allroggen/Münzer/Rassenhofer/Fegert 2017, S. 1f).

Laut der polizeilichen Kriminalstatistik gab es in Österreich im Jahr 2018 221 angezeigte Fälle von ‚sexuellem Missbrauch einer wehrlosen oder psychisch beeinträchtigten Person‘, 381 angezeigte Fälle von ‚schwerem sexuellen Missbrauch von Unmündigen‘ und 314 angezeigte Fälle von ‚sexuellem Missbrauch von Unmündigen‘. Zudem gab es 1.086 angezeigte Fälle von ‚pornographischer Darstellung Minderjähriger als Vergehen‘, 75 angezeigte Fälle von ‚pornographischer Darstellung Minderjähriger als Verbrechen‘ und 108 angezeigte Fälle von ‚Anbahnung von Sexualkontakten zu Unmündigen‘. Sexuelle Gewalt an Jugendlichen wurde 60 Mal angezeigt (vgl. Bundeskriminalamt 2018, o.S.). Meiner Meinung nach kann hier jedoch von einer weitaus höheren Dunkelziffer ausgegangen werden.

Bezüglich der psychischen Folgen von sexueller Gewalt kann gesagt werden, dass sich kein eindeutiges Syndrom nach einer solchen Gewalterfahrung identifizieren lässt, vielmehr können als Folgen jegliche Arten von Verhaltensstörungen genannt werden. Besonders häufig sind jedoch Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Anpassungsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, instabile Persönlichkeitsstörungen wie BPS, depressive Störungen sowie auch suizidales Verhalten als psychische Folgen von sexuellen Gewalterfahrungen zu beobachten (vgl. Goldbeck et al. 2017, S. 14ff). Selbstverletzendes Verhalten wird hier nicht explizit als psychische Folge von sexueller Gewalt angeführt. Ein Grund dafür ist, dass sexuelle Gewalt selbstverletzendes Verhalten nur indirekt beeinflusst (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 64). Oft wird der Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und sexuellen Gewalterfahrungen durch das entstehende Gefühl der Beschämung erklärt, welches nicht selten zu Selbstbestrafung führt. Anders gesehen kann ein solcher Zusammenhang auch durch die teilweise nach sexuellen Gewalterfahrungen auftretenden dissoziativen Zustände erklärt werden, welche durch selbstverletzendes Verhalten beendet werden sollten (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 95).

2.9.4 Impulsivität

Impulsivität ist ein psychisches Konstrukt sowie eine Basisvariable im Bereich der Erforschung sowie Diagnostik der Verhaltenskontrolle. Trotz der Breite an Erkenntnissen gibt es immer noch keine klare und Definition von Impulsivität. Es wird jedoch davon ausgegangen,

dass es sich hier um mehrdimensionales Konstrukt handelt, welches verschiedene Aspekte umfasst. Dazu zählen:

- Handeln ohne darüber nachzudenken bzw. ohne sich ausreichend Informationen eingeholt zu haben
- Schwierigkeiten bei der Impulskontrolle
- die Tendenz dazu, sich für geringere sofortige Belohnungen zu entscheiden anstatt auf größere Belohnungen zu warten
- die Tendenz, ständig nach neuen aufregenden Erfahrungen zu suchen, eher risikoreiche Alternativen zu wählen sowie die Unfähigkeit, Risiken einschätzen zu können (vgl. Kovaleva/Beierlein/Kemper/Rammstedt 2012, S. 5)

Impulsivität scheint eine tragende Rolle bei der Ausführung von Selbstverletzungen zu spielen (Claes/Fernández-Aranda/Jimenez-Murcia/Botella/Casanueva/de la Torre/Fernández-Real/Frühbeck/Tinahones/ Vilarrasa/Montserrat-Gil de Bernabé /Granero/Agüera/Sancho /Muehlenkamp/Menchón 2013, S. 139f). Auch dieser Zusammenhang wird häufig auf eine Störung des serotonergen Systems zurückgeführt. Befunde zeigen, dass Betroffene nur wenige Sekunden bis gar nicht nachdenken, bevor sie sich selbst verletzen (vgl. Petermann/Nitkowski 2008, S. 1021).

2.10 Komorbidität

„Unter Komorbidität ist das gemeinsame Auftreten verschiedener, voneinander abgrenzbarer psychischer und/oder somatischer Störungen in einem festgelegten Zeitraum zu verstehen“ (Bastine 2012, S. 14). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter muss nicht zwingend mit einer psychischen Störung in Verbindung stehen, ist jedoch trotzdem als Symptom bei etlichen psychischen Erkrankungen zu beobachten. Zu den Störungen, die häufig mit selbstverletzend Verhalten einhergehen, zählen typischerweise die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depressionen, Essstörungen sowie Substanzmissbrauch, aber auch die Schizophrenie, dissoziative Störungen und Störungen des Sozialverhaltens werden immer wieder als komorbide Störungen aufgelistet (vgl. Blanz/Remschmidt/Schmidt/Warnke 2006, S. 59; Petermann/Winkel 2009, S. 97ff; Fleischer/Herpertz 2009, S. 22ff; Kaess/Edinger 2019, S. 43ff). Da selbstverletzendes Verhalten vor allem mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Verbindung gebracht wird und auch Depressionen sowie Essstörungen häufig in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zu beobachten sind, wird im folgenden nur auf diese komorbiden Erkrankungen näher eingegangen.

2.10.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (abgekürzt BPS) ist wohl die wichtigste komorbide Störung von selbstverletzendem Verhalten, da selbstverletzendes Verhalten immerhin bis zur Veröffentlichung des DSM-5 im Jahr 2013 rein als Symptom von BPS galt. Die Prävalenz von BPS beläuft sich in der Allgemeinbevölkerung bei 14-Jährigen auf 0,9%, bei 16-Jährigen auf 1,4% und bei Anfang 20-Jährigen auf 3,2%. Im klinisch ambulanten Bereich konnte eine Prävalenz von ca. 10% festgestellt werden, währenddessen es im stationären Bereich bis zu 50% sind. hier zeichnet sich ein eindeutiger Geschlechterunterschied ab, da Mädchen und Frauen deutlich häufiger davon betroffen sind (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 44).

BPS ist eine schwerwiegende, chronische, psychische Erkrankung und gehört zu den Persönlichkeitsstörungen des Cluster B im DSM-5. Sie ist durch „ein tiefgreifendes und überdauerndes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Affekten sowie häufige impulsive Verhaltensweisen“ gekennzeichnet (Streck-Fischer/Cropp/Streck/Salzer 2016, S. 7). Das Störungsbild von BPS wurde unverändert vom DSM-IV-TR in den DSM-5 übernommen und ist durch neun Kriterien gekennzeichnet, welche in drei psychopathologische Dimensionen unterteilt werden können: Störungen der Affektregulation, der Identität sowie der sozialen Interaktion (vgl. Stiglmayr/Gunia 2017, S. 11). Störungen der Affektregulation kennzeichnen sich durch sehr schnell auslösbare, sehr starke und sehr lang andauernde Emotionszustände, welche häufig von den Betroffenen als unkontrollierbar erlebt werden. Betroffene haben meist Probleme damit, ihre Wut zu kontrollieren, wodurch es häufig zu Wutanfällen kommt. Zudem ist bei BPS-PatientInnen eine große Impulsivität zu beobachten, insbesondere bei selbstschädigenden Verhaltensweisen wie Substanzmissbrauch, Suizidversuche, selbstverletzendem Verhalten oder generellem Hochrisikoverhalten. Außerdem erleben Betroffene häufig ein diffuses Gefühl von innerer Spannung sowie teilweise dissoziative Momente, welche als höchst unangenehm empfunden werden. Diese emotionale Lage sollte durch schnell wirksame Verhaltensweisen wie selbstverletzendes Verhalten beendet werden (vgl. Gerrig 2015, S. 589; Streck-Fischer et al. 2016, S. 8f; Stiglmayr/Gunia 2017, S. 11).

Störungen der Identität zeigen sich bei Menschen mit BPS durch vier unterschiedliche Kategorien:

- Rollen-Absorption (das vollständige Aufblühen in nur einer sozialen Rolle)
- Schmerzhaftes Inkohärenz (das Gefühl des inneren Zerrissen-Seins)

- Schmerzhaft Inkonsistenz (eine wechselnde Identität, die von der jeweiligen Bezugsperson abhängig ist)
- Fehlende Rollenakzeptanz (die Schwierigkeit dabei, eine soziale Rolle mit all ihren Facetten anzunehmen, ohne sich darin zu verlieren).

Aufgrund solcher Störungen der Identität empfinden Betroffene häufig ein Gefühl der inneren Leere, welches als äußerst quälend beschrieben wird (vgl. Streeck-Fischer et al. 2016, S. 9; Stiglmayr/Gunia 2017, S. 11).

Eine weitere wichtige Komponente sind die Störungen der sozialen Interaktion. Sie kennzeichnen sich vor allem durch einen häufigen und schnellen Wechsel von Idealisierung und Abwertung des Gegenübers sowie einer unangemessenen Nähe-Distanz-Regulation. Menschen mit BPS verspüren eine intensive Angst davor, von anderen verlassen zu werden. Daher versuchen sie oft verzweifelt beispielweise durch körperliches Klammern oder ständige Anrufe, das Verlassen-Werden zu verhindern. Es gestaltet sich jedoch aufgrund ihrer gestörten Affektregulation meist schwierig, eine Beziehung mit ihnen aufrechtzuerhalten (vgl. Gerrig 2015, S. 589; Stiglmayr/Gunia 2017, S. 11).

Auch zur Symptomatik der BPS bei Jugendlichen wurden mittlerweile mehrere Untersuchungen durchgeführt. Diese kamen großteils zu den Ergebnissen, dass auch BPS in diesem Alter reliabel⁷ erfasst werden kann, allerdings scheinen die Symptome bei Jugendlichen noch instabiler zu sein als im Erwachsenenalter (vgl. Streeck-Fischer et al. 2016, S. 6). Obwohl Diagnosen im Jugendalter ebenso valide sind wie im Erwachsenenalter, ist in der Praxis immer noch eine gewisse Vorsicht bei der Vergabe einer BPS-Diagnose zu beobachten. Dies könnte daran liegen, dass häufig davon ausgegangen wird, dass typische Merkmale von BPS, wie beispielweise ein gestörtes Selbstbild oder eine affektive Instabilität normal in diesem Alter sei. Zudem wird davon ausgegangen, dass sich die Persönlichkeit noch verändere. Außerdem fürchtet man, die PatientInnen durch eine Diagnose Vorurteilen und künftigen Stigmatisierungen auszusetzen. Die beiden ersten Argumente erwiesen sich jedoch als falsch. Mehr Wissen sowie Aufklärung könnten sich jedoch positiv auf die Stigmatisierung sowie Vorurteile auswirken (vgl. Kaess/Brunner/Chanen 2014, S. 783).

2.10.2 Depression

Eine weitere komorbide Störung, die häufig in Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten genannt wird, ist die Depression (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 104; Peter-

⁷ Unter Reliabilität versteht man die Messgenauigkeit eines psychologischen Tests (vgl. Psychomeda 2016, o.S.)

mann/Nitkowski 2008, S. 1020; Kaess/Edinger 2019, S. 47). Eine Depression ist eine affektive Störung und kann als schwere Erkrankung beschrieben werden, welche das gesamte Individuum in seinem Denken, Fühlen, körperlichem Befinden und seinem Bezug sowohl zu sich selbst, seiner Umwelt als auch zu seiner Gegenwart und Zukunft beeinträchtigt und bedroht. Eine Depression kann einmalig oder auch mehrfach auftreten und unipolar oder bipolar (manisch-depressiv) sein. Typische Symptome einer Depression sind Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, der Verlust von Freude an Aktivitäten, Appetitlosigkeit gekoppelt mit starkem Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit oder in manchen Fällen auch Hypersomnie (zu viel Schlaf), entweder motorische Retardierung (sehr verlangsamte Aktivitäten) oder auch starke Erregung, das Gefühl von Wertlosigkeit, Vergesslichkeit und Konzentrationsschwächen sowie Suizidalität. Die Ursachen einer solchen Erkrankung werden einerseits auf biologische Faktoren zurückgeführt. So konnte hier, wie auch bei selbstverletzendem Verhalten angenommen, ein Mangel an Serotonin und Noradrenalin festgestellt werden. Außerdem wird bei der Entstehung von Depressionen auch von einem genetischen Faktor ausgegangen. Der psychodynamische Erklärungsansatz geht davon aus, dass Depressionen auf Selbstwertprobleme und Selbstkritik zurückzuführen sind, welche bereits in der Kindheit ausgelöst wurden (vgl. Wolfersdorf 2010, S. 19ff; Gerrig 2015, S. 569ff). Aus behavioristischer Sicht entstehen Depressionen dann, wenn Personen nach Verlusten oder einschneidenden Erlebnissen von ihrer Umwelt nicht ausreichend positive Verstärkung erhalten, sondern eher Bestrafungen erleben und sich daher ein gewisses Vermeidungsverhalten aneignen. Kognitiv gesehen gibt es zwei Erklärungsansätze: Theorie 1 geht davon aus, dass Depressionen aufgrund negativer kognitiver Schemata entstehen, die dazu führen, dass Betroffene jene Ereignisse, für welche sie sich als verantwortlich wahrnehmen, negativ betrachten und Theorie 2 nimmt als Entstehungsgrund die erlernte Hilflosigkeit an (vgl. Gerrig 2015, S. 572). Dass es einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und selbstverletzendem Verhalten gibt, konnte in mehreren Studien festgestellt werden (vgl. Marshall/Tilton-Weaver/Stattin 2013, S. 1239; Claes/Luyckx/Baetens/Van de Ven/Wittman 2015, S. 3366). Plener et al. (2015) gaben in ihrer Übersichtsarbeit sogar an, dass Depressionen ein wesentlicher Prädiktor für selbstverletzendes Verhalten sind (vgl. Plener et al. 2015, S. 8).

2.10.3 Essstörungen

Die letzte komorbide Störung von selbstverletzendem Verhalten, auf die in der vorliegenden Arbeit näher eingegangen wird, sind die verschiedenen Formen der Essstörungen. Prinzipiell unterscheidet man zwischen vier Formen von Essstörungen, nämlich zwischen der Anorexia

nervosa, der Bulimia nervosa, der Binge-Eating-Störung sowie den atypischen Essstörungen, welche nun im Folgenden näher erklärt werden (vgl. Jacobi/Thiel/Beintner 2016, S. 23ff).

a) Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa, umgangssprachlich Magersucht genannt, wird laut DSM-5 und ICD-10 anhand von Merkmalen definiert, welche sich auf das Essverhalten, das Gewicht im Allgemeinen sowie auf die Gewichtsregulation beziehen. Eindeutiges Untergewicht, Angst davor, an Gewicht zuzunehmen, eingeschränkte Nahrungsaufnahme, Körperschemastörungen, Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (beispielweise Erbrechen, Diäten etc.) sowie ein großer Einfluss von Körper und Figur auf den Selbstwert sind Kriterien für eine Diagnose der Anorexia nervosa. Die Kriterien des DMS-5 und des ICD-10 unterscheiden sich hier nur minimal voneinander. Das DSM-5 unterscheidet zwischen einem ‚Binge-Eating- bzw. Purging-Typ‘ und dem ‚restriktiven Typ‘ der Anorexia nervosa. Der ‚Binge-Eating-Typ‘ ist gekennzeichnet durch regelmäßige Essanfälle, während der ‚Purging-Typ‘ durch regelmäßiges Erbrechen oder durch die Einnahme von Laxanzien (Abführmittel), Klistieren (Einläufe) oder Diuretika (Medikamente zur verstärkten Harnerzeugung) beschrieben wird. Der Schweregrad wird abhängig vom Body-Mass-Index (BMI) bestimmt (vgl. Jacobi et al. 2016, S. 23f).

b) Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa, umgangssprachlich Ess-Brech-Sucht genannt, ist laut dem DSM-5 und dem ICD-10 durch wiederholte Essanfälle, Angst davor, an Gewicht zuzunehmen sowie durch Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (vor allem Erbrechen, aber auch Hungern, intensive Bewegung sowie die Einnahme der zuvor beschriebenen Medikamente) gekennzeichnet. Erbrechen als Maßnahme zur Gewichtsreduktion ist jedoch nicht zwingend notwendig, um eine Bulimia nervosa diagnostizieren zu können. Es reicht die Feststellung einer weiter angeführten Maßnahme. Die Diagnosekriterien des DMS-5 und des ICD-10 unterscheiden sich hier stärker voneinander, als dies bei den Kriterien der Anorexia nervosa der Fall ist. Das DSM-5 betont beispielweise den erlebten Kontrollverlust in Bezug auf das Essverhalten stärker als die ICD-10, wohingegen der Fokus der ICD-10 stärker auf dem Untergewicht liegt als jener der DSM-5. PatientInnen mit fehlendem Untergewicht und Essanfällen werden laut der ICD-10 als PatientInnen mit atypischer Bulimia nervosa bzw. als BulimikerInnen mit Normalgewicht bezeichnet. Auch hier hat das Körperbild einen erheblichen Einfluss auf den Selbstwert der Betroffenen. Im Gegensatz zur DSM-IV unterscheidet das DSM-5 und auch die ICD-10 nicht

länger zwischen einem ‚Purging-Typ‘ und einem ‚Nicht-Purging-Typ‘. Der Schweregrad einer Bulimia nervosa wird abhängig von der Häufigkeit dieser unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtsreduktion bestimmt (vgl. Jacobi et al. 2016, S. 25f).

c) Binge-Eating-Störungen

Die Binge-Eating-Störung wurde erstmalig in die DSM-5 überaufgenommen, wobei in dessen Vorgänger die jeweiligen Forschungskriterien dafür aufgelistet waren. Die Diagnosekriterien für eine solche Essstörung sind wiederholte Essanfälle (ca. einmal pro Woche) und ein damit verbundener Leidensdruck. Die Essanfälle der Binge-Eating-Störung werden gleich definiert wie jene der Bulimia nervosa. Unangemessene kompensatorische Maßnahmen zur Reduktion von Gewicht zählen hier jedoch nicht zu den diagnostischen Kriterien (vgl. Jacobi et al. 2016, S. 28).

d) Atypische Essstörungen

Es konnte nachgewiesen werden, dass mehr Menschen die Diagnosekriterien einer atypischen Essstörung, im DSM-IV auch als EDNOS (eating disorder not otherwise specified) bezeichnet, aufweisen als jene einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa. Zudem ist bekannt, dass solche Diagnosen sehr instabil sind, da die meisten Betroffenen im Laufe ihrer Erkrankung zwischen den verschiedenen Diagnosekriterien hin und her wechseln. Es wird jedoch noch immer darüber diskutiert, wie sich die atypischen Essstörungen von den zuvor beschriebenen abgrenzen lassen. Die ICD-10 sowie auch das DSM-5 beschreiben Essstörungen dann als atypisch, wenn die Kriterien einer Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa nicht vollständig erfüllt werden. Da jedoch die Diagnosekriterien der beiden Diagnosesysteme teils unterschiedlich sind, können daher auch verschiedene Diagnosen entstehen (vgl. Jacobi et al. 2016, S. 29).

Claes et al. konnten 2013 in ihrer Studie nachweisen, dass selbstverletzendes Verhalten häufiger unter PatientInnen mit Bulimia nervosa sowie mit Binge-Eating-Störungen auftritt als unter PatientInnen mit Anorexia nervosa und Adipositas (vgl. Claes et al. 2013, S. 139). Auch weitere Studien kamen zu diesem Ergebnis und gingen davon aus, dass der Grund für das gemeinsame Auftreten von selbstverletzendem Verhalten und Bulimia nervosa jener sein könnte, dass beide Verhaltensweisen maladaptive Strategien der Emotionsregulation darstellen, welche negative Emotionen möglichst schnell reduzieren sollten. Die Betroffenen beider

Störungen neigen weiter dazu, impulsiv zu handeln. Also vor allem die Impulsivität spielt hier eine große Rolle (vgl. Muehlenkamp/Engel/Wadeson/Crosby/Wonderlich/Simonich/Mitchell 2009, S. 1; Peterson/Fischer 2012, S. 339).

2.11 Pädagogische Betreuung

Eine der wichtigsten Anforderungen an MitarbeiterInnen im pädagogischen Kontext, die mit Kindern und Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten zu tun haben, ist mit heftigen Gefühlen wie Ekel, Wut, Hilflosigkeit, Angst sowie eventuellen Schuldgefühlen umgehen zu können bzw. dies zu lernen. Ansonsten besteht die Gefahr, die Betroffenen abzulehnen bzw. abzustoßen, was deren Verhalten zusätzlich verstärken könnte. MitarbeiterInnen sollten zudem in der Lage sein, den Anblick von Blut zu ertragen und kleinere Verletzungen zu versorgen. Vor allem die emotionale Stabilität seitens der MitarbeiterInnen ist hier besonders wichtig. Selbstverletzendes Verhalten darf keinesfalls sanktioniert bzw. den Betroffenen Vorwürfe gemacht werden. Stattdessen sollte eher darauf hin gearbeitet werden, andere Bewältigungsstrategien für Probleme bzw. negative Gefühle zu erarbeiten. Hier ist es wichtig, Probleme sowie die damit verbundenen Themen und Gefühle zu besprechen. Des Weiteren ist die Beziehungsgestaltung an und für sich wichtig. Die Betroffenen benötigen tragfähige, wertschätzende, verlässliche und überdauernde Beziehungen. Deutliche Beziehungsangebote sind wichtig, trotzdem müssen Nähe und Distanz gut reguliert werden – es darf keinesfalls Nähe eingefordert werden, die für die Betroffenen im Moment nicht aushaltbar ist. Dies gilt jedoch genauso für die Professionellen. Eines darf aber nicht vergessen werden – auch bei der besten Beziehungsgestaltung tritt selbstverletzendes Verhalten auf, auch nach langer Zeit. In solchen Situationen darf den Betroffenen kein Druck gemacht werden. Dennoch sollte selbstverletzendes Verhalten regelmäßig thematisiert, Alternativen aufgezeigt und die nötigen Materialien zur Verfügung gestellt werden. Solche bewährten Alternativhandlungen bzw. Materialien sind häufig als ‚Notfallkoffer‘ oder Skills-Repertoire bekannt. Dazu zählen beispielsweise

- ein Gummiband um das Handgelenk geben und schnalzen
- Gefrierakkus oder Eiswürfel so lange halten, bis es anfängt wehzutun (eventuell ein Tuch herumwickeln, um Erfrierungen zu vermeiden)
- kalt duschen bzw. baden
- etwas Scharfes wie z.B. Peperoni, Tabasco oder Chili essen
- mit Filzstiften oder Ähnlichem rote Striche auf die Haut malen

- Teig, Paste oder Ähnliches auf die Haut schmieren, eintrocknen lassen und anschließend abziehen (ähnelt dem Öffnen von Wunden)
- mit dem Gegenstand, mit dem man sich sonst verletzen würde, andere Gegenstände wie z.B. ein Holzbrett oder eine Plastikflasche zerschneiden oder ritzen.

Professionelle sollten auch dazu in der Lage sein, Anzeichen von Selbstverletzungen zu erkennen, egal ob sich anbahnend oder bereits geschehen. Dies gilt auch für Anzeichen von Suizidalität. Betroffene sollten jedoch nicht von ihren alltäglichen Aufgaben und Pflichten befreit werden. Zudem sollten potentiell gefährliche Gegenstände, so gut es geht, weggeräumt werden.

Es darf trotzdem nicht vergessen werden, dass die Pädagogik alleine teilweise nicht ausreicht, um selbstverletzendes Verhalten zu beseitigen. Gemeinsam mit einer Psychotherapie sowie manchmal einer medikamentösen Behandlung kann jedoch durch pädagogische Arbeit ein großer Beitrag zur Veränderung bzw. Reduktion von selbstverletzendem Verhalten geleistet werden (vgl. Baiertl 2017, S. 490ff).

2.12 Therapie

Professionelle werden aufgrund der hohen Komplexität von selbstverletzendem Verhalten im therapeutischen Bereich immer wieder vor große Herausforderungen gestellt. Die Therapieprogramme sind meist multimodal und umfassen vor allem verschiedene psychotherapeutische sowie auch psychopharmakologische Maßnahmen. Als wichtigste Grundlage ist jedoch stets eine tragfähige und sichere Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn zu nennen. Die Therapien werden meist von einem multiprofessionellen Team gestaltet und auch die Einbeziehung von Bezugspersonen spielt in der Behandlung von selbstverletzendem Verhalten eine entscheidende Rolle (vgl. Resch/Parzer/Haffner/Brunner 2013, S. 135). Das Therapiesetting kann abhängig vom Schweregrad der Selbstverletzungen sowie von eventuellen komorbiden Störungen ambulant, teilstationär sowie stationär erfolgen. Voraussetzung für eine ambulante Behandlung ist ein ausreichendes psychisches, schulisches sowie soziales Funktionsniveau. Wenn durch eine ambulante Behandlung keine Besserung eintritt oder ein eingeschränktes Funktionsniveau vorliegt, sollte eine teilstationäre Behandlung in Betracht gezogen werden. Eine stationäre Therapie ist vor allem dann zwingend (auch gegen den Willen der/des PatientIn), wenn eine akute Suizidalität vorliegt sowie auch dann, wenn ambulante bzw. teilstationäre Behandlungen nicht den gewünschten Erfolg bringen. Auch ist eine stationäre Behandlung unumgänglich, wenn die körperliche Schädigung einer ständigen Überwa-

chung bedarf (vgl. Plener/Becker 2005, S. 22). Im Folgenden werden nun die Psychotherapie, die Dialektisch-Behaviorale Therapie sowie die psychopharmakologische Behandlung näher beleuchtet.

2.12.1 Psychotherapie

Psychotherapeutische Interventionen erwiesen sich bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten häufig als sehr wirksam, wodurch die Psychotherapie immer als Behandlungsmethode in Betracht gezogen werden sollte. Die wesentlichen Grundsätze der psychotherapeutischen Behandlung sind unabhängig von der gewählten Therapieform (psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch und systemisch), es sind jedoch einige Besonderheiten in der Therapie mit Jugendlichen zu beachten (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 102). Ein solcher Grundsatz ist bereits vor der Behandlung einen sogenannten Therapievertrag zu erstellen, in welchem der Umgang mit suizidalem Verhalten, selbstverletzendem Verhalten sowie die therapeutischen Rahmenbedingungen geklärt und vereinbart wird. Des Weiteren spielt hier vor allem eine stabile therapeutische Beziehung zwischen dem/der TherapeutIn und dem/der PatientIn eine wesentliche Rolle (vgl. Sachsse 2016, S. 21f; Kaess/Edinger 2019, S. 102). Walsh und Rosen erarbeiteten 1988 vier Schritte in der psychotherapeutischen Behandlung von PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten:

1. Die erste Behandlungsphase ist dazu da, um die oben erwähnte therapeutische Beziehung aufzubauen. Hierbei ist es besonders wichtig, dass der/die TherapeutIn empathisch, aktiv und warmherzig vorgeht.
2. In der zweiten Behandlungsphase sollte der/die TherapeutIn die Rolle des/der aufmerksamen ZuhörerIn übernehmen, jedoch nicht ohne diesen Schritt anzukündigen und zu erklären, da der/die PatientIn sich ansonsten zurückgewiesen fühlen könnte. In dieser Phase werden vor allem Alltagsprobleme behandelt.
3. Die dritte Phase ist dazu da, um die Schlüsselmomente in der Kindheitsgeschichte der/des PatientIn zu erarbeiten. Hier beginnt die eigentliche Therapie.
4. Die Therapiebeendigung stellt die vierte und somit letzte Behandlungsphase dar (vgl. Sachsse 2016, S. 21f).

Auch Resch erarbeitete ein Fünf-Schritte-System für die Behandlung von PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten. Als ersten Schritt sah er die persönliche Abgrenzung des/der TherapeutIn. Schritt 2 besteht auch hier aus dem Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung, wobei er hier nicht nur Empathie, sondern vor allem die professionelle therapeutische

Haltung als Voraussetzung für eine solche Beziehung sieht. Als Schritt 3 beschreibt Resch die Erschließung neuer Kommunikationsformen mit dem/der PatientIn, um Selbstverletzungen als dysfunktionale Ausdrucksform abzulösen. Schritt 4 besteht für ihn aus dem Aufzeigen neuer Perspektiven für den/die PatientIn, um Sicherheit bezüglich der Zukunft herzustellen und erst Schritt 5 ist hier die Bearbeitung von früheren Traumata (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 184f).

An dieser Stelle ist noch hinzuzufügen, dass die ambulante bzw. teilstationäre Behandlung der stationären, wenn möglich, vorzuziehen ist, da diese am wenigsten in den Alltag der PatientInnen eingreifen, somit das höchstmögliche Funktionsniveau erreicht wird und gleichzeitig soziale und familiäre Beziehungen weiterhin aufrechterhalten werden. Wenn eine stationäre Behandlung nicht vermieden werden kann, sollten bereits in Vorhinein konkrete Behandlungsziele sowie die Dauer des Aufenthalts festgelegt werden. Insbesondere sollte bei akuter Fremdgefährdung sowie aggressiv-impulsivem Verhalten, bei schwerem Komorbiditätsstörungen, bei schweren dissoziativen Zuständen, bei zunehmender Delinquenz, bei Hochrisikoverhalten sowie bei allgemeiner Unbelehrbarkeit eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 105f).

2.12.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (abgekürzt DBT) wurde von Marsha M. Linehan in den 1980er Jahren entwickelt und enthält Elemente aus der Gestalttherapie, der Kognitiven Therapie, der Gesprächspsychotherapie, der Verhaltenstherapie sowie dem Zen-Buddhismus. Sie ist Teil der Psychotherapie und wurde ursprünglich als ambulante Behandlungsmethode für Frauen mit BPS entwickelt, die an chronischer Suizidalität sowie selbstverletzendem Verhalten litten. Wichtig ist, dass selbstverletzendes Verhalten hier als Methode zur Problembewältigung angesehen wird (vgl. Fleischhacker/Böhme/Schulz 2008, S. 152; Petermann/Winkler 2009, S. 195; Stiglmayr/Gunia 2017, S. 23; Kaess/Edinger 2019, S. 106). Aufgrund fehlender Behandlungsverfahren für selbstverletzendes sowie auch suizidales Verhalten wurde Mitte der 1990er Jahre die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (abgekürzt DBT-A) von Rathus und Miller entwickelt, welche eine Anpassung der DBT ist. Ähnlich wie die ambulante DBT besteht auch die ambulante DBT-A aus folgenden fünf Elementen:

- wöchentliche Einzeltherapien
- Telefonkontakte
- Skillstraining in der Gruppe

- Bezugspersonengespräche circa jede 5. Einheit
- Supervisionen (vgl. Stiglmayr/Gunia 2017, S. 33; Kaess/Edinger 2019, S. 107).

Die Einzeltherapie sowie auch die Fertigungsgruppe/Skillstraining stellen jedoch die wichtigsten Bausteine der DBT-A dar. Jene Skills, die die Jugendlichen gemeinsam mit ihren Bezugspersonen in fünf verschiedenen Modulen erwerben sollten, werden in Tabelle 3 dargestellt.

Modul	Zielproblematik
Achtsamkeit	Grundlage für die Skills-Anwendung
Stresstoleranz	Impulsivität
Emotionsregulation	Emotionale Instabilität
Zwischenmenschliche Fertigkeiten	Zwischenmenschliche Probleme
»Walking the Middle Path«	Jugendlichen- und Familiendilemmata
gegebenenfalls Selbstwert	Geringer Selbstwert

Abbildung 3: Module und Zielproblematik der DBT-A (vgl. Kaess/Edlinger 2019, S. 113).

Die in Abbildung 3 dargestellten Module befinden sich in einem gewissen Rotationsschema. Das Modul ‚Achtsamkeit‘ bildet die Basis für die Anwendung aller erlernten Skills, weshalb es innerhalb dieses Rotationsschemas auch immer wieder vorkommt. Das Modul ‚Stresstoleranz‘ dient dazu, um die Impulsivität zu reduzieren. ‚Emotionsregulation‘ bezieht sich auf die emotionale Instabilität und ‚zwischenmenschliche Fertigkeiten‘ soll als Hilfestellung bei zwischenmenschlichen Problemen dienen. Das Modul ‚Walking the Middle Path‘ ist insbesondere für Jugendliche entwickelt worden und soll ihnen vermitteln, den Mittelweg zu suchen. Dieses Modul bezieht sich besonders auf Dilemmata jeglicher Art und versucht, Jugendlichen Strategien für Konfliktlösungen zu vermitteln (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 200f; Stiglmayr 2017, S. 33; Kaess/Edinger 2019, S. 112f). Das letzte Modul ‚Selbstwert‘ wurde erst 2018 von Auer und Bohus hinzugefügt und bezieht sich auf die Selbstakzeptanz sowie auf die eigenen Grundannahmen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 113). Das oben genannte Rotationsschema wird nun in Abbildung 4 dargestellt, wobei hier das Modul ‚Selbstwert‘ noch nicht eingebaut wurde.

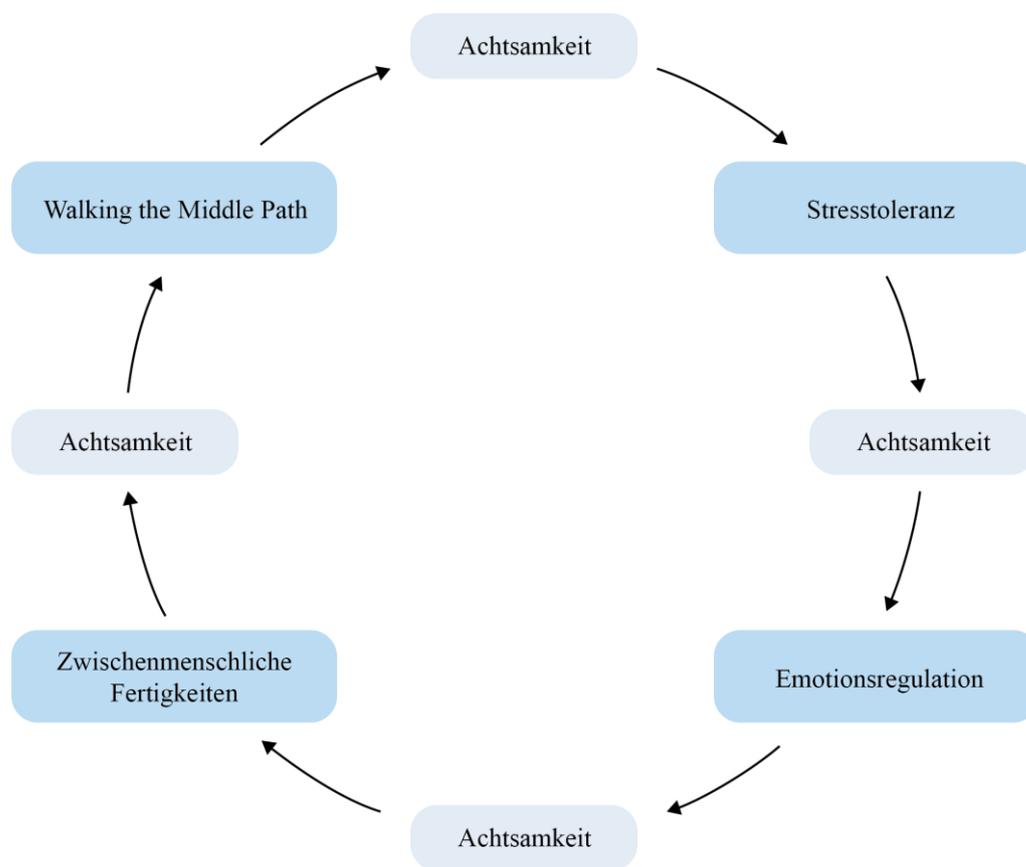


Abbildung 4: Rotationsschema der Module der DBT-A (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 114)

Die Wirksamkeit der DBT konnte auch in einigen Studien nachgewiesen werden. Beispielsweise konnten Linehan et al. (1991) in ihrer Studie eine Reduktion von parasuizidalem Verhalten (suizidales und selbstverletzendes Verhalten) aufgrund einer DBT bei weiblichen Borderline-Patientinnen verzeichnen (vgl. Linehan/Armstrong/Suarez/Allmon/Heard 1991, S. 1063). Auch Fleischhaker et al. (2005) konnten in ihrer Pilotstudie zur DTB-A positive Effekte der DTB auf selbstverletzendes Verhalten nachweisen, da sich dies während der Behandlung signifikant reduzierte (vgl. Fleischhaker et al. 2008, S. 159).

2.12.3 Psychopharmakologische Therapie

Die psychopharmakologischen Möglichkeiten zur Verminderung von selbstverletzendem Verhalten wurden bereits im Zuge der neurobiologischen Risikofaktoren (Kapitel 2.9.1) angesprochen. Vorweg ist anzumerken, dass eine pharmakologische Behandlung nicht als Einzeltherapie sondern als Ergänzung im Rahmen einer Psychotherapie angewandt werden sollte. In Abhängigkeit der Symptome kommen insbesondere selektive Serotoninwiederaufnahme-

hemmer, Opiodantagonisten oder atypische Antipsychotika als Ergänzung in Frage. Da selbstverletzendes Verhalten häufig im Kontext verschiedener psychischer Erkrankungen auftritt, gestaltet sich eine angemessene psychopharmakologische Behandlung aber oft schwierig. Außerdem wurden Studien zu diesem Thema hauptsächlich für selbstverletzendes Verhalten in Zusammenhang mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus-Spektrumsstörungen) durchgeführt, wodurch es fraglich ist, ob diese Erkenntnisse auf Personen mit selbstverletzendem Verhalten ohne ein solches Störungsbild übertragen werden können (vgl. Plener/Libal/Fegert/Kölch 2016, S. 65f). Psychopharmaka haben meist eine sedierende sowie spannungslösende Wirkung, wodurch eine solche Behandlung im Allgemeinen immer zeitlich begrenzt sein sollte, da Betroffene emotionale Krisen sowie Spannungszustände sonst nicht von selbst aushalten können und somit die gesamte Therapie negativ beeinflusst werden kann (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 128f). Auch ist anzumerken, dass vor allem jugendliche PatientInnen mit selbstverletzendem Verhalten oft nicht genug Kooperationsbereitschaft für eine solche Behandlung aufbringen. Zudem neigen sie oft dazu, Medikamente unregelmäßig einzunehmen, die besprochenen Pausen nicht einzuhalten, zu viel einzunehmen oder Medikamente mit anderen Medikamenten zu kombinieren. Außerdem lehnen sie sich oftmals gerne gegen Autoritäten oder ärztliche Empfehlungen auf. Eigentlich sollte die Behandlung von selbstverletzendem Verhalten im Jugendalter, wenn möglich, generell ohne Medikamente erfolgen (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 133). Trotzdem werden im Folgenden die am häufigsten eingesetzten Psychopharmaka zur Behandlung von selbstverletzendem Verhalten näher beleuchtet:

a) Antidepressiva

Zu den am häufigsten eingesetzten Antidepressiva zählen die selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI; z.B. Fluoxetin und Citalopram) sowie auch die selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI; z.B. Venlafaxin). Die Datenlage in Bezug auf diese Medikamente ist jedoch sehr uneindeutig. In einer Übersichtsarbeit von Sohanpal et al. (2007) konnte gezeigt werden, dass bei knapp 50% der ProbandInnen eine Verbesserung von selbstverletzendem Verhalten durch Antidepressiva erreicht werden konnte, wohingegen es bei den restlichen 50% zu keiner Verbesserung und teilweise sogar zu Verschlechterungen führte (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 130). Auch in einer Analyse von 41 Studien zeigte sich, dass die Behandlung mit Fluoxetin und Venlafaxin zwar bei erwachsenen PatientInnen zur Abnahme von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten führte, währenddessen dies bei jugendlichen PatientInnen nicht der Fall war (vgl. Plener et al. 2016, S. 69).

b) Stimmungsstabilisatoren

Auch bei den Stimmungsstabilisatoren ist die Datenlage sehr uneindeutig. Es konnten zwar positive Effekte auf einzelne Symptome der BPS nachgewiesen werden, die Robustheit dieser Ergebnisse ist jedoch trotzdem sehr gering. Besonders geringe Effekte zeigten hier die Medikamente Lithium und Carbamazepin. Hingegen wirkten sich Lamotrigin und Valproat positiv auf die Impulsivität, Angst und Wut aus. Trotzdem blieben die gewünschten Effekte von diesen Stimmungsstabilisatoren in nahezu allen Studien aus (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 131). Auch die Anwendung von Oxcarbazepin zeigte zwar bei zwei bulimischen Frauen eine Minderung von selbstverletzendem Verhalten, wirkte sich jedoch bei BPS-PatientInnen nicht aus. Auch bei Medikamenten wie Topiramat und Riluzol konnte nur ein sehr geringer Effekt nachgewiesen werden (vgl. Plener et al. 2016, S. 70). Neuere Studien deuten zwar darauf hin, dass solche Stimmungsstabilisatoren einen positiven Effekt auf emotional-instabile Symptomatiken hätten, eine Behandlungsempfehlung kann an dieser Stelle jedoch trotzdem noch nicht ausgesprochen werden (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 131).

c) Antipsychotika

Auch Antipsychotika (AA) bzw. Neuroleptika werden häufig zur Behandlung von selbstverletzendem Verhalten eingesetzt. Hier erwies sich vor allem das Medikament Olanzapin bei PatientInnen mit BPS als wirksam. Es wurden Studien von Schulz et al. (2008) und Linehan et al. (2008) durchgeführt, in denen die Behandlung von BPS-PatientInnen durch Olanzapin getestet wurde, wobei es bei beiden Studien Placebo-Kontrollgruppen gab. Beide kamen zum Ergebnis, dass die BPS-Symptomatik durch die Behandlung abnahm, wobei eine Reduktion von selbstverletzendem Verhalten in den Kontrollgruppen deutlicher war. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Olanzapin keine Wirkung aufweist. Für die Wirkung anderer Antipsychotika wie beispielweise Clozapin oder Quetiapin existieren nur Fallberichte (vgl. Plener et al. 2016, S. 69f). Eine aussagekräftige Studie über die positive Wirkung von Aripiprazol wurde von Nickel et al. (2007) durchgeführt. Im Rahmen einer Metaanalyse zeigte sich, dass unter allen Antipsychotikern nur Aripiprazol einen positiven Effekt auf die Verhaltens- und Impulskontrolle hat (vgl. Plener et al. 2016, S. 70; Kaess/Edinger 2019, S. 131). Trotzdem sollte die Behandlung mittels Antipsychotikern weiterhin kritisch betrachtet werden, insbesondere aufgrund der Nebenwirkungen dieser Substanzgruppe. Risperidon ist das einzige Medikament, das im Jugendalter zur Behandlung von Impulskontrollstörungen zugelassen ist (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 131).

d) Opioidantagonisten

Wie bereits in Kapitel 2.9.1 aufgezeigt, wird von einem Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten und einem Mangel an körpereigenen Opioiden ausgegangen. Besonders hervorzuheben ist, dass Unterschiede zwischen PatientInnen mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und PatientInnen ohne ein solches Störungsbild in Bezug auf die Behandlung von selbstverletzendem Verhalten mit Opioidantagonisten beobachtet werden konnten. Erstere reagierten positiv auf diese Substanzgruppe, während bei Zweiteren nur kleine Fallzahlen existieren, in denen ein positiver Effekt nachgewiesen werden konnte. In diesen wenigen Fällen wurde das Medikament Naltrexon zur Behandlung eingesetzt (vgl. Plener et al. 2016, S. 71).

e) Benzodiazepine

Auch Studien zur Wirksamkeit von Benzodiazepinen zeigten widersprüchliche Ergebnisse in Bezug auf die Reduktion von selbstverletzendem Verhalten. Es konnte kein Unterschied in der Reduktion zwischen PatientInnen, welche Alprazolam oder Clonazepam einnahmen, und PatientInnen, die keine Medikamente einnahmen, festgestellt werden. Es konnte nur festgestellt werden, dass sich Benzodiazepine positiv auf das Schmerzerleben auswirken, da die Schmerzgrenze ansteigt. Die Einnahme von Benzodiazepine sollte nicht nur wegen dem hohen Abhängigkeitsrisiko, sondern auch wegen der uneindeutigen Datenlage nur auf kurze Zeit eingenommen oder generell vermieden werden (vgl. Plener et al. 2016, S. 71).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die psychopharmakologische Behandlung mit großer Vorsicht anzuwenden ist, da keine der oben genannten Substanzgruppen zur deutlich nachgewiesenen Reduktion von selbstverletzendem Verhalten führt. Am besten ist es, vor allem im Jugendalter eine psychopharmakologische Behandlung, wen möglich, generell zu vermeiden.

2.13 Prävention

Da die Entstehung von selbstverletzendem Verhalten multifaktoriell bedingt und das Phänomen generell sehr heterogen ist, gestalten sich Präventionsmaßnahmen eher schwierig. Selbstverletzendes Verhalten kann auch nicht zuverlässig vorausgesagt werden, da jedes Individuum anders auf psychosoziale Problemsituationen reagiert. Trotzdem gibt es Ansätze, wie

präventiv gegen selbstverletzendes Verhalten vorgegangen werden kann (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 145).

Zu aller erst müssen jedoch die unterschiedlichen Präventionsarten, nämlich primär, sekundär und tertiär geklärt werden. Die Primärprävention möchte allgemein verhindern, dass Risikoverhalten bzw. mögliche Symptome entstehen und setzt daher schon sehr früh an. Die Sekundärprävention möchte beobachtetes Risikoverhalten bzw. Symptome möglichst früh erfassen. Die Tertiärprävention hingegen zielt darauf ab, bereits aufgetretene Erkrankungen zu lindern bzw. rehabilitieren (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 146). Um nun von jenen Präventionsmöglichkeiten zu sprechen, die das Auftreten von selbstverletzendem Verhalten generell verhindern sollten, werden nun im Folgenden einige Vorschläge für primäre und sekundäre Präventionsmöglichkeiten angeführt.

Prävention sollte hier als universelle Prävention fungieren, welche versucht, Ressourcen zu stärken und Risikofaktoren zu senken, da Jugendliche, die sozial emotional und kognitiv gefestigt sind, Problemsituationen meistens besser bewältigen können. Daher wird in den Präventionsansätzen insbesondere der Fokus darauf gelegt, die sozialen und emotionalen Kompetenzen sowie die Bewältigungsstrategien und das Selbstwertgefühl von Jugendlichen zu stärken. Besonders wichtig ist hier die Förderung der Fähigkeit zur Emotionsregulation (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 176; Kaess/Edinger 2019, S. 145).

Auch die Prävention von sexueller Gewalt ist eine wichtige Präventionsmöglichkeit von selbstverletzendem Verhalten, da sexuelle Gewalt einen wesentlichen Risikofaktor für das Auftreten von selbstverletzendem Verhalten darstellt. Dies kann durch eine entsprechende Erziehung und Aufklärung passieren. Kindern muss vermittelt werden, dass sie das Recht haben, körperliche Annäherungen von Erwachsenen, ob bekannt oder fremd, zurückzuweisen. Sie müssen ebenso darüber informiert werden, wie sie sich wehren und wem sie sich anvertrauen können. Ebenso ist es wichtig, bei bereits stattgefundenener Gewalterfahrung frühzeitig zu intervenieren, um so langfristige emotionale Störungen verhindern zu können (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 176; Henningsen 2016, S. 122).

Präventiv gesehen ist es auch von Vorteil, MultiplikatorInnen wie beispielweise LehrerInnen, VereinsleiterInnen, SporttrainerInnen etc. in präventive Maßnahmen mit einzubeziehen. Solche Personen sind häufig in Kontakt mit Jugendlichen und haben meist eine Vertrauensbeziehung zu ihnen aufgebaut. Außerdem sind sie aufgrund ihrer sozialen Rolle in vielen Fällen die ersten AnsprechpartnerInnen für Jugendliche. Daher können sie gefährdete Jugendliche besser identifizieren und zu geeigneten Einrichtungen bzw. Beratungsstellen weitervermitteln. Wichtig ist hier auch, dass solche MultiplikatorInnen genügend aufgeklärt und informiert werden

(vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 176f). Diese Präventionsmöglichkeit wird auch als Gatekeeper-Programm bezeichnet.

Ein weitere Präventionsmöglichkeit für selbstverletzendes Verhalten können auch Awareness-Programme sein, welche vorwiegend bei suizidalen Verhaltenweisen angewendet werden, jedoch auch auf selbstverletzende Verhaltensweisen übertragbar sind. Bei solchen Programmen geht es im Allgemeinen darum, ein Bewusstsein für psychische Gesundheit und selbstverletzendes sowie suizidales Verhalten zu schaffen. Ziel dieses Programms ist es, Jugendliche dazu zu bewegen, bei Problemen Hilfe in Anspruch zu nehmen und auch Gleichaltrige bei der Inanspruchnahme von Hilfen zu unterstützen.

Auch die Screening-Programme zählen zu den (sekundären) Präventionsmöglichkeiten von selbstverletzendem Verhalten. Sie zielen darauf ab, Risikofaktoren wie Depressionen, Substanzmissbrauch oder Angst zu identifizieren, um somit bei behandelbaren psychischen Störungen bereits im Voraus zu intervenieren. Der Nachteil solcher Screening-Programme ist, dass oftmals Jugendliche als falsch-positive Risikofälle eingestuft werden (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 146ff).

Die Präventivarbeit von gefährdeten Gruppen zählt zu einer der wichtigsten Möglichkeiten. Hier sollten vor allem Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen sowie Jugendliche in Untersuchungshaft oder im Strafvollzug immer wieder nach selbstverletzendem Verhalten gefragt werden. Zudem sollte auf mögliche Anzeichen wie zum Beispiel das Tragen von langer Kleidung bei warmen Temperaturen geachtet werden. Besonderes Augenmerk sollte auf Jugendliche mit impulsiv-aggressiven und dissoziativem Verhalten gelegt werden (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 177).

3 DIE KINDER- UND JUGENDHILFE

Die Kinder- und Jugendhilfe, abgekürzt KJH, ist „ein sozialer Dienstleistungsbereich, der sich sowohl auf Interventionsaufgaben und das sog. Wächteramt des Staates bezieht, als auch eine öffentliche Infrastruktur zur Pflege, Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen vorhält“ (Rätz/Schröer/Wolff 2014, S. 15). Laut dem Bundeskanzleramt umfasst die Kinder- und Jugendhilfe „Leistungen öffentlicher und privater Kinder- und Jugendhilfeträger, die dazu beitragen, die Rechte der Kinder und Jugendlichen auf Förderung ihrer Entwicklung und Erziehung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu unterstützen, sie vor allen Formen der Gewalt zu schützen und die Erziehungskraft der Familien zu stärken“ (Bundeskanzleramt 2020, o.S.). Zu solchen Leistungen zählen unter anderem System-

leistungen, Präventivleistungen, Erziehungshilfen, Fremdunterbringungen in sozialpädagogischen Einrichtungen oder Pflegestellen, die Mitwirkung an Adoptionen sowie auch Beratungen, welche von den Jugendämtern der jeweiligen Bezirke bzw. Städte umgesetzt und erbracht werden (vgl. Bundeskanzleramt 2020, o.S.; Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS] 2020, o.S.). Neben den unterschiedlichen Leistungen wurden auch bestimmte Ziele definiert, welche die KJH verfolgt. Dazu zählen

- „Bildung eines allgemeinen Bewusstseins für Grundsätze und Methoden förderlicher Pflege und Erziehung;
- Stärkung der Erziehungskraft der Familien und Förderung des Bewusstseins der (werdenden) Eltern für ihre Aufgaben;
- Förderung einer ihren Anlagen und Fähigkeiten angemessenen Entfaltung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten sowie deren Verselbstständigung;
- Schutz von Kindern und Jugendlichen von allen Formen von Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen hinsichtlich Pflege und Erziehung;
- Reintegration von Kindern und Jugendlichen in die Familie im Interesse des Kindeswohls, insbesondere im Zusammenhang mit Erziehungshilfen“ (RIS 2020, o.S.)

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Der Kinder- und Jugendhilfe liegt das seit Mai 2013 geltende Bundes- Kinder- und Jugendhilfegesetz (B-KJHG) zu Grunde, welches von den jeweiligen Bundesländern in Form ihrer unterschiedlichen Ausführungsgesetze konkretisiert wurde. Das Ausführungsgesetz der Steiermark, das Steiermärkische Kinder- und Jugendhilfegesetz (StKJHG) trat anschließend im Oktober 2013 in Kraft und führt folgende Grundsätze der KJH an:

- „Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung.
- Die Förderung ihrer Entwicklung und die Erziehung sind in erster Linie die Pflicht und das Recht der Eltern oder sonst mit Pflege und Erziehung betrauter Personen.
- Unter Berücksichtigung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen unterstützt die Kinder- und Jugendhilfe die Eltern oder sonst mit Pflege und Erziehung betraute Personen im erforderlichen Ausmaß und nach fachlich anerkannten Standards bei der Ausübung von Pflege und Erziehung durch Information und Beratung und

stärkt das soziale Umfeld. Problemstellungen, Entwicklungsrisiken und der Bedarf nach Unterstützung sollen frühzeitig erkannt werden.

- Wird das Kindeswohl hinsichtlich einer angemessenen Pflege und Erziehung von Eltern oder sonst mit Pflege und Erziehung betrauten Personen nicht gewährleistet, sind Erziehungshilfen nach dem 3. Abschnitt des 3. Teiles zu gewähren.
- In familiäre Rechte und Beziehungen wird nur soweit eingegriffen, als dies zur Gewährleistung des Kindeswohls notwendig und im bürgerlichen Recht vorgesehen ist.
- Die Leistungen richten sich nach den individuellen Erfordernissen und der Lebenssituation der Betroffenen. Die Kinder- und Jugendhilfe bezieht die Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes mit ein und unterstützt Kinder und Jugendliche, diese Möglichkeiten besser zu nutzen. Die Kinder- und Jugendhilfe arbeitet mit den Eltern oder sonst mit Pflege und Erziehung betrauten Personen zusammen und beteiligt diese und die Kinder und Jugendlichen situationsgerecht bei der Erbringung von Leistungen.
- Die Wahrnehmung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe erfolgt in Kooperation mit den einschlägigen Stellen des Bildungs-, Gesundheits-, Arbeits- und Sozialsystems“ (RIS 2020, o.S.).

Mit 01. Jänner 2020 trat die Bundes-Verfassungs-Novelle BGBI. I Nr. 14/2019 in Kraft, welche die Gesetzgebungskompetenz nun vollständig den Ländern zuschreibt. Somit wurde Teil 1 des B-KJHG außer Kraft gesetzt. Teil 2 des B-KJHG, welcher unter anderem Mitteilungspflichten oder auch Amtshilfen regelt, bleibt jedoch weiterhin bestehen. Durch die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG verpflichten sich sowohl der Bund als auch die einzelnen Länder dazu, das Schutzniveau der KJH weiterhin aufrechtzuerhalten sowie weiterzuentwickeln. Auch diese Vereinbarung trat mit 01. Jänner 2020 in Kraft (vgl. Bundeskanzleramt 2020, o.S.).

3.2 Die stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Die klassische Form der stationären Kinder- und Jugendhilfe bzw. der stationären Hilfen zur Erziehung ist die Heimerziehung, auch Fremdunterbringung bzw. volle Erziehung genannt. Befinden sich Kinder oder Jugendliche in einer solchen Unterbringungsform bedeutet das, dass sie Tag und Nacht, also 24 Stunden außerhalb der Herkunftsfamilie verbringen (vgl. Rätz et al. 2014, S. 168). Laut StKJHG zählt die volle Erziehung neben der Unterstützung der Erziehung zu den Erziehungshilfen der Kinder- und Jugendhilfe. Um Erziehungshilfen gewähren zu können, sind zuerst sowohl eine Gefährdungsabklärung als auch das Erstellen eines

Hilfeplans nötig. Grundlagen für den Einsatz von Erziehungshilfen können entweder Vereinbarungen, gerichtliche Verfügungen oder auch Gefahr in Verzug sein (vgl. RIS 2020, o.S.).

3.2.1 Gefährdungsabklärung

Wie bereits erwähnt, muss vor Erstellung eines Hilfeplans eine Gefährdungsabklärung stattfinden, um Erziehungshilfen einleiten zu können. Dies passiert dann, wenn sich anhand glaubhafter Meldungen der Verdacht ergibt, dass das Wohl eines Kindes gefährdet sei, um somit das Gefährdungsrisiko einzuschätzen und beurteilen zu können, ob tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegt (vgl. RIS 2020, o.S.). Eine Gefährdungsabklärung ist eine „ausführliche Bestandaufnahme der Lebenssituation der Kinder / Jugendlichen und ihrer Eltern“ (FICE Austria 2019, S. 46). Für eine solche Bestandaufnahme der Lebenssituation werden vor allem Gespräche mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie auch mit deren Erziehungsberechtigten, in deren Betreuung sich die Betroffenen hauptsächlich befinden, geführt. Außerdem werden die Wohn- und Aufenthaltsorte der Betroffenen regelmäßig besucht. Aber auch Stellungnahmen, schriftliche Gefährdungsmitteilungen sowie Gutachten und Berichte von Fachpersonal werden für eine Gefährdungsabklärung herangezogen (vgl. RIS 2020, o.S.). Besonders wichtig ist, dass alle Beteiligten in die Gefährdungsabklärung mit einbezogen werden und diese somit so transparent wie möglich gestaltet wird. Außerdem muss eine solche Abklärung stets durch mindestens zwei Fachkräfte erfolgen, welche sich an fachliche Standards halten müssen (vgl. FICE Austria 2019, S. 46; RIS 2020, o.S.). Laut der Kinder und Jugendhilfestatistik 2019 vom Bundesministerium wurden 2019 insgesamt 39.704 Gefährdungsabklärungen in Österreich durchgeführt, davon fanden 2.644 in der Steiermark statt (vgl. Bundesministerium 2020, S. 35).

3.2.2 Hilfeplanung

Stellt es sich im Zuge der Gefährdungsabklärung heraus, dass das Kindeswohl gefährdet ist, wird vom Kinder- und Jugendhilfeträger in Kooperation mit den Erziehungsberechtigten sowie mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen ein sogenannter Hilfeplan erstellt. Die Hilfeplanung bestimmt die Zielrichtung der Leistungen und soll vor allem die adäquate psychische, physische, soziale und kognitive Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen sicherstellen. Die Qualität dieses Hilfeplans ist entscheidend für das Gelingen der Erziehungshilfen. Die zentrale Aufgabe der Hilfeplanung liegt darin, passgenaue Hilfen zu vermitteln, um die Erziehungsfähigkeit der Erziehungsberechtigten wiederherzustellen sowie die Kinder und Jugendlichen in ihrem entwicklungsförderlichem Aufwachsen und ihrem Selbst-

ständig-Werden zu schützen. Passgenaue Hilfen sind jene Hilfen, die auf die Probleme, Ressourcen sowie Unterstützungsbedürfnisse der Beteiligten abgestimmt werden. Ebenso wie bei der Gefährdungsabklärung ist es auch bei der Hilfeplanung wichtig, alle Beteiligten mit einzubeziehen sowie auch ihre Wünsche und Vorstellungen, soweit es möglich und zielführend ist, zu berücksichtigen. Wichtig ist hier, dass solche Hilfepläne regelmäßig überprüft und wenn notwendig angepasst werden müssen. Auch hier gilt es wieder, dass mindestens zwei Fachkräfte an der Hilfeplanung beteiligt sein müssen (vgl. FICE Austria 2019, S. 46f; RIS 2020, o.S.).

3.2.3 Volle Erziehung

Wenn davon ausgegangen wird, dass eine Kindeswohlgefährdung trotz des Verbleibs des Kindes oder des Jugendlichen in der Familie abgewendet werden kann, kommt es zu Unterstützungen der Erziehung. Solche Unterstützungen erfolgen vor allem durch ambulante sowie mobile Hilfen, Arzt- und Hausbesuche sowie durch Kontakteinschränkungen mit Personen, die das Kindeswohl gefährden (vgl. RIS 2020, o.S.; Bundesministerium 2020, S. 14). Kann eine Kindeswohlgefährdung jedoch nur noch durch die Betreuung außerhalb der Familie abgewendet werden, ist den Betroffenen volle Erziehung zu gewähren. Wie bereits in Kapitel 3.2 erwähnt, ist die volle Erziehung die dauerhafte Betreuung von Kindern oder Jugendlichen durch Angehörige, Pflegepersonen oder in sozialpädagogischen Einrichtungen (vgl. RIS 2020, o.S.; Bundesministerium 2020, S. 19f).

Die stationären Leistungsangebote sind jedoch unterschiedlich. Laut dem Leistungskatalog der StJWG-DVO, LGBl, Nr. 2, Anlage 1 von 2005 gibt es insgesamt 13 unterschiedliche stationäre Wohnformen. Dazu zählen Kinder- und Jugendwohngruppen (WG-KIJU), sozialpädagogische Wohngemeinschaften für Kinder und Jugendliche (WG-SPÄD) Wohngemeinschaften für Mutter mit Kind (WG-MUKI), familienähnliche Wohngemeinschaften (WG-FAM), Krisenunterbringungen bzw. Kriseninterventionsstellen (KRISE), Wohn-, Lebens- und Arbeitstraining (WLA), betreutes Wohnen (MOB), betreute Wohngruppen (MOB-WG), betreutes Wohnen in Krisensituationen (MOB-KRISE), betreutes Wohnen von jugendlichen Familien (MOB-FAM), familienbegleitende Pflegeplatzunterbringung (FPU) sowie die familienpädagogische Krisenpflegeplatzunterbringung (KUB). Zudem werden zwei weitere stationäre Zusatzpakete angegeben, nämlich die therapeutische WG-Unterstützung (Z-THER) sowie die Intensivbetreuung mit besonderer Beschulung in Wohngemeinschaften (Z-SCHU) (vgl. StKJHG-DVO 2005, S. 1).

Laut der Kinder- und Jugendhilfestatistik wurden im Jahr 2019 österreichweit 12.785 Kinder und Jugendliche, davon 1.541 in der Steiermark, im Rahmen der vollen Erziehung betreut.

Bundesland ¹⁾	Anzahl			Anteil (%)	
	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Burgenland	383	210	173	54,8	45,2
Kärnten	1 052	587	465	55,8	44,2
Niederösterreich	2 050	1 137	913	55,5	44,5
Oberösterreich	1 705	892	813	52,3	47,7
Salzburg	681	367	314	53,9	46,1
Steiermark	1 541	774	767	50,2	49,8
Tirol	792	399	393	50,4	49,6
Vorarlberg	534	291	243	54,5	45,5
Wien	4 047	2 194	1 853	54,2	45,8
Österreich	12 785	6 851	5 934	53,6	46,4

Tabelle 7: Zahlen der 2019 fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen (vgl. Bundesministerium 2020, S. 20)

Insgesamt werden mit einem Verhältnis von 53,6% zu 46,4% mehr Jungs als Mädchen im Rahmen der vollen Erziehung betreut (vgl. Bundesministerium 2020, S.20f). Dies sowie Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die im Rahmen der vollen Erziehung in den restlichen Bundesländern 2019 betreut wurden, kann Tabelle 7 entnommen werden.

Vergleicht man diese Zahlen mit den Zahlen aus dem Jahr 2018, so wird ersichtlich, dass sich die Anzahl der Fremdunterbringungen in nahezu allen Bundesländern (ausgenommen die Steiermark und Salzburg) erhöht hat, wie in Tabelle 8 zu sehen (vgl. Bundesministerium 2020, S. 22).

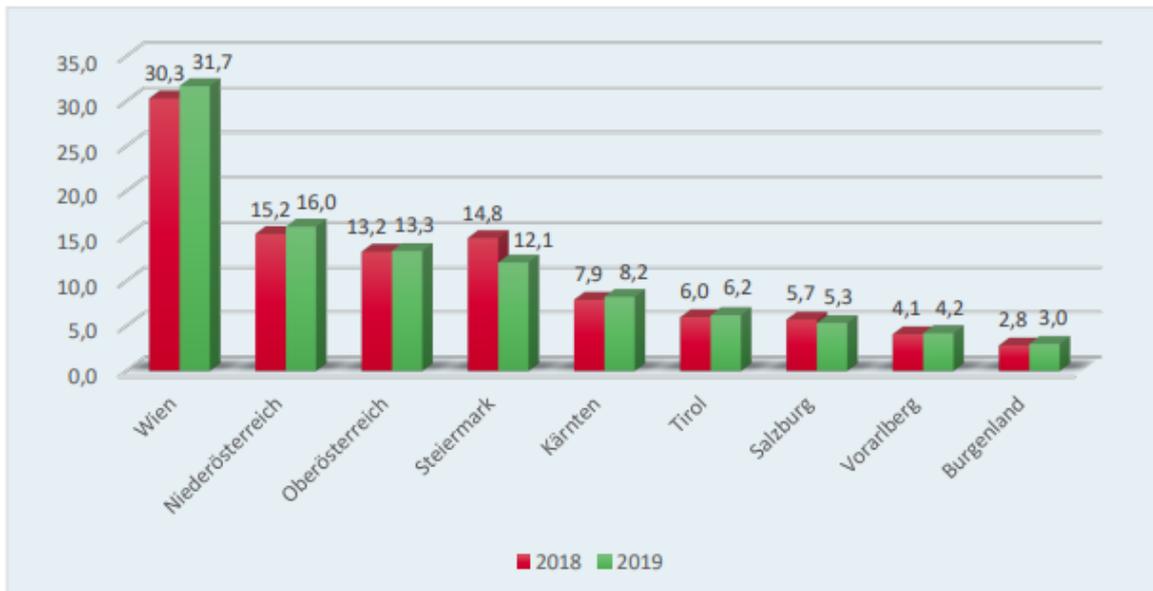


Tabelle 8: Anzahl der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen im Vergleich (vgl. Bundesministerium 2020, S. 22)

3.3 Gründe der Fremdunterbringung

Laut Bender und Lösel konnte nach der Publikation „The Battered Child Syndrom“ von Kempe im Jahr 1962 ein größeres Interesse am Forschungsfeld der Risiko- und Schutzfaktoren verzeichnet werden, wobei bis 1998 der Fokus hier vor allem auf der körperlichen sowie sexualisierten Gewalt gegenüber Kindern lag. Erst ab 1998 rückte die Problematik der Vernachlässigung immer weiter in den Forschungsmittelpunkt. Laut den AutorInnen wurde die Problematik der Vernachlässigung lange Zeit unterschätzt. Heute weiß man, dass die Folgen von Vernachlässigung mit jenen von körperlicher sowie sexualisierter Gewalt gleichgesetzt werden können (vgl. Bender/Lösel 2005, S. 317f).

Die Folgen von Gewalt können beispielweise abhängig von Dauer, Art und Ausmaß der Gewalt, vom Alter des Kindes sowie von der Beziehung zwischen Kind und TäterIn unterschiedlich ausfallen. Einige Studien weisen darauf hin, dass keine Unterschiede festzustellen sind, ob schwere Gewalt von Müttern oder von Vätern ausgeübt wird. Geringe Unterschiede konnten in Bezug auf das Alter der Mütter festgestellt werden, da das Gewaltrisiko steigt, je jünger die Mütter bei der Geburt des Kindes sind. Auch wurde in einigen Studien ein Zusammenhang zwischen einem höheren Gewaltrisiko und der Anzahl der Kinder festgestellt, was jedoch von anderen Studien wiederum nicht bestätigt werden konnte. Zudem wurden psychische Probleme von Eltern als Risikofaktor genannt (vgl. Bender/Löser 2005, S. 320f).

Verschiedene Studien zeigten auch, dass gewalttätige Mütter ein erhöhtes Erregungsniveau aufweisen sowie im Allgemeinen schneller gereizt sind und auch länger brauchen, um wieder zur Ruhe zu kommen. Zudem verhalten sich gewalttätige Mütter feindseliger ihren Kindern

gegenüber, tendieren eher dazu, rigidere Überzeugungen zu teilen und sind häufig Befürworterinnen von körperlicher Züchtigung als Erziehungsmethode. Außerdem haben laut Studien gewalttätige Mütter zu hohe Ansprüche an ihre Kinder und attribuieren negative Verhaltensweisen auf internale und stabile Merkmale, wohingegen positive Verhaltensweisen eher als variabel angenommen werden. Außerdem weisen sie ein negativeres Selbstbild auf als andere Mütter (vgl. Bender/Löser 2005, o.S.).

Als Risikofaktor kann auch der sogenannte „Cycle of Violence“ gesehen werden. Demnach führen eigens erlebte Gewalterfahrungen zu Gewalthandlungen. Dies muss jedoch nicht immer der Fall sein. So konnte zum Beispiel nachgewiesen werden, dass Frauen, welche Erfahrungen mit Gewalt gemacht haben, diese anhand einer positiven, stabilen Beziehung zum jeweils anderen Elternteil eher nicht an ihre Kinder weitergaben. Auch die positiven Auswirkungen von therapeutischen Sitzungen wurden in diesem Zusammenhang genannt (vgl. Bender/Löser 2005, o.S.).

Eine Studie bezeichnet insbesondere das erste sowie zwölfte Lebensjahr als gefährlich für Gewalthandlungen. Andere Studien verweisen auf keinen Zusammenhang mit dem Lebensalter. Bezüglich des Geschlechts weisen Studien darauf hin, dass Jungen häufiger als Mädchen von physischer Gewalt betroffen sind. Außerdem zeigte die Avon Longitudinal Studie, dass Kinder mit geringerem Körpergewicht häufiger von Gewalthandlungen betroffen sind als andere. Ein höheres Risiko für Gewalthandlungen könnte sich auch für Kinder mit Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen sowie gesundheitlichen Problemen ergeben, da auf deren Eltern erhöhte Anforderungen zukommen (vgl. Sidebotham/Heron 2003, o.S.; Bender/Lösel 2005, o.S.).

Arbeitslosigkeit und damit verbundene geringe finanzielle Ressourcen sowie Abhängigkeit vom Staat werden als familiäre Risikofaktoren genannt. Demnach kann Berufstätigkeit wiederum als Schutzfaktor genannt werden. Auch Isolation kann ein Risikofaktor für Gewaltbereitschaft sein (vgl. Bender/Lösel 2005, S. 331).

Die schweizer AutorInnen Hauri und Zingaro veröffentlichten 2013 fünf Hauptkategorien für die Gründe der Fremdunterbringung. Dazu zählen:

- „Vernachlässigung,
- körperliche Gewalt,
- psychische Gewalt,
- Gefährdung als Folge von Erwachsenenkonflikten um das Kind,
- sexuelle Gewalt“ (Hauri/Zingaro 2013, o.S.).

Um die Versorgung sowie den Schutz von drei- bis sechsjährigen Kindern bewerten zu können, entwickelte Kasper (2017) einen Kinderschutzbogen, welcher die Kategorien Ernährung, Kleidung, Aufsicht sowie Gewalt beinhaltet (vgl. Kasper 2017, o.S.). Der dazugehörige Raster befindet sich im Anhang.

Auch Alle (2017) veröffentlichte fünf Risikofaktoren, welche sie hermeneutisch erarbeitete. Dazu zählen

- die ökonomische Situation der Familie
- die soziale Situation der Familie
- die familiäre Situation
- die persönlichen Faktoren der Eltern
- und die Faktoren beim Kind (vgl. Alle 2017, S. 59).

Im Folgenden werden nun die Gründe der Fremdunterbringung genannt, welche von Gspurnig, Heimgartner, Hojnik, Pantucek, Reicher sowie Stuhlpfarrer in einer neuen Studie aus dem Jahr 2020 erarbeitet wurden. Die AutorInnen unterscheiden hier zwischen Metagründen, Primärgründen sowie Sekundärgründen der Fremdunterbringung. Definiert werden diese drei Kategorien folgendermaßen:

- „Die Metagründe sind Overall-Kategorisierungen der Probleme mit dem Fokus auf die für das Kindeswohl zentralen Gefährdungen der Gewalt und der Vernachlässigung.
- Primärgründe sind Detailprobleme, die das Kindeswohl unmittelbar betreffen und die Fremdunterbringungen nach sich ziehen, z. B. mangelnde Ernährung von Kindern, fehlende Beaufsichtigung von Kindern, Verletzung von Kindern.
- Sekundärgründe sind Probleme, die zu den Primärproblemen führen können bzw. diese mitbedingen, u. a. Alkoholismus, psychische Auffälligkeiten, Wohnungsprobleme, Todesfälle. Wichtig zu sehen ist, dass Sekundärprobleme alleine nicht zwingend Primärgründe bewirken müssen. So kann etwa die Erziehung von Kindern auch bei Wohnproblemen gelingen“ (Gspurnig/Heimgartner/Hojnik/Pantucek/Reicher/Stuhlpfarrer 2020, S. 77).

Zu den Metagründen zählen:

- Vernachlässigung
- Körperliche Gewalt

- Psychische Gewalt
- Sexuelle Gewalt

Zu den Primärgründen zählen:

- Mangelnde Erziehung und Betreuung (Schutz vor Gefahren, Betreuung des Kindes, emotionale Zuwendung)
- Probleme bei der Sorge und Pflege (Ernährung, Wohnen/Schlafplatz, Kleidung, Körperpflege, medizinische Versorgung)
- Psychische Gewalt
- Physische Gewalt
- Miterleben von Gewalt
- Sexueller Missbrauch

Zu den Sekundärgründen zählen:

- Probleme in der Partnerschaft und Familie
- Fehlende Präsenz der Mutter bzw. des Vaters
- Belastende Gefühle seitens der Eltern gegenüber dem Kind
- Psychische und kognitive Auffälligkeiten bei den Eltern (wobei hier die Art der Auffälligkeiten entscheidend ist)
- Suchtproblematik (wobei hier die Art der Suchtproblematik entscheidend ist)
- Armut und Schulden (staatliche Unterstützungen)
- Wohnprobleme
- Haft und Kriminalität (Bewährungshilfe)
- Tod eines Elternteils bzw. der Eltern (vgl. Gspurnig et al. 2020, S. 78).

EMPIRISCHER TEIL

4 EMPIRISCHES FORSCHUNGSDESIGN

Das Forschungsdesign befasst sich insbesondere mit der Begründung des verwendeten Erhebungsinstrumentes sowie mit der Auswahl der Stichprobe. Außerdem wird näher auf die Durchführung der Untersuchung eingegangen.

4.1 Forschungsziel

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, einen Handlungsleitfaden für selbstverletzendes Verhalten für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe zu entwickeln, an welchem sich die MitarbeiterInnen orientieren können, wenn sie mit einem solchen Verhalten in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden. Um einen solchen Handlungsleitfaden entwickeln zu können, wurden Interviews sowohl mit erfahrenen MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe als auch mit betroffenen Jugendlichen durchgeführt. Dafür wurden, basierend auf einer detaillierten Literaturrecherche, zwei unterschiedliche Interviewleitfäden erstellt, welche möglichst alle wichtigen Bereiche der Thematik abdecken, um somit alle essentiellen Aspekte durchleuchten zu können. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht in der Analyse von selbstverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.

4.2. Stichprobe

Professionelle

Die Population beinhaltet alle Professionellen, welche in Österreich in der stationären Kinder- und Jugendhilfe tätig sind. Die ad-hoc Stichprobe umfasst vier Professionelle, darunter eine Psychologin, zwei Sozialpädagoginnen und einen Sozialarbeiter, der stationären Kinder- und Jugendhilfe, wobei die Trägerschaften österreichweit vertreten sind. Drei davon arbeiteten in Einrichtungen in der Steiermark und eine Expertin in einer Einrichtung in Wien. Die Trägerschaften werden anonymisiert.

Kinder und Jugendliche

Die Population beinhaltet alle Kinder und Jugendlichen, die Erfahrungen mit selbstverletzendem Verhalten haben. Die ad-hoc Stichprobe umfasst drei Kinder- und Jugendliche, die Erfahrungen mit selbstverletzendem Verhalten haben. Ein Jugendlicher war zum Zeitpunkt des Interviews in einer Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe fremduntergebracht, die anderen beiden Jugendlichen befanden sich zu diesem Zeitpunkt in anderen stationären

Einrichtungen. Zwei Jugendliche waren weiblich, einer davon war transgender und wird auf Wunsch hin als männlich angeführt. Alle drei Jugendlichen befanden sich in Einrichtungen in der Steiermark. Auch hier werden die Einrichtungen anonymisiert.

4.3 Durchführung der Studie

Um die benötigten Interviews durchführen zu können, nahm ich erstmals telefonischen Kontakt mit den jeweiligen Leitungen der unterschiedlichen Einrichtungen auf und fragte sowohl nach geeigneten MitarbeiterInnen als auch nach geeigneten Kinder und Jugendlichen, welche an einem Interview interessiert wären. Wenn Interesse bestand, ließ ich ihnen per E-Mail alle relevanten Informationen sowie meine Kontaktdaten und die Interviewleitfäden zukommen, welche die Leitungen dann an ihre MitarbeiterInnen weiterleiteten. Anschließend wurde per E-Mail ein passender Termin vereinbart.

Da ich meine Interviews während der COVID-19 Pandemie durchführte, gestaltete sich ein persönliches Treffen schwierig, weshalb die Interviews mit den Professionellen per Zoom durchgeführt wurden. Außer dass der persönliche Kontakt nicht aufgebaut werden konnte, habe ich nur positive Erfahrungen mit der Interviewdurchführung per Zoom gemacht, da man dadurch zeitlich sehr flexibel sein konnte, einem die An- und Heimfahrt sowie auch die Suche nach einem passenden Ort bzw. Raum für die Interviewdurchführung erspart blieb.

Die Rekrutierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen gestaltete sich durchaus schwieriger als jene der Professionellen, da die Thematik sehr persönlich ist und daher die Gefahr bestand, dass sich gewisse Traumata wiederholen. Da es mir hier wichtig war, die Interviews persönlich durchzuführen, um eine angenehme Atmosphäre herstellen zu können und auch besser auf die Bedürfnisse und Emotionen der TeilnehmerInnen eingehen zu können, fanden die Interviews mit den betroffenen Jugendlichen erst im Juni statt, als sich die Lage bezüglich COVID-19 etwas beruhigt hatte und somit ein persönliches Treffen möglich war.

Die Interviews wurden zwischen 28.04.2020 und 30.06.2020 durchgeführt und dauerten meist zwischen 45 und 60 Minuten. Am Anfang der Interviews wurden die TeilnehmerInnen über die Thematik der Masterarbeit aufgeklärt sowie darüber informiert, dass ihre Daten vertraulich und anonym behandelt werden. Außerdem wurden die Interviews entweder via Zoom oder mit dem Smartphone aufgezeichnet.

4.4 Erhebungsmethode

Da die vorliegende Arbeit eine qualitative Forschungsarbeit ist, wurde die Durchführung von qualitativen Interviews als Erhebungsmethode herangezogen, da sich in Interviews der Grundgedanke der qualitativen Forschung widerspiegelt, nämlich „die Betroffenen selbst zur Sprache kommen zu lassen und ihre eigene, subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen zu [sic!] kennenzulernen“ (Mayer 2011, S. 189). Es gibt verschiedene Arten von Interviews, wobei grundsätzlich zwischen standardisierten, halb standardisierten und nicht standardisierten Interviews sowie auch zwischen quantitativen und qualitativen Interviews unterschieden wird. Zu den qualitativen Interviewformen zählen beispielweise das narrative Interview, das episodische Interview, das problemzentrierte Interview sowie das ExpertInneninterview (vgl. Mayer 2011, S. 186ff).

Letzteres wurde als Erhebungsmethode für die vorliegende Arbeit herangezogen. Beim ExpertInneninterview handelt es sich um eine Methode, um „komplexe Wissensbestände über soziale Sachverhalte zu erforschen und diese zu rekonstruieren“ (Mayer 2011, S. 196). ExpertInnen sind demnach Personen, die bezüglich eines bestimmten sozialen Sachverhaltes über ein besonderes Wissen verfügen. Meistens liegt einem ExpertInneninterview ein Interviewleitfaden zu Grunde, welcher als Gedächtnisstütze für die interviewende Person dient. Ein solcher Leitfaden beinhaltet Fragestellungen, welche im Vorhinein theoretisch ausgearbeitet wurden und im Laufe des Interviews angepasst und vertauscht werden können. Es handelt sich hierbei also nicht um ein Instrument, welches es starr zu befolgen gilt (vgl. Mayer 2011, S. 196f).

In diesem Fall wurden sowohl MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe als auch Jugendliche, welche selbstverletzendes Verhalten aufweisen bzw. in der Vergangenheit zeigten als ExpertInnen angesehen. Die für die Interviews verwendeten Leitfäden können dem Anhang entnommen werden.

4.5 Auswertung

4.5.1 MAXQDA

Die Interviews wurden mit dem Programm MAXQDA kategorisiert, indem die Transkripte der Interviews in das Programm eingespielt wurden. MAXQDA ist eine Software, welche unter anderem zur Analyse von qualitativen Daten verwendet werden kann (vgl. Kuckartz/Rädiker 2019, S. 1). Eine zentrale Funktion von MAXQDA ist das Codieren bzw. Kategorisieren. Hier können einzelne Textpassagen etc. einem bestimmten Code zugeordnet werden, wodurch das Auswerten beispielweise eines Interviews erleichtert wird (vgl. Ku-

ckartz/Rädiker 2019, S. 4). Als die Interviews schließlich kategorisiert waren, begann ich mit der Auswertung sowie der Interpretation, welche nach der Inhaltsanalyse erfolgte.

4.5.2 Strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring

Die strukturierte Inhaltsanalyse ist eine Technik, welche ihren Ursprung in den Kommunikationswissenschaften hat und dient zur systematischen Bearbeitung von diversen Kommunikationsmaterialien wie beispielweise Texte, bildliche oder musikalische Materialien. Inhaltsanalysen kommen vorwiegend in der qualitativen Sozialforschung zum Einsatz und haben neben dem verbalen Material auch latente Signale oder formale Aspekte zum Gegenstand (vgl. Mayring 1991, S. 209).

Der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring besteht darin, „die Systematik der qualitativen Inhaltsanalyse ohne vorschnelle Quantifizierungen beizubehalten, aber auch ohne den Weg zu Quantifizierungen zu verbauen“ (Mayring 1991, S. 210).

5 ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse der durchgeführten Interviews dargestellt. Die nachstehenden Unterkapitel stehen hier für die einzelnen Kategorien, welche teilweise für eine detailliertere Darstellung der Ergebnisse wiederum in Unterkategorien aufgeteilt werden. Zudem werden die Ergebnisse der Interviews geführt mit SozialpädagogInnen getrennt von jenen der Betroffenen präsentiert.

5.1. Ergebnisse Professionelle

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse der Interviews geführt mit Professionellen dargestellt.

5.1.1 Häufigkeiten des Auftretens von SVV

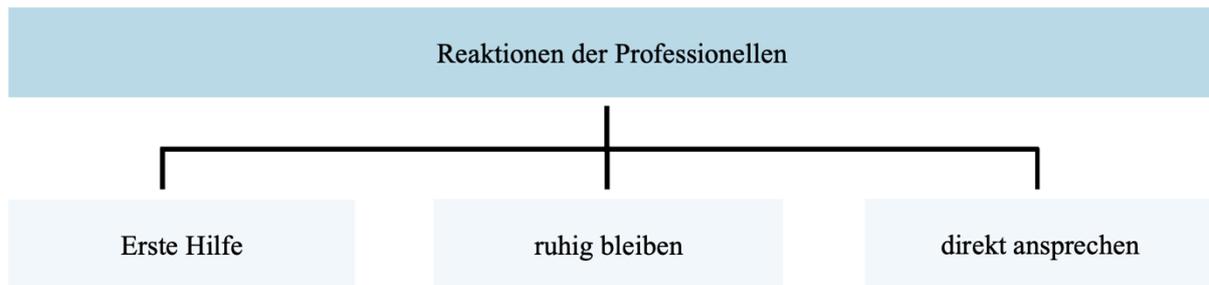
Die Befragten wurden zuerst danach gefragt, wie häufig sie es im Zuge ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten zu tun haben. Dabei war sich der Großteil der Befragten einig und beantwortete die Frage damit, dass ein solches Verhalten phasenweise, aber dennoch regelmäßig zu beobachten sei.

Nur eine Sozialpädagogin antwortete hier, dass es zwar Phasen gibt, wo ein solches Verhalten stärker auftritt, jedoch dies nicht zu ihrem Berufsalltag gehöre. Auffallend ist hier, dass jene Befragten, welche angaben, dass selbstverletzendes Verhalten regelmäßig zu beobachten ist, in reinen Mädchen-Wohngemeinschaften tätig sind, wohingegen die Befragte 5 in einer gemischtgeschlechtlichen Wohngemeinschaft arbeitet.

5.1.2 Handlungsweisen

Zunächst wurden die ProbandInnen bezüglich der unterschiedlichen Handlungsweisen befragt. Diese Kategorie beinhaltet sowohl die Reaktion der Befragten auf ein solches Verhalten als auch die Reaktion der Betroffenen auf die Handlungsweisen der Professionellen.

5.1.2.1 Reaktion der Professionellen



Grafik 1: Reaktion der Professionellen

Im Folgenden werden nun die Reaktionen der Professionellen auf selbstverletzendes Verhalten, welche in Grafik 1 dargestellt wurden, näher beschrieben.

a) Erste Hilfe

Auf die Frage, wie sie damit umgehen bzw. wie sie auf selbstverletzendes Verhalten reagieren, antworteten alle Befragten, dass die Erste Hilfe bzw. das Versorgen der Wunden an erster Stelle steht. Dabei gaben drei der vier ProbandInnen zusätzlich an, dass sie dabei Wert darauf legen, dass die Betroffenen ihre Wunden selbst versorgen: „(...) dass wir ihr, wenn zum Beispiel etwas zu verbinden ist die Verbandssachen selber geben und sie das dann selber macht, wenn es natürlich stark blutet, helfen wir auch“ (B2, Z. 33-34).

b) Ruhig bleiben

Des Weiteren ist in solchen Situationen zu beachten, dass man als Professionelle/r ruhig bleibt und nicht hysterisch wird oder überdramatisiert: „(...) ich nehme das sehr ernst, aber ich werde nicht hysterisch“ (B1, Z. 51-52).

Um die Betroffenen nicht in ihrem Glauben zu stärken, dass ein solches Verhalten notwendig ist, um die gewünschte Aufmerksamkeit zu erhalten, wird zudem darauf hingewiesen, selbstverletzendes Verhalten nicht zu sehr in den Vordergrund zu stellen. Dies ist jedoch keinesfalls damit zu verwechseln, selbstverletzendes Verhalten nicht ernst zu nehmen oder es zu ignorieren. Folgende Zitate verdeutlichen dies:

„(...) manchmal hat es schon ein bisschen etwas mit Aufmerksamkeit zu tun und einfach dass sie wissen, sie können sowieso immer mit uns reden, wir sind nicht nur da, wenn sie sich verletzen, sondern grundsätzlich“ (B2, Z. 39-41).

„(...) das grundsätzlich schon ernst nehmen, aber der Tat selber nicht so viel Bühne geben“ (B1, Z. 41-42).

c) Direkt ansprechen

Ebenfalls wurde von allen Befragten gesagt, dass es wichtig ist, selbstverletzendes Verhalten nicht einfach so stehen zu lassen sondern mit den Betroffenen über die jeweiligen Gründe zu sprechen, wenn diese dazu bereit sind: *„(...) und man muss schauen, dass man (...) darüber redet, wieso es soweit gekommen ist, wenn der /die Jugendliche schon dazu bereit ist, wenn das schon geht“* (B3, Z. 32-33).

Besonders zu beachten ist hier, dass solche Gespräche nicht direkt nach einer selbstverletzenden Handlung stattfinden sollten, sondern erst, wenn sich die Betroffenen dazu im Stande fühlen und sich die Situation wieder beruhigt hat:

„Wir sprechen schon darüber, aber sicher nicht in der Situation, wo das Schneiden gerade kurz vorher stattgefunden hat (...) sondern in einem ruhigen Moment, wo vielleicht irgendwie ein bisschen das Cortisol runter ist und wo eventuell auch eine Reflexion möglich ist“ (B5, Z. 49-54).

5.1.2.2 Reaktionen der Jugendlichen

Die Reaktionen der Betroffenen auf die Handlungsweisen der SozialpädagogInnen reichen von wütend, über traurig bis hin zu offen für ein Gespräch. Interessant ist hier auch, dass die Befragten angaben, nicht sofort auf Ablehnung zu stoßen, wenn sie die Betroffenen auf etwaige Selbstverletzungen ansprechen. Bezüglich dieser unterschiedlichen Reaktionen äußerten die ProbandInnen auch unterschiedliche Erklärungsansätze.

Die Befragte 2 führt die verschiedenen Reaktionen der Betroffenen auf die unterschiedlichen Beweggründe bzw. Funktionen von selbstverletzendem Verhalten zurück:

„(...) ich glaube, da sucht man einfach so ein bisschen das Gespräch, da geht es nicht so um die Selbstverletzung sondern einfach um das Gespräch, kümmert sich wer, fragt wer und ich glaube das macht dann halt auch viel aus ob das der Grund war, da redet man eher offen, oder ob das wirklich, keine Ahnung, Selbstbestrafung oder irgendein emotionaler Druck war und man über das dann nicht so gern spricht“ (B2, Z. 55-61).

Die Befragten 3 und 5 hingegen vermuten die Beziehung zu den Professionellen als Grund für die verschiedenen Reaktionen der Betroffenen: *„Zumindest wenn man sie darauf anspricht, stößt man nicht sofort auf Ablehnung (...) aber ich glaube, das hat doch sehr viel mit der Beziehung zu den Betroffenen zu tun“* (B3, Z. 55-56).

„(...) das ist sicher ein Persönlichkeitsthema, ahm, das ist sicher auch eine Frage ob männlich oder weiblich ein Pädagoge im Dienst ist, ob es der Bezugsbetreuer ist, ob der Mensch,

der gerade im Dienst ist etwas triggert, wo man sich nicht öffnen kann, wo man sich besonders öffnet (...)“ (B5, Z. 63-66).

5.1.3 Gefühle der Professionellen

Diese Kategorie beschäftigt sich mit den Gefühlen der Professionellen, wenn sie mit selbstverletzendem Verhalten konfrontiert werden. Auch hier waren sich die Befragten einig, dass es zwar am Anfang ein schockierendes Erlebnis war, welches in ihnen Gefühle der Hilflosigkeit, Überforderung und Verzweiflung hervorrief, diese Gefühle jedoch mit der Zeit und Routine verschwindet:

„Mittlerweile eigentlich nicht mehr, also am Anfang, also wenn du das die ersten paar Male hast, da kann ich jetzt nur von mir sprechen, war ich teilweise überfordert (...) und ich glaube auch, dass man mit der Zeit einfach ein bisschen abstumpft (...)“ (B2, Z. 65-66; 73).

„Naja, ich glaube, wenn man das erste Mal damit zu tun hat, fühlt man sicher eine große Hilflosigkeit und das löst dann ja auch Verzweiflung aus (...) man wird irgendwie routinierter und lernt auch, dass das Aufregung-Machen um dieses Thema nicht unbedingt immer hilfreich ist“ (B5, Z. 84-85; 91-92).

5.1.4 Alter der Jugendlichen

Bezüglich des Alters gaben die Professionellen an, dass selbstverletzendes Verhalten in jeder Altersgruppe zu beobachten sei. Insbesondere ab dem Pubertätsalter, also ab 12 Jahren äußere sich selbstverletzendes Verhalten in Form von schneiden oder ritzen. Die Befragten gab an, ein solches Verhalten auch schon bei jüngeren Kindern wahrgenommen zu haben, hier zeige sich selbstverletzendes Verhalten jedoch anders, beispielweise in Form von Kratzen. Die Grenze nach oben ging bis 21 Jahren:

„Bei uns sind sie 12 bis 21, wir haben das bei den Älteren genauso wie bei den ganz Jungen. (...) wir haben das auch schon bei Elfjährigen gehabt, die das dann halt anders machen wie zum Beispiel wenn sie nervös sind sich kratzen oder so“ (B2, Z. 78-79; 82-83).

5.1.5 Geschlechtsspezifika

In Bezug auf die Geschlechtsspezifika waren sich die Befragten einig. Alle gaben an, dass selbstverletzendes Verhalten bei beiden Geschlechtern zu beobachten sei, selbstverletzendes Verhalten im Sinne von Sich-Schneiden bzw. Sich-Ritzen jedoch häufiger unter Mädchen vorkommt als unter Burschen. Burschen richten ihre Aggression häufiger nach außen, wohin-

gegen Mädchen häufiger autoaggressiv handeln. Bei Burschen sei daher eher selbstverletzendes Verhalten im Sinne von Gegen-die-Wand-Schlagen oder im Sinne von Hochrisikoverhalten zu beobachten:

„Es gibt natürlich schon Jungen, die das auch machen, aber es ist nicht so häufig wie bei Mädchen. Ein junger Mann vielleicht externalisiert eher oder tritt in ein Hochrisikoverhalten, aber Selbstverletzung ist eher Mädchen (...)“ (B1, Z. 141-143).

„(...) und ich kenne es aber auch von jugendlichen Jungs, also die sich selbst verletzen, indem sie gegen Wände schlagen, gegen die Wand hauen, also sich so verletzen“ (B5, Z. 110-111).

5.1.6 Methoden

Auf die Frage, was die am meisten beobachtete Methode bzw. Art von selbstverletzendem Verhalten ist, gaben die Befragten alle an, dass das klassische Sich-Schneiden bzw. Sich-Ritzen am häufigsten vorkommt: *„(...) das häufigste ist sicher ritzen, das kann ganz was Oberflächliches sein oder wirklich schneiden (...)“ (B2, Z. 95-96).*

Neben dem klassischen Sich-Ritzen bzw. Sich-Schneiden sind jedoch auch andere Formen von direktem selbstverletzenden Verhalten, wie beispielweise Sich-Kratzen, Sich-Verbrennen, sich die Haut abschaben oder gegen die Wand schlagen zu beobachten. Zudem kommt es auch vor, dass sich Betroffene auf indirektem Wege selbst verletzen, wie beispielweise durch das Verweigern von lebenswichtigen Medikamenten oder durch den übermäßigen Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen:

„(...) das man sich da nicht unbedingt mit Rasierklingen, aber mit anderen scharfen Gegenständen schneidet. Dann gibt es, habe ich auch erlebt, dass man sich die Haut abschabt mit stumpfen Gegenständen, das man Medikamente übermäßig viel nimmt und Alkohol übermäßig viel trinkt, Köpfe gegen die Wand und stoische Bewegungen, die einfach auch wehtun mit der Zeit irgendwie, irgendwo dagegen schlagen bis auch offene Stellen entstehen und auch die Verweigerung von Medikamenten, das ist mir gerade recht präsent“ (B5, Z. 133-138).

5.1.7 Körperstellen

Am häufigsten verletzen sich die Betroffenen an den Armen und Beinen, genauer an den Unterarmen und Oberschenkeln. Aber auch zwischen den Zehen, am Hals, am Dekolleté, an Bauch und Rücken und an den Füßen und Armen wurden Selbstverletzungen von den Befragten wahrgenommen: *„(...) die Arme, die Beine (...) dann an den Oberschenkeln oder zwischen den Zehen, wir haben alles schon gehabt“ (B1, Z. 153-154)*

„Hände, Arme, Oberschenkel, Bauch, Rücken, Füße (...)“ (B5, Z. 150).

Die Wahl der Körperstelle wird darauf zurückgeführt, welche Funktion die Selbstverletzungen für die Betroffenen hat. Werden Körperstellen gewählt, an denen die Verletzungen sichtbar sind, wie beispielweise Unterarme, Dekolleté oder Hals, gehen die Befragten davon aus, dass es sich hier um eine Art Hilfeschrei handelt. Die Betroffenen möchten demnach darauf angesprochen werden. Werden jedoch Körperstellen gewählt, welche leicht durch Kleidung verdeckt werden können, steht dahinter nicht der Wunsch nach Aufmerksamkeit, sondern das selbstverletzende Verhalten erfüllt einen anderen Zweck. Dafür werden auch andere Körperstellen gewählt, wie beispielweise die Oberschenkel oder die Oberarme. Aufgrund dieser Aussagen könnten Selbstverletzungen anhand der gewählten Körperstelle grob in öffentliche und versteckte Formen von selbstverletzendem Verhalten eingeteilt werden:

„(...) manche Jugendliche verstecken die Selbstverletzung eher, die suchen sich dann Stellen, die man mit Gewand leicht verdecken kann. (...) Jugendliche habe ich erlebt, die das speziell an Händen und am Hals machen, wo man es einfach immer sieht, weil sie auch den Wunsch haben, darauf angesprochen zu werden“ (B5, Z. 150-153).

5.1.8 Häufigkeit der Selbstverletzung der Personen

Wie oft selbstverletzendes Verhalten auftritt, ist sehr individuell und kann daher nicht verallgemeinert werden, da die Häufigkeit des Auftretens von Selbstverletzungen in Zusammenhang mit der psychischen Verfassung der Betroffenen steht. Eine wichtige Rolle bezüglich der Häufigkeit des Auftretens spielen auch die momentanen Strategien zum Abbau negativer Gefühle der Betroffenen:

„(...) das ist wieder von Person zu Person und auch wieder vom Belastungszustand her unterschiedlich würde ich sagen. (...) und wie man mit den Belastungen umgeht und ob man andere Möglichkeiten auch hat“ (B3, Z. 121-122; 127).

5.1.9 Situationen in Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten

Als Situationen, die besonders häufig in Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten stehen, werden Kontakte, Veränderungen oder Konflikte innerhalb des Herkunftssystems an oberster Stelle genannt. Insbesondere sind Selbstverletzungen nach telefonischen Kontakten oder Wochenendbesuchen mit dem Herkunftssystem beobachtbar. Aber auch alltägliche Überlastungen wie Konflikte mit dem Freund bzw. der Freundin, schulische Frustrationen, kleine Diskussionen beim Mittagessen oder das Gefühl, von den Peers ausgegrenzt zu werden, können zu selbstverletzendem Verhalten führen:

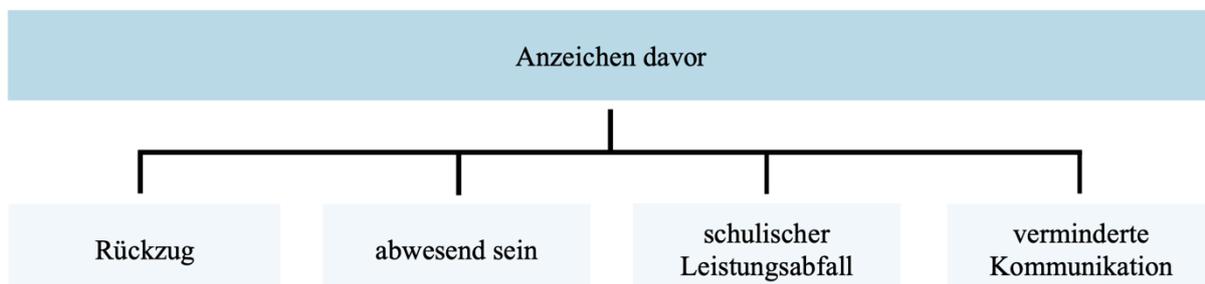
„Ja also im Bereich Fremdunterbringung sind natürlich immer wieder Kontakte mit dem Herkunftssystem Triggerpunkte, worauf wir halt schon zurückführen, dass das Verhalten sich nach Elternkontakten, Wochenendbesuchen, Telefonaten, da eine Veränderung feststellen. Das ist aber auch bei Jugendlichen ganz oft der Freund, die Freundin hat sich getrennt, ist natürlich ein Extremfall, aber sind doch manchmal ganz alltägliche Streitigkeiten mit Freund und Freundin oder mit bestem Freund oder bester Freundin, Schulfrustration ganz oft, also irgendwie schlechte Noten oder man versagt irgendwo oder man spürt Versagensängste, das sind wieder Triggerpunkte, ganz extrem Verluste in der Familie, also irgendwie Kontaktabbruch vom Herkunftssystem oder Tod und dann, das sind jetzt die extremen Beispiele. Ganz kleinteilig kann das oft schon beim Mittagessen eine kleine Diskussion sein zwischen Mädchen, wo sich ein Mädchen vielleicht ausgegrenzt fühlt, das allein kann schon ausreichen, dass die Spannung innerlich so sehr steigt, dass der Spannungsabfall dann irgendwie nicht anders möglich ist als durch selbstverletzendes Verhalten“ (B5, Z. 172-183).

5.1.10 Anzeichen

Diese Kategorie beinhaltet sowohl die Anzeichen davor als auch nachdem Selbstverletzungen passieren. Hier wiesen die Befragten darauf hin, dass es schwierig sei, solche Anzeichen zu nennen, da manche Betroffene sich still und heimlich selbst verletzen, ohne dass zuvor oder danach Anzeichen dafür wahrzunehmen sind: „(...) bei manchen merkst du das wirklich nicht“ (B2, Z.128-129).

Trotzdem wurde versucht, gewisse Gemeinsamkeiten zwischen dem Verhalten der Betroffenen zu finden.

5.1.10.1 Anzeichen davor



Grafik 2: Anzeichen davor

Im Folgenden werden die Anzeichen, welche auf bevorstehende Selbstverletzungen seitens der Jugendlichen hindeuten können, näher beschrieben (siehe Grafik 2).

a) Rückzug

Rückzug wurde als eines der Anzeichen genannt, an dem möglicherweise erkannt werden kann, dass die Betroffenen etwas so sehr belastet, dass sie sich eventuell selbst verletzen. Sobald es in den Zimmern der Betroffenen ruhig wird, sie wenig bis gar keinen Kontakt zu ihren Mitmenschen haben wollen oder ihren gewohnten Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgehen, sollte man vorsichtig werden:

„(...) das Kind möchte die Eltern nicht mehr sehen, das Kind möchte die Geschwister nicht mehr sehen, das Kind möchte nicht mehr den üblichen Freizeitaktivitäten nachgehen, die es sonst gerne gemacht hat, ahm, ja, also ich glaube Rückzug ist so ein Thema“ (B5, Z. 197-200).

b) Abwesend sein

Als weitere Anzeichen für selbstverletzendes Verhalten wurden die geistige Abwesenheit, das Grübeln und der offensichtliche Verlust des Körpergefühls genannt:

„(...) mir kommt vor an dem, wenn man eine Person gut genug kennt, da merkt man, dass irgendwas bei diesem Körpergefühl nicht mehr ganz da ist, das eben, ich weiß nicht, ob da abwesend jetzt irgendwie der richtige Ausdruck ist, aber ja. (...) da hat man es fast schon am Blick gemerkt“ (B3, Z. 158-160; 163)

c) Verminderte Kommunikation

Auch das Verweigern bzw. das verminderte Suchen nach Gesprächen sowie kurze, einsilbige Antworten wurden als Anzeichen für selbstverletzendes Verhalten angegeben: *„(...) das Kind zieht sich zurück, sucht weniger das Gespräch, antwortet nur noch einsilbig, möchte immer seine Ruhe (...)“ (B5, Z. 193-194).*

d) Schulischer Leistungsabfall

Ebenfalls ein Anzeichen für selbstverletzendes Verhalten könnte laut den Befragten auch eine Minderung der Leistung in der Schule sein:

„Kann aber natürlich auch sein, wenn die Kinder, die plötzlich einen Leistungsabfall in der Schule haben und man denkt boah, das lief aber vorher ganz gut, durchschnittliche Leistungen und dann plötzlich ganz schlecht (...)“ (B5, Z. 195-197).

5.1.10.2 Anzeichen danach

Als einziges Anzeichen, das auf bereits stattgefundenene Selbstverletzungen hindeutet, wurde das ständige Tragen von langer Kleidung, auch wenn die Temperaturen nicht dafür passend sind, genannt. Verspüren die Betroffenen das Bedürfnis, auf ihre Verletzungen angesprochen zu werden, tragen sie laut den Befragten nur noch kurze Kleidung, sodass die Verletzungen offensichtlich zu sehen sind:

„(...) also die einen machen es so, dass sie dann nur noch lange Sachen tragen, das ist oft auch so ein Zeichen dafür, dass sie etwas verstecken und manchen ziehen sich dann extra die kurzen Sachen an, dass man es halt offensichtlich sieht“ (B2, Z. 129-132).

5.1.11 Funktionen

Selbstverletzendes Verhalten kann unterschiedliche Funktionen aufweisen. Einerseits wurde die Emotionsregulation als Funktion von selbstverletzendem Verhalten genannt. Die Betroffenen haben keine andere Möglichkeit als sich selbst zu verletzen, um mit negativen Gefühlen umzugehen und somit die inneren Spannungen abzubauen.

Andererseits wurde auch Selbstbestrafung als Funktion von selbstverletzendem Verhalten genannt. Hier geht es vor allem um Schuldgefühle der Familie gegenüber oder sowie auch um das Gefühl, selbst nicht gut genug zu sein oder nicht so zu sein, wie man es gerne wäre: *„(...) manchmal sind es Schuldgefühle, es ist eine Selbstbestrafung (...) und manchmal ist es natürlich einfach diese Spannungen und diese negativen Gefühle zu reduzieren“ (B1, Z. 231-237).*

Außerdem wurden auch selbstverletzendes Verhalten zum Zweck der Gruppenzugehörigkeit, selbstverletzendes Verhalten zur Beendigung von Dissoziationen und selbstverletzendes Verhalten als Mittel, um Aufmerksamkeit zu erlangen, als beobachtete Funktionen beschrieben:

„Ich glaube schon, dass das so ein bisschen eine Gruppenzugehörigkeit ist“ (B2, Z. 147).

„Eben ganz oft ist es um sich wieder zu spüren, was ich eh schon bei dieser einen angesprochen habe, ich meine dass man das irgendwie als Mittel, um aus einer Dissoziationen rauszukommen, unterbewusst einsetzt (...)“ (B3, Z. 168-170).

5.1.12 Gründe für die Selbstverletzung

Die Entwicklung von selbstverletzendem Verhalten als Coping-Strategie kann laut den Befragten auf traumatische Erlebnisse innerhalb des Herkunftssystems, vor allem auf frühkindliche Verwahrlosung, Vernachlässigung oder frühkindlichen Missbrauch zurückgeführt werden:

„Ich habe da für mich die Antworten in diesen traumapädagogischen Theorien gefunden, dass ich davon ausgehe, wenn Kinder frühkindliche Verwahrlosung, Vernachlässigung oder frühkindlichen Missbrauch erlebt haben, dass sie eine Emotionsregulationsfähigkeit einfach nur eingeschränkt ausprägen können und sich dann irgendwie andere Strategien suchen, um das auszugleichen“ (B5, Z. 205-208)

5.1.13 Suizidabsicht bzw. suizidale Folgen

Die Literatur besagt, dass selbstverletzendes Verhalten klar von suizidalem Verhalten abgegrenzt werden kann. Diese Erfahrungen haben die Befragten auch in der Praxis gemacht. Die Betroffenen verletzen sich nicht selbst, um sich damit das Leben zu nehmen. Es wurde berichtet, dass selbstverletzendes und suizidales Verhalten manchmal gemeinsam auftritt, jedoch auch selbstverletzendes Verhalten bei Betroffenen zu beobachten sei, welche kein suizidales Verhalten aufweisen:

„(...) es gibt Mädchen, die Suizidabsichten haben, sich selbst verletzen und es gibt Mädchen, die keine Suizidabsichten haben und sich selbst verletzen. Ich glaube schon, dass'd das grundsätzlich trennst“ (B2, Z. 150-152).

Jedoch wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass selbstverletzendes Verhalten über Jahre hinweg ein Weg in Richtung suizidales Verhalten sein könnte oder dass die Selbstverletzungen manchmal lebensbedrohlich werden können, ohne dass jedoch eine Suizidabsicht dahinter steht: *„(...) aber es könnte natürlich dazu führen, wenn dieser Leidensdruck einfach bleibt und die Selbstverletzung nicht mehr hilft, (...) dann kann passieren, dass unabsichtlich was passiert“ (B1, Z. 102-107).*

„Ich meine es kommt vor, dass man über das Ziel hinausschießt mit dem selbstverletzenden Verhalten, aber das, ja, das ist dann wieder eine andere Geschichte“ (B5, Z. 199-201).

5.1.14 Komorbide Erkrankungen

In Bezug auf die Frage, ob selbstverletzendes Verhalten mit psychischen Erkrankungen einhergeht, waren sich die Befragten uneinig. Einerseits wurde von Erfahrungen berichtet, dass selbstverletzendes Verhalten immer im Zusammenspiel mit psychischen Erkrankungen zu

beobachten sei: „Ja, also ohne psychische Erkrankungen ist es eher unwahrscheinlich, dass sich jemand selbst verletzt“ (B3, Z. 187-188).

Andererseits wiederum berichtete der Großteil davon, dass zwar häufig selbstverletzendes Verhalten und psychische Erkrankungen in Kombination zu beobachten seien, die psychischen Auffälligkeiten jedoch auch auf die traumatischen Erfahrungen und Erlebnisse der Betroffenen zurückzuführen seien und dies somit nicht in direktem Zusammenhang stehe:

„Jein, ich sehe es anders, ich sehe es, ahm, unsere Jugendlichen werden, ahm, die sind die Symptomträger, das heißt, sie erleben etwas, es passiert eben was und auf einmal müssen sie mit diesen Auswirkungen umgehen. (...) I: Das heißt, du würdest sagen, dass die Ursachen meistens in traumatischen Erlebnissen liegen, die sich dann, wie gesagt, was ja völlig normal ist, in eine Depression zum Beispiel entwickelt und das eben oft versucht wird, mit selbstverletzendem Verhalten zu bewältigen? B1: Ja genau“ (B1, Z. 245-247; 261-264).

Dies wird auch von der Antwort einer Befragten gestützt, dass es auch Betroffene gibt, die sich selbst verletzen und keine psychischen Erkrankungen vorweisen: „Habe ich schon erlebt, ja, ging damit einher. Aber es ging genauso mit keiner psychischen Erkrankung einher, sondern war einfach ein Symptom des, dem, wo sie aufgewachsen sind“ (B5, Z. 268-270).

5.1.15 Behandlung

Die Frage bezüglich der unterschiedlichen Behandlungsformen unterteilt sich im Allgemeinen zwischen der Frage nach der Wirksamkeit von psychologischen Behandlungen und der Frage nach der Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung.

5.1.15.1 Psychologische Behandlung

In Bezug auf die Psychotherapie als Behandlung von selbstverletzendem Verhalten konnten die Befragten nur von positiven Erfahrungen berichten. Demnach ist die Psychotherapie die einzige Behandlungsmethode, mit der längerfristige Erfolge erzielt werden können. Grund dafür sind die traumatischen Erlebnisse als Ursache für selbstverletzendes Verhalten, welche in Zuge einer Therapie aufgearbeitet werden müssen, um somit die Selbstverletzungen zu reduzieren. Da eine Psychotherapie jedoch ein langer und teilweise auch schmerzhafter Prozess ist, muss auch damit gerechnet werden, dass sich ein solches Verhalten anfangs verschlimmert, bevor es sich wieder normalisiert und dann stetig verbessert:

„(...) es ist ein Prozess, es ist ein langer Prozess, weil die thematischen, die unsere Mädchen haben, sind nicht von heute auf morgen geklärt, das dauert oft über Jahre“ (B1, Z. 215-217).

„Manchmal war es dann auch so, dass es schlimmer geworden ist in den ersten fünf Malen nach der Therapie und dann langsam wieder am Normalzustand angekommen ist und dann immer besser“ (B3, Z. 244-2479).

5.1.15.2 Medikamentöse Behandlung

Die Antworten der Befragten bezüglich der medikamentösen Behandlung ähneln sich sehr. Der Einsatz von Medikamenten bei selbstverletzendem Verhalten ist weitgehend wirkungslos. Werden jedoch aufgrund von anderen psychischen Erkrankungen, wie beispielweise Depressionen, Medikamente verschrieben, können diese sich im weiteren Verlauf positiv auf das selbstverletzende Verhalten auswirken, indem sie zum Beispiel die Impulsivität der Betroffenen vermindern. Medikamente können im Gegensatz dazu ein solches Verhalten jedoch auch negativ beeinflussen, in Folge dessen es zu stärkerem und vermehrtem selbstverletzenden Verhalten kommen kann. Medikamente sollten daher mit Bedacht eingesetzt werden und wenn auch nur für kurze Zeit, um die Compliance der Betroffenen eventuell erhöhen zu können und somit auch die Wahrscheinlichkeit, die tatsächlichen Konflikte in einer Therapie behandeln zu können:

„(...) ich denke mir, wenn eine andere Diagnose vorliegt, wenn irgendwas wirklich Akutes da ist, schwere Depression oder keine Ahnung was noch, eine medikamentöse Einstellung eine Zeit lang hilfreich sein kann, bis die Therapie wirkt, (...) dass eine medikamentöse Einstellung helfen kann, dass man die Bereitschaft hat, compliant wird und eine Therapie anfängt“ (B1, Z. 209-213).

„(...) und die Medikamente, teilweise also, helfen sie schon, aber auch nicht immer bzw. gerade bei selbstverletzendem Verhalten eher wenig, meiner Meinung nach. Und es gibt natürlich auch Medikamente, die das sowieso noch verstärken, kommt auch häufig vor, dass das selbstverletzende Verhalten durch ein bestimmtes Medikament noch stärker wird“ (B2, Z. 203-208).

5.1.15.3 Andere Behandlungsformen

Da die Jugendlichen einer klassischen Gesprächstherapie des Öfteren eher skeptisch gegenüberstehen, müssen oft andere Wege gefunden werden, um ihnen ein angemessenes Körpergefühl zu erlernen sowie ihnen Selbstbestätigung zu geben. Dafür eignen sich neben der klassischen Gesprächstherapie vor allem körperbezogene Aktivitäten wie beispielsweise Schwimmen, Sport im Allgemeinen, Ergotherapie sowie tiergestützte Therapien:

„(...) alles, was mit Körper zu tun hat, also irgendwie auch Sport oder Umgang mit Tieren, tiergestützte Therapie, ahm, schwimmen ist immer was ganz ganz Großartiges, wo man viel das Wasser um einen hat und irgendwie etwas spürt und seine Körpergrenzen spürt, Ergotherapie kann helfen, also es muss nicht immer die klassische Gesprächstherapie sein“ (B5, Z. 283-286).

5.1.16 Alternativhandlungen

In Bezug auf Alternativhandlungen darf nicht vergessen werden, dass selbstverletzendes Verhalten eine Strategie für die Betroffenen darstellt, welche eine Wirkung für sie hat. Das bedeutet, dass selbstverletzendes Verhalten als Strategie nicht einfach ersatzlos eliminiert werden kann:

„Weil ich sehe das schon so, dass das eine Strategie ist, die die Kinder entwickelt haben, das Selbstverletzungen denen ja irgendeinen Effekt bringen und auch eine Wirkung haben in ihrem System und man kann so eine Strategie nicht ersatzlos streichen, also man kann nicht sagen das ist falsch was du machst und du hörst jetzt bitte auf und du machst das jetzt nicht mehr oder gar Konsequenzen geben, das wäre das Allerschlechteste meiner Meinung nach, sondern wirklich Alternativen finden für das Verhalten (...)“ (B5, Z. 94-99).

Welche Alternativhandlungen helfen, kann kaum verallgemeinert werden, da dies sehr von der jeweiligen Person abhängig ist. Die Befragten sind sich einig, dass hier der Fantasie keine Grenzen gesetzt sind und sich die Professionellen daher ausprobieren sollten. Beispielsweise gibt es im Internet Listen der angenehmen Aktivitäten, welche von Professionellen ausgedruckt werden und anschließend mit den Betroffenen besprochen und erarbeitet werden können. Auch wurden Sport und in Gesellschaft sein als gute Alternativhandlungen genannt. Aber auch auf sich selbst achten, sich selbst etwas Gutes tun wie beispielsweise ein Bad nehmen oder etwas Gutes kochen kann als Alternative angesehen werden, um selbstverletzendem Verhalten entgegenzuwirken. Aber auch Elemente aus der Traumapädagogik wie beispielsweise das Arbeiten mit Düften und Berührungen, Imaginationsübungen, jüngeren Betroffenen innere HeldInnen zur Seite zu stellen oder einen sicheren inneren Ort zu kreieren wurden als mögliche Alternativen zu selbstverletzendem Verhalten genannt:

„Da kann man anfangen mit Gerüchen und Düften, mit Berührungen, mit Imaginationsübungen, mit Geschichten erzählen, dem Kind, wenn sie noch jünger sind einen inneren Helden an die Seite stellen oder einen Schutzmantel an die Seite stellen oder einen sicheren inneren Ort kreieren, zu sagen, wenn ich spüre, in mir steigt die Anspannung, dann habe ich diesen schö-

nen Ort und an den denke ich jetzt zurück und in den versetze ich mich jetzt rein, und somit kann ich mich da selber wieder rausholen“ (B5, Z. 313-318).

Eine Befragte äußerte jedoch auch Zweifel gegenüber Alternativhandlungen. Beispielsweise gab sie an, Sport als Alternativhandlung eher unpassend zu finden, da selbstverletzendes Verhalten vermehrt abends auftritt und zu diesem Zeitpunkt kein Sport mehr getrieben wird. Auch gab sie an, dass ihrer Meinung nach dieses Hinter-die-Bühne-schauen am besten gegen selbstverletzendes Verhalten helfe:

„Meistens kommt das am Abend, meistens kommt da diese Grübelneigung, das passiert eher am Abend, wir haben schon andere Fälle gehabt, aber meistens am Abend, und um diesen Zeitpunkt wird natürlich kein Sport getrieben (...). (...) aber ich glaube, es ist eher dieses hinter die Bühne schauen“ (B1, Z. 173-175; 309).

5.1.17 Notfallkoffer

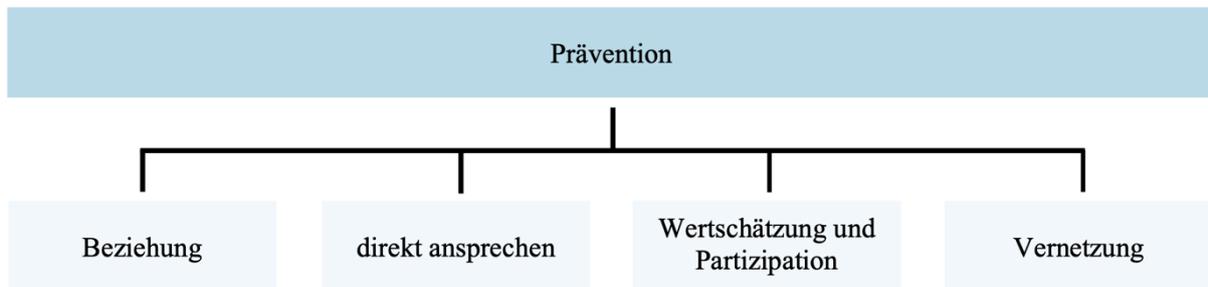
Dem Notfall- bzw. Skillskoffer steht der Großteil der Befragten mit gemischten Gefühlen gegenüber. Einerseits gaben sie an, dass dieser zwar seine Berechtigung hat und die Idee dahinter an und für sich eine gute ist, man sich jedoch nicht zu viel davon erwarten sollte, da er größtenteils von den Betroffenen nicht genutzt wird. Das Problem beim Notfallkoffer ist, dass die darin enthaltenen Gegenstände ständig erneuert gehören und die Betroffenen meistens in Situationen, in welchen sie den Koffer benötigen würden, darauf vergessen. Hier ist es wichtig, dass die Verwendung eines solchen Koffers auch eingeübt wird:

„(...) er hat schon seine Berechtigung, aber er gehört natürlich ständig erneuert, das bleibt ganz oft liegen oder man denkt nicht mehr dran weil die Mädels, was in diesem einen Monat gut hilft, kann im nächsten Monat wieder nicht gut helfen (...). Die Aussage von dem Mädels ist schon, dass der Skillskoffer in dem Moment einfach nicht genutzt wird, bei uns hat wirklich fast jedes Mädels so einen Koffer, aber nutzen tun sie es eigentlich nicht wirklich“ (B2, Z. 176-178; 182-184).

Der Koffer kann jedoch hilfreich sein, um mit den Betroffenen ins Gespräch zu kommen und so eventuell den Grund für ihr selbstverletzendes Verhalten herausfiltern zu können:

„Nein aber vielleicht ist ja dieser Notfallkoffer, also diesen mit dem Mädchen machen, ist vielleicht hilfreich weil man da ins Reden kommt und vielleicht geben sie dir irgendeinen Hinweis, um was es tatsächlich geht und alleine diese Auseinandersetzung ist vielleicht hilfreich“ (B1, Z. 335-337).

5.1.18 Prävention



Grafik 3: Prävention

Wie in Grafik 3 dargestellt, werden im Folgenden Aspekte der Prävention näher beschrieben.

a) Beziehung

Vor allem die Beziehungsarbeit zu den Betroffenen wurde als Hauptbestandteil der Präventionsarbeit genannt, welche die Professionellen in den jeweiligen Einrichtungen leisten können. Hier geht es insbesondere darum, dass die Betroffenen wissen, dass sie von den Professionellen gesehen werden und sie ihnen jederzeit zur Verfügung stehen, auch ohne selbstverletzendes Verhalten. Zudem ist Beziehung im Allgemeinen dafür wichtig, um den Zustand der Betroffenen einschätzen zu können und selbstverletzendes Verhalten eventuell vorher durch zuvor erarbeitete Skills abfangen zu können:

„Beziehung, das ist immer nur ein Thema der Beziehung und des Vertrauens. Ahm, tragfähige, stabile, authentische Beziehungen anbieten. Und wenn man merkt, die Spannung steigt beim Kind und das kann jetzt passieren, das Kind mit den Skills, die man vorher hoffentlich in einer ruhigen Minute schon, Angebote, die man vorher schon mit dem Kind in einer ruhigen Minute erarbeitet hat, solche Skills dann anwenden und es geht dann nur, wenn irgendwie eine vertrauensvolle Beziehung da ist“ (B5, Z. 345-350).

b) Direkt ansprechen

Ein solches Verhalten direkt ansprechen ist auch Teil der Prävention, welche von Professionellen in Einrichtungen geleistet werden kann. Hier geht es vor allem um dieses Hinter-die-Bühne-schauen, das Problem und somit den Grund für ein solches Verhalten zu erfahren, um daran arbeiten zu können: *„(...) und ja, offen, direkt über alles reden“ (B1, Z. 392).*

c) Wertschätzung und Partizipation

Auch wurden eine wertschätzende, wohlwollende Haltung gegenüber den Betroffenen und das Mitspracherecht der Betroffenen als Teil der Präventionsarbeit genannt. Hier geht es einerseits darum, den Selbstwert der Betroffenen zu steigern und andererseits darum, ihnen Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen und ihnen somit zu zeigen, dass sie nicht machtlos sind und ihr Handeln auch Wirkung zeigt:

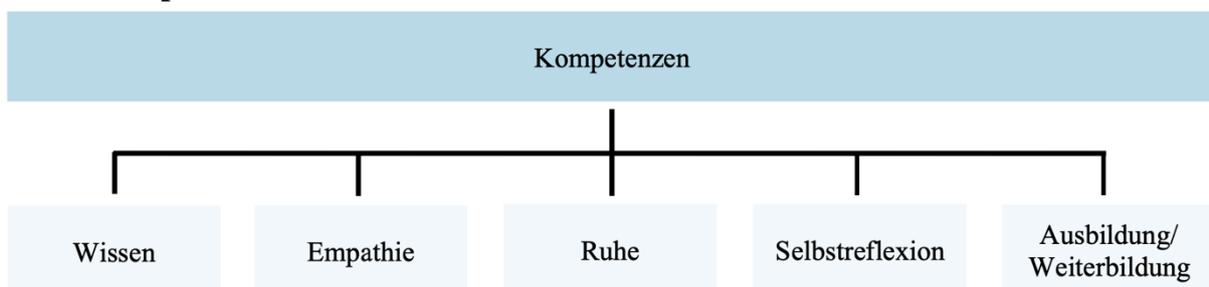
„(...) Liste angenehmer Aktivitäten, Selbstfürsorge irgendwie fördern, Hobbys die einem gut tun, ahm, also den Klienten zeigen, dass sie jetzt nicht immer nur machtlos sind (...). (...) also ganz oft kommt mir vor, dass das auch eine Selbstwert-Geschichte ist, ahm, und wenn man das irgendwie steigern kann, hat man generell schon gewonnen eigentlich“ (B3, Z. 296-297; 300-302).

d) Vernetzung

Auch die Vernetzung mit TherapeutInnen sowie mit dem Herkunftssystem und FreundInnen zählt zu den Präventionsmöglichkeiten, welche von Professionellen geleistet werden kann, um die Betroffenen zu stärken und eventuell ein solches Verhalten abfangen bzw. mildern zu können:

„(...) ich glaube eine Vernetzung mit der Therapeutin oder mit dem Therapeuten ist wichtig von vorn hinein schon, wenn halt eine vorhanden ist, auch die Vernetzung mit dem Herkunftssystem, zu schauen ob es vielleicht einen gesunden Anteil auch gibt im Herkunftssystem, irgendein Familienangehöriger oder auch Freunde, die man vielleicht gut nutzen kann, einfach dass man sich so stärkt, dass es gar nicht zu solchen Dingen kommen muss (...)“ (B2, Z. 214-219).

5.1.19 Kompetenzen



Grafik 4: Kompetenzen

Im Folgenden werden die Kompetenzen der Professionellen, welche für einen angemessenen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten wichtig sind, näher erläutert (siehe Grafik 4).

a) Wissen

Hintergrundinformationen und Wissen, welche sowohl durch Fort- und Weiterbildungen als auch durch Eigenerwerb erworben werden können, zählen zu den wichtigsten Kompetenzen, welche Professionelle haben müssen, um gefestigt zu sein und angemessen reagieren zu können, wenn sie mit selbstverletzendem Verhalten konfrontiert werden:

„(...) Fortbildungen. Hintergrundinformationen zu haben, zu wissen um was es hier geht, und das kann ich mir von Fortbildungen und von Büchern holen, sich einfach ein Wissen anzueignen. (...) da ist es wo Fortbildungen helfen können, diese Einstellung, diese Sicherheit zu gewinnen“ (B1, Z. 345; 348-349; 353-354).

b) Empathie

Eine weitere wichtige Kompetenz im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, welche Professionelle haben müssen, ist Empathie und damit einhergehend ein wertschätzender Umgang mit den Betroffenen. Hier geht es vor allem darum, dem Thema Aufmerksamkeit zu schenken und selbstverletzendes Verhalten auch ernst zu nehmen, ohne dabei jedoch in Panik zu verfallen:

„(...) Empathie und auch Wertschätzung entgegenbringen können, das Thema ernst nehmen, auch wenn man weiß, dass sie es jetzt nur, vielleicht ist es nur Aufmerksamkeit, man schenkt dem Thema trotzdem Aufmerksamkeit und Bedeutung und nimmt das ernst“ (B2, Z. 228-230).

c) Ruhe

Des Weiteren ist es im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten wichtig, stets Ruhe zu bewahren, nicht hysterisch zu werden und auch nicht gleich aufzugeben, wenn man nicht sofort zu den Betroffenen durchdringen kann:

„Einfühlsamkeit und Ruhe würde ich jetzt erst die zwei großen (...). Einfach nicht sofort die Hände über dem Kopf zusammenschlagen und schon auf diese Person eingehen können und dann kann man eigentlich das ganz gut schaffen“ (B3, Z. 309; 313-314)

d) Selbstreflexion

Zuletzt wurde die Selbstreflexion als wichtige Kompetenz im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten genannt. Damit ist gemeint, dass man sich auch zugestehen können muss, wenn

Situationen zu belastend werden oder einen überfordern und sich demnach auch für kurze Zeit aus Situationen zurückzieht, sich kurz sammelt und dann mit neuer Energie dem Problem gegenübertritt:

„Also ich glaube am allerwichtigsten ist, dass man gut selbstreflektiert ist und gut (...) über dieses Thema und dass man eben auch aussprechen kann ich fühle mich damit hilflos, ich weiß nicht wie ich damit umgehen soll und kann (...). (...) dass man sich selber zugesteht, ich bin ein Mensch, mich wirft das jetzt um, ich gehe jetzt einmal kurz raus, sammle mich drei Minuten und gehe dann in die Situation mit dem Kind rein und nicht in der Überforderung irgendwie agieren, sondern sich mal kurz zurücknehmen, eventuell auch einen Tausch machen mit dem Kollegen der im Dienst ist und zu sagen ich bin gerade überfahren damit, kannst du das bitte übernehmen“ (B5, Z. 361-363; 368-372).

5.1.20 Ausbildung/Weiterbildung

Alle Befragten gaben an, dass Weiterbildungen und selbsterworbenes Wissen zu selbstverletzendem Verhalten essentiell für den Umgang mit jenem Verhalten sind. Jedoch gab der Großteil auch an, zwar Lehrveranstaltungen zu verwandten Themen wie der Krisenintervention besucht zu haben, im Laufe ihrer Ausbildung selbstverletzendes Verhalten an sich jedoch nie thematisiert wurde. Da Wissen zu selbstverletzendem Verhalten oftmals auch nicht in Form von Weiterbildungen vermittelt wird, sollte man sich eigenständig Wissen zu dieser Thematik aneignen und sich auch interdisziplinär weiterbilden, um gefestigt zu sein und in seiner Wirksamkeit zu bleiben:

„Also in Form von Weiterbildungen einmal sicher nicht. Und wenn ich an die Ausbildung denke, könnte ich mich eigentlich auch nicht daran erinnern, dass es thematisiert worden ist. Ich glaube auch, dass das mittlerweile schon so häufig vorkommt, dass da teilweise auch gar nicht mehr so genau hingeschaut wird, dass man dem vielleicht zu wenig Bedeutung geschenkt, ja“ (B2, Z. 248-251).

5.1.21 Anregungen zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

5.1.21.1 Anregungen für Professionelle

Die Basis für einen erfolgreichen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten bilden stabile, authentische und wertschätzende Beziehungen sowie die Präsenz seitens der Professionellen. Wichtig im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten ist es, dem Thema Raum zu geben, neugierig zu bleiben, um den Grund hinter einem solchen Verhalten herauszufinden, jedoch trotzdem nicht zu überreagieren und ein solches Verhalten zu sehr in den Vordergrund zu

stellen. Außerdem ist es besonders wichtig, weder sich selbst als Professionelle/r noch die Betroffenen unter Druck zu setzen, innerhalb kürzester Zeit eine Lösung für selbstverletzendes Verhalten zu finden bzw. ein solches Verhalten ablegen zu können: *„Präsenz, authentische, stabile, wertschätzende Beziehungen und gegen Überdramatisierungen“* (B5, Z. 435). *„Wahrscheinlich eh das Zeit lassen, eben das ist nicht am letzten Tag entstanden, dass das so gekommen ist und man wird es nicht in den nächsten 10 Minuten lösen können, also sich das auch zugestehen, dass man nicht jetzt sofort jemanden retten muss und auch nicht kann (...)“* (B3, Z. 351-353).

5.1.21.2 Anregungen für ÄrztInnen

ÄrztInnen wird aus Sicht der Professionellen empfohlen, sich im Allgemeinen mehr Zeit für die PatientInnen zu nehmen, insbesondere bei der Anamnese, aber auch bei Kontrollen. Hier wurde auch betont, dass Situationen fast ausschließlich von Professionellen geschildert werden und die Betroffenen selbst kaum zu Wort kommen, was seitens der Professionellen auch als Verbesserungsvorschlag für ÄrztInnen gilt. Außerdem äußerten sich alle Befragten dahingehend, dass zuerst andere Methoden und Alternativen ausprobiert werden sollten, bevor auf eine medikamentöse Behandlung zurückgegriffen wird:

„(...) weniger Medikation und mehr Austausch und vor allem, genau das ist sehr wichtig, das merke ich immer, die Anamnese, nicht diese 5-Minuten-Geschichten, nicht die Erzählungen und Beschreibungen nur von den Sozialpädagogen zu übernehmen sondern sich wirklich mit der Anamnese Zeit lassen“ (B1, Z. 503-505).

5.1.21.3 Anregungen für TherapeutInnen

Für TherapeutInnen gilt es, sich weniger auf den Inhalt zu konzentrieren, sondern eher die Gründe hinter einem solchen Verhalten im Fokus zu haben. Außerdem wird geraten, Betroffene nicht direkt auf diese Thematik anzusprechen, sondern darauf zu warten, bis diese bereit dazu sind und von selbst beginnen, über ihre Selbstverletzungen zu sprechen:

„(...)weniger auf den Inhalt zu konzentrieren und sich mehr auf das erleben zu konzentrieren und hinter die Bühne zu schauen, weil oft passiert es, dass Therapeutinnen so in der Geschichte drinnen sind, dass sie ein bisschen diesen Blick verlieren und was ist dort tatsächlich geht (...)“ (B1, Z. 528-530).

„(...) Therapeuten würde ich tatsächlich raten, die Jugendlichen und die Kinder da einfach kommen zu lassen mit dem Thema und würde das gar nicht, wenn es nicht proaktiv von den Kindern kommt, ansprechen. (...) Ich glaube das muss vom Kind kommen und dann ist das

dafür bereit und wenn es nichts sagt, dann hat das sicher auch einen Wert, dass es das gerade nicht deponiert“ (B5, Z. 442-444; 449-450).

5.1.21.4 Anregungen für Eltern

Eltern wird geraten, selbstverletzendes Verhalten nicht zu tabuisieren oder es totzuschweigen. Jedoch sollten sie, genau wie Professionelle, nicht in Hysterie und Panik verfallen und die Betroffenen permanent damit konfrontieren. Auch ist es nicht ratsam, durch Vorwürfe oder ständige Besorgnisäußerungen zu versuchen, selbstverletzendes Verhalten zu beseitigen. Zudem raten Professionelle dazu, sich ebenfalls über die Thematik zu informieren und sich gegebenenfalls mit ebenfalls betroffenen Eltern sowie ExpertInnen zu vernetzen und auszutauschen:

„(...) der Großteil konzentriert sich dann halt sehr auf diese Selbstverletzungen und da gibt es dann fast kein anderes Thema mehr, das mit den Mädchen besprochen wird und vielleicht einfach, dass man ein bisschen von diesem Negativen wekommt“ (B2, Z. 274-276).

„Eltern rate ich, Hilfe zu holen und sich mit Fachleuten auseinanderzusetzen und sich nicht zu schämen und nicht zu tabuisieren. (...) Es gibt Eltern, die auch Kinder haben mit selbstverletzendem Verhalten, sich vielleicht mit solchen Eltern irgendwie vernetzen. Aber nicht das totschweigen, das ist ein Fehler“ (B5, Z. 452-453; 457-459).

5.1.22 Corona-Pandemie

Überraschenderweise gaben die Befragten hier an, dass sich die derzeitige Corona-Pandemie nicht so negativ auf das selbstverletzende Verhalten der Betroffenen ausgewirkt hat wie angenommen. Im Gegenteil, eine Befragte berichtete von einem deutlich stärkeren Zusammenhalt innerhalb der Gruppe. Man bemerkte nach längerer Zeit auch die Frustration darüber, dass die Betroffenen nicht nach Hause durften oder ihre FreundInnen nicht sehen konnten, jedoch wurde diese Zeit im Großen und Ganzen von den Befragten großteils als positiv erlebt. Natürlich kam es bei manchen nach längerer Zeit häufiger zu selbstverletzendem Verhalten, die Befragten gehen hier jedoch eher von der fehlenden Struktur und Sicherheit als Ursache dafür aus und nicht in erster Linie von der derzeitigen Pandemie:

„Unsere Mädels haben sich während dieser Zeit, das muss ich schon sagen, ziemlich super verhalten und waren sehr gut drauf, sie haben Sachen angenommen, was früher nie im Leben gewesen wäre (...). (...) das passiert normalerweise nicht und beim Coronavirus war das was anderes, weil da, Beziehung wird gestärkt in der Coronavirus-Zeit (...)“ (B1, Z. 557-559; 564-565).

„Es hat schon ein zwei Mädels gegeben, die dann sich vermehrt selbst verletzt haben, aber ich weiß nicht, ob das direkt mit dem etwas zu tun gehabt hat oder mit der fehlenden Struktur und Sicherheit (...)“ (B3, Z. 393-395).

5.2 Ergebnisse Jugendliche

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse der Interviews geführt mit Betroffenen dargestellt.

5.2.1 Wohnen

Auf die Frage bezüglich der derzeitigen Wohnsituation gab ein Befragter an, derzeit in einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft zu wohnen, während die anderen Befragten vorübergehend in anderen stationären Einrichtungen untergebracht sind: *„Also ich wohne in einer WG, also in einer Wohngemeinschaft von [Einrichtung] (...)“ (B4, Z. 8).*

5.2.2 Beginnalter

Zwei der Befragten gaben an, sich im Alter von 15 Jahren zum ersten Mal selbst verletzt zu haben, während die dritte Befragte ihre ersten Erfahrungen mit Selbstverletzungen bereits im Alter von 12 bis 13 Jahren gemacht hat. Befragter 3 gab an, bereits im Alter von zehn Jahren das Verlangen verspürt zu haben, sich selbst zu verletzen, sich jedoch aufgrund der bleiben Narben nicht getraut hat und sich somit mit Stiften „Verletzungen“ aufzeichnete, um aufzuzeigen, dass es ihm nicht gut geht:

„Das war mit 15, 16 eigentlich schon mehr oder weniger, also ich habe schon vorher, vorher habe ich schon das Verlangen mehr oder weniger gehabt, aber ich habe mich das nicht getraut wegen eben, wegen den Spuren die hinterlassen werden und da habe ich das eben hauptsächlich mit Filzstiften dann eben aufgezeichnet, aufgezeigt dass es mir nicht gut geht. Das erste Mal, wo ich mich zu dem schon geäußert habe das war dann schon mit zehn (...)“ (B3, Z. 13-16).

„Fünfzehn“ (Interview 7, Z. 18).

5.2.3 Gründe für selbstverletzendes Verhalten

Die Gründe für selbstverletzendes Verhalten sind sehr vielfältig. Ein Befragter gab an, sich aufgrund der Intoleranz seitens seiner Familie bezüglich seiner Sexualität sowie seines Körpers selbst verletzte, während eine andere Befragte angab, dass der Grund für ihre Selbstver-

letzungen die Ausgrenzung seitens ihrer MitschülerInnen war. Die dritte Befragte hingegen gab als Grund für ihre Selbstverletzungen ein Konstrukt aus vielen unterschiedlichen Faktoren an, auf welche sie jedoch nicht gesondert einging:

„(...) und sie hat halt Frauenkleidung als erstes einmal mitgebracht, und mit dem ich nicht einverstanden bin, weil ich transgender bin und ja, mit Größe 36 ist sie dann daher gekommen und hat gesagt du probier das einmal an und dann habe ich das eben anprobiert und dann hat sie halt immer so Bemerkungen gemacht wie ich muss abnehmen und ich bin zu dick und so und (...)“ (B4, Z. 25-28).

„Es sind so viele Sachen zusammen gekommen, ich glaube das war es hauptsächlich. Ich glaube die einzelnen Sachen waren es gar nicht, sondern irgendwie ist da so viel zusammen gekommen, das alles dazu beigetragen hat, dass ich mich angefangen habe zu isolieren und so und das hat das ganze halt noch schlimmer gemacht“ (B6, Z. 21-24).

„Es war in der Schule. I: Waren deine Mitschüler nicht nett zu dir oder wie? B7: Am Anfang schon, aber später haben sie angefangen mich zu ignorieren und ich dachte ich bin selbst daran schuld“ (B7, Z. 24-26).

5.2.4 Methoden

Alle Befragten gaben an, sich körperlich durch das Aufritzen der Haut mit spitzen, scharfen Gegenständen selbst zu verletzen. Zwei Befragte gaben an, sich neben den physischen Selbstverletzungen auch psychisch selbst zu verletzen, indem sie sich entweder verbal erniedrigen oder sich so lange mit negativen Themen beschäftigen, bis es zur völligen psychischen Erschöpfung führt:

„Also ich mache das auf mentale und auf physische Basis eben, also mit Nadeln tue ich meine Haut aufkratzen mehr oder weniger oder, ja eh ritzen, also so mit einer ganz schnellen Bewegung und mental mache ich das halt, indem ich mich ständig nieder mache also wie z.B. ich stelle mich vor den Spiegel und sage mir selber boah bist du hässlich, so ein hässliches Vieh wie dich mag eh keiner und ja (...)“ (B4, Z. 33-35).

„Ahm, also ich glaube das Körperliche war halt eben dass ich mir halt Wunden in die Arme geschnitten habe und so und ich glaube das auch meine jetzige Krankheit ein bisschen zu selbstverletzendem Verhalten zählt, ich habe auch total aufgehaute Finger und so. Aber ich glaube es ist trotzdem auch, weil man sich psychisch so viel mit sich selbst beschäftigt und sich selbst so rein rennt und so, da gehört das auch schon zu selbstverletzendem Verhalten dazu, aber halt psychisch“ (B6, Z. 26-29).

Auf die Frage, ob sie auch schon andere Methoden herangezogen hätten, um sich selbst zu verletzen, gaben zwei der drei Befragten an, sich neben dem Aufritzen der Haut auch durch Zwicken sowie den Kopf gegen die Wand schlagen verletzt haben: *„Aber ich habe auch teilweise den Kopf gegen die Wand geschlagen, das hört sich jetzt komisch an, aber es war so“* (B6, Z. 32-33).

„Am Anfang war es nur zwicken“ (B7, Z. 33).

5.2.5 Körperstellen

Auf die Frage, an welchen Körperstellen sie sich selbst verletzen, gaben die Betroffenen an, dies hauptsächlich an den Armen und Beinen zu machen, jedoch auch an den Knöcheln sowie am Rumpf wurden Selbstverletzungen durchgeführt:

„Also wie man sehen kann mein linker Unterarm und mein rechter Oberschenkel mehr oder weniger, obwohl bei meinem Oberschenkel ist das schon ein bisschen länger her, aber beim Arm war das erst kürzlich wie man sieht, aber vor ein paar Tagen schon“ (B4, Z. 57-58).

„Hauptsächlich waren es die Arme, ich glaube es war dann auch an den Beinen, also bei den Knöcheln so herum und ich habe es sogar hier und hier ein bisschen gehabt [zeigt an Oberkörper-Innenseite sowie Innenseite der Oberarme] (...)“ (B6, Z. 36-37).

„Armen, Oberschenkel, Bauch, Ober- und Unterarme“ (B7, Z. 37).

5.2.6 Häufigkeiten des selbstverletzenden Verhaltens

Auf die Frage, wie häufig sie sich selbst verletzen, gaben die Befragten an, dass dies sehr unterschiedlich ist, jedoch von einmal in der Woche bis hin zu täglichen Selbstverletzungen, oft auch mehrmals täglich, reicht. Ein Befragter gab an, dass die Häufigkeit des selbstverletzenden Verhaltens sehr von seiner emotionalen und psychischen Verfassung abhängig ist und er sich daher großteils aufgrund von Frustration, Trauer, Wut, Depression oder innerer Leere selbst verletzt:

„Das ist unterschiedlich, das kommt auf die Situation drauf an. Wenn es mir schlecht geht meistens, wenn ich wütend bin, aus Frust oder hauptsächlich eben wenn negative Gedanken in meinem Kopf kreisen, egal ob die jetzt aus Wut, aus Trauer, aus Depression oder aus Leere eben passiert sind, das ist sehr unterschiedlich, je nachdem, wirklich. Einmal in der Woche, zweimal in der Woche, dann wieder einmal ein paar Monate nix (...)“ (B4, Z. 68-71).

„Es ist halt später immer mehr geworden. Also ich habe mit ein- bis zweimal in der Woche angefangen und irgendwann war es dann halt schon jeden Tag, und teilweise auch mehrmals“ (B6, Z. 42-43).

5.2.7 Funktionen

Interessant ist hier, dass die Befragten länger überlegen mussten, um auf die Frage, welche Funktion selbstverletzendes Verhalten für sie hätte, antworten zu können. Wie auch in den Antworten zu erkennen ist, wussten es die meisten im ersten Moment nicht, was Selbstverletzungen für sie für eine Bedeutung haben. Nach längerem Überlegen gaben die Befragten an, sich hauptsächlich selbst zu verletzen, um sich damit selbst zu bestrafen oder negative Gefühle kurzzeitig zu reduzieren. Außerdem wurde auch die Funktion der Ablenkung sowie das Gefühl der Erleichterung als Nutzen von selbstverletzendem Verhalten genannt:

„Also Zweck hat das jetzt, keine Ahnung, aber das Gefühl danach ist irgendwie besser. Also ich fühle mich danach erleichterter, ich habe das früher öfters gemacht vom schlafen gehen, weil dann sind eben die Gedanken einmal weg gewesen und da bin ich leichter zum Einschlafen gekommen und ja, dass es ganz eigenartig. (...) das habe ich mit meinem Therapeuten letztens auch schon herausgefunden, dass das auch mehr oder weniger eine Bestrafung auch ist, dass ich ähm ja, dass ich eben nicht gut genug für die Welt bin wie ich eben bin“ (B4, Z. 99-101; 104-105).

„(...) wenn ich es gemacht habe dann war es halt kurz so eine Erleichterung, auch wenn es sich voll komisch anhört, es hat zwar nicht auf die Dauer geholfen, aber es hat ein bisschen abgelenkt fast. (...) ich bin mir einfach vorgekommen als hätte ich nichts verdient auf dieser Welt und so und, es ist schwer in Worte zu fassen“ (B6, Z. 46-47; 62-63).

„Das war am Anfang als Selbstbestrafung und später habe ich einfach weiter gemacht“ (B7, Z. 21).

5.2.8 Situationen

Es kann gesagt werden, dass Situationen, in welchen negative Gefühle aufkommen, ausschlaggebend für selbstverletzendes Verhalten sind. Es konnten jedoch kaum spezifische Situationen angegeben werden, in denen die Befragten das Verlangen verspürten, sich selbst zu verletzen. Zwei der Befragten nannten anschließend nach längerem Überlegen insbesondere Konfrontationen oder negative Situationen mit MitschülerInnen als ausschlaggebend für selbstverletzendes Verhalten. Interessant ist hier, dass Selbstverletzungen nach Konfrontationen mit MitschülerInnen am WC der Schule stattgefunden haben. Der dritte Befragte hingegen gab keine spezifische Situation an, in welcher es zu selbstverletzendem Verhalten kommt:

„(...) kann ich gar nicht wirklich sagen, welche Situation das da jetzt hundertprozentig ausschlaggebend ist“ (B4, Z. 78-79).

„Es war manchmal in der Nacht einfach, wenn ich zu viele Gedanken gehabt habe und so (...). (...) aber es war halt aber auch oft am Schulklo, wenn z.B., ich habe ein Problem gehabt mit Mitschülern zu dieser Zeit und wenn irgendwer irgendetwas gesagt hat oder so, dann bin ich auch oft aufs Schulklo gegangen und habe es halt dort gemacht“ (B6, Z. 52-54).

„Als ich in der Schule die Mädchen immer gesehen habe und wie sie mich angeschaut haben und hinter meinem Rücken geredet haben“ (B7, Z. 50).

Außerdem gaben die Befragten im Zuge der Frage nach den Situationen bzw. Auslösern für selbstverletzendes Verhalten an, dass Selbstverletzungen eher Kurzschlussreaktionen sind sowie als Ventil für negative Gefühle genutzt werden: „I: Und dann überkommt es dich und dann wirst du traurig und dann brauchst du sozusagen ein Ventil? B4: Ja genau“ (B4, Z. 93-94).

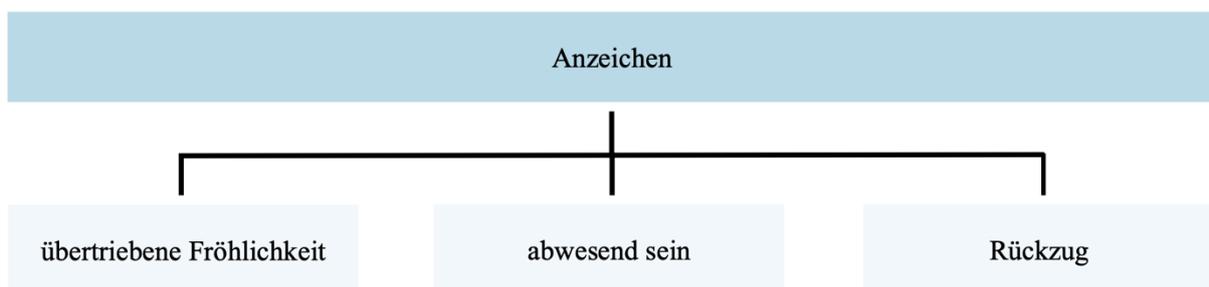
„Kurzschlussreaktion“ (B7, Z. 52).

5.2.9 Gefühle

Als die Befragten danach gefragt wurden, welche Gefühle sie mit selbstverletzendem Verhalten verbinden, gaben alle an, dass Selbstverletzungen anfangs ein Gefühl von Erleichterung und Entspannung in ihnen hervorrufen, dieser Zustand jedoch nicht lange anhält und sich nach kurzer Zeit wieder in negative Gefühle verwandelt: „Ja das ist ein erleichterndes Gefühl mehr oder weniger“ (B4, Z. 108).

„I: Okay, also eigentlich hat das gar nichts besser gemacht für dich? B7: Schon. Ich habe mich halt, als ich es gemacht habe, erleichtert gefühlt. I: Und dann aber schlechter? B7: Mhm“ (B7, Z. 57-60).

5.2.10 Anzeichen



Grafik 5: Anzeichen

Wie in Grafik 5 dargestellt, wird im Folgenden näher auf die Anzeichen für selbstverletzendes Verhalten eingegangen, welche von den befragten Betroffenen genannt wurden.

Die Befragten differenzierten nicht zwischen Anzeichen vor und Anzeichen nach einer Selbstverletzung. Zwei von ihnen gaben an, sich hauptsächlich zurückgezogen zu haben und eher abwesend gewesen zu sein. Als Anzeichen nannten sie hier konkret, nur in die Luft geschaut oder sich im Allgemeinen sehr zurückgehalten zu haben:

„Eigentlich ahm, wenn ich zu Hause war, bin ich oft einfach nur da gesessen und habe in die Luft geschaut und habe mir gedacht mein Gott, was mache ich eigentlich für einen... Aber wenn ich in der Schule war, dann habe ich versucht mir das nicht anmerken zu lassen, ich habe da einfach weiter gelebt und so“ (B6, Z. 67-69).

„Ich war sehr ruhig, habe mich immer nur zurückgehalten“ (B7, Z. 62).

Der dritte Befragte hingegen berichtete, sich übermäßig fröhlich zu verhalten und sich nichts anmerken zu lassen, sich also so unscheinbar und „normal“ wie möglich zu verhalten. Auf die Frage, ob er anschließend seine Selbstverletzungen versteckt, gab er an, dass dies sehr unterschiedlich sein, manchmal ja und manchmal nein:

„(...) wenn ich das mache und vorher, dann bin ich so unscheinbar wie möglich, also dann überspiele ich das meistens auch mit Fröhlichkeit, wenn ich unter Menschen bin oder so, also ich lasse das jetzt Menschen nicht wirklich wissen, dass es mir jetzt so ultradreckig geht, dass ich jetzt eben kurz kurz davor bin, mir wehzutun (...)“ (B4, Z. 116-119).

5.2.11 Suizidabsicht

Die Antworten der Betroffenen decken sich mit jenen Aussagen, welche in der Literatur bezüglich Suizidabsicht zu finden sind – die Befragten gaben alle an, zwar Suizidgedanken zu haben, jedoch nicht zu beabsichtigen, sich durch ihre Selbstverletzungen das Leben zu nehmen:

„I: Dein selbstverletzendes Verhalten hat aber einen anderen Zweck und du willst dir nicht damit das Leben nehmen, da steht nicht im Vordergrund dabei? B4: Nein nein, das will ich auch nicht (...)“ (B4, Z. 154-156).

„Ahm, so dass ich jetzt wirklich hergegangen bin und mir gedacht habe ich schneid mir die Pulsadern auf, das habe ich nie gemacht. Aber ich habe natürlich solche Gedanken gehabt und das hat mir dann auch oft Angst gemacht weil ich mir gedacht habe, wieso denke ich mir so etwas“ (B6, Z. 75-77).

„B7: Ich hatte schon Gedanken aber... I: Okay, aber das war jetzt nicht so, dass du dich deswegen geritzt hast, um dir das Leben zu nehmen? B7: [schüttelt den Kopf]“ (B7, Z. 69-71).

In diesem Zusammenhang erwähnte ein Befragter, dass seine Suizidgedanken daher kommen, dass er mit dem Leistungsdruck unserer Gesellschaft nicht klar kommt. Hier ist ein deutlicher

Zusammenhang zwischen den formulierten Entwicklungsaufgaben und dem Druck des Individuums, diesen Aufgaben gerecht zu werden zu erkennen:

„(...) in dem System mag ich eigentlich nicht bleiben ehrlich gesagt, weil ich komme eigentlich nicht wirklich zurecht jetzt mit diesem Job finden, alle sagen ja du bist jetzt dann schon, also ich werde jetzt dann nämlich am [Datum] 18 und da muss man natürlich schon einen Job haben, eine Wohnung suchen und Geld verdienen und das alles und ich bin noch nicht bereit dazu für mich selbst, dass ich eben schon durchstarten kann im Leben. Und deshalb komme ich mit dem System, dass alles schnell schnell gehen muss ab dem 18. Lebensjahr, mit dem komme ich nicht zurecht“ (B4, Z. 149-153).

5.2.12 Komorbide Erkrankungen

Alle Befragten leiden an psychischen Erkrankungen. Direkt dazu befragt wurde jedoch nur einer, da die beiden anderen offensichtlich an einer schwerwiegenden Form von Anorexia nervosa litten und die Frage hier nach etwaigen psychischen Erkrankungen sowohl überflüssig als auch nicht passend gewesen wäre. Der danach Befragte gab an, an einer diagnostizierten Depression zu leiden und Anzeichen von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzuweisen:

„(...) also diagnostiziert ist nur Depression und Borderline zeige ich halt Anzeichen, weil ich habe jetzt da so einen Persönlichkeitstest gemacht in [Ort] und ja, da ist das halt rausgekommen, dass ich leicht Borderline Anzeichen eben zeige und ja, sonst eben Depression schon seit einigen Jahren, ja. Aber mehr ist mir nicht bekannt“ (B4, Z. 166-169).

Außerdem gab der Befragte an, dass die Häufigkeit des Auftretens seines selbstverletzenden Verhaltens sowie auch seiner Suizidgedanken und das Überspielen negativer Gedanken durch Selbsterniedrigung in Zusammenhang mit seiner psychischen Verfassung stehen:

„I: Und in dieser Zeit wo es schlechter ist, verschlimmert sich auch das selbstverletzende Verhalten? B4: Genau ja und Äußerungen gegenüber Suizid und auch eben dieses Überspielen durch die Witze mehr oder weniger“ (B4, Z. 173-174).

5.2.13 Behandlungen

Die Kategorie der Behandlungen umfasst sowohl die Frage nach der psychologischen als auch die Frage nach der medikamentösen Behandlung.

5.2.13.1 Psychologische Behandlung

Alle Befragten gaben an, schon einmal in psychologischer Behandlung gewesen zu sein oder immer noch an einer solchen Therapie teilzunehmen. Auf die Frage hin, ob sie aufgrund ihres selbstverletzenden Verhaltens behandelt wurden, antworteten alle mit nein. Auch als danach gefragt wurde, ob sich eine solche Therapie positiv auf ihr selbstverletzendes Verhalten auswirkte, antworteten zwei der Befragten mit nein und der dritte Befragte gab an, dieses Thema erst kürzlich in der Therapie angesprochen zu haben und die Frage daher noch nicht beantworten zu können. Die anderen beiden Befragten gaben an, eigenständig und ohne therapeutische Hilfe mit den Selbstverletzungen aufgehört zu haben. Eine davon leidet jedoch noch immer an einer anderen Form von selbstverletzendem Verhalten, da sie sich die Haut von den Fingern abzieht: „(...) wir sind gerade erst wahrscheinlich, wir sind gerade erst bei dem am Anfang deshalb, weil wir erst letztens drüber gesprochen haben“ (B4, Z. 190-191).

„Also ich habe eigenständig aufgehört. Ahm, ich meine ich habe noch immer ein Problem damit, dass ich mir die Haut auf den Fingern aufziehe (...). (...) ich bin dann eine Zeit lang auch zu einer Therapeutin gegangen, das war hauptsächlich weil wir einen Intelligenztest machen wollten, aber auf jeden Fall, ich habe einfach, ich wollte mich nicht mehr damit abfinden, dass ich das gemacht habe und so und ich wollte das einfach hinter mich bringen“ (B6, Z. 84-86).

5.2.13.2 Medikamentöse Behandlung

Die Frage, ob ihnen aufgrund ihres selbstverletzenden Verhaltens schon einmal Medikamente verschrieben wurden, wurde von allen Befragten verneint. Ein Befragter erzählte jedoch, aufgrund seiner Depressionen und eventuell seiner Borderline-Tendenzen Medikamente einzunehmen, diese jedoch (noch) nicht die gewünschte Wirkung zeigen und seine Stimmung eher verschlechtern als verbessern. Auch berichtete er von einem deutlichen Zusammenhang zwischen seiner negativen Stimmung und einer Zunahme seines selbstverletzenden Verhaltens: „(...) weil generell egal welche Antidepressiva ich gehabt habe, mir ist es eher schlechter gegangen mehr oder weniger (...)“ (B4, Z. 202-203).

5.2.14 Reaktionen der Professionellen

Die Frage nach angemessenen Reaktionen der Professionellen auf selbstverletzendes Verhalten konnte nur von einem Befragten beantwortet werden, da nur dieser in einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft lebt. Allerdings gab er an, keine Reaktionen nennen zu können, die ihm in solchen Momenten tatsächlich helfen können. Was ihm jedoch überhaupt nicht

hilft, sind unterschwellige Vorwürfe und Aufforderungen, sich nicht selbst zu verletzen. Als er später nach den Anregungen für BetreuerInnen im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten gefragt wurde, gab er jedoch an, dass ihm am ehesten Gespräche mit den BetreuerInnen kurzzeitig helfen, um die inneren Spannungen ein wenig zu reduzieren: *„Nein, es gibt ehrlich gesagt keine Reaktionen die mir helfen, weil wenn man sagt ma tu das nicht und das ist dann eben wieder gleich wie mit meiner Mama (...).“* (B4, 223-224).

Auffallend ist, dass alle Befragten auf die Frage nach angemessenen Reaktionen ihre Mütter und deren Reaktionen erwähnten. Alle gaben hier an, dass ihre Mütter traurig oder wütend auf das selbstverletzende Verhalten ihrer Kinder reagierten und ihnen ihre Trauer auch immer wieder zeigten, was wiederum große Schuldgefühle sowie Druck in den Betroffenen auslöste, was sehr belastend für diese ist und das selbstverletzende Verhalten oftmals verschlimmerte. Andererseits nennen alle Befragten die Trauer und Wut ihrer Mütter als Grund, um mit den Selbstverletzungen aufzuhören oder aufgehört zu haben:

„(...) und das ist dann eben wieder gleich wie mit meiner Mama, die dann eh wieder sofort sagt ah, warte wie sagt sie immer, na tu dir nicht weh, das tut mir so weh wenn du dir selber weh tust, dass tut in meinem Herzen so richtig weh und dann bricht sie in Tränen aus und ja, das ist dann eben noch belastender für mich, weil dann sie damit sagt, ich darf das nicht machen, ich sollte das nicht machen und dann, wie soll ich mich dann abreagieren, wenn es mir jetzt wirklich schlecht geht, weil ja ich habe ja noch keine wirklichen Methoden jetzt ausgearbeitet“ (B4, Z. 223-227).

„Sie war halt extrem traurig und sie hat sich auch selbst viel die Schuld gegeben und das hat, also das hat in mir noch mehr Schuldgefühle ausgelöst als ich gesehen habe, dass es ihr deswegen so schlecht geht. Und das ist auch ein Grund warum ich aufgehört habe“ (B6, Z. 112-113).

5.2.15 Alternativhandlungen

Die Frage, ob es Alternativhandlungen gibt, die ihnen helfen sich nicht zu verletzen, wenn sie den Drang danach verspüren, wurde von zwei der drei Befragten verneint. Eine Befragte erzählte, dass ihr das Singen und Tanzen, also im Allgemeinen Musik dabei half, dem Drang, sich selbst zu verletzen nicht nachzugehen. Außerdem gab sie an, dass sie neben der Sorge ihrer Mutter auch ihr eigenes Ansehen bzw. ihr eventuell ruiniertes Ruf in der Schule und unter ihren MitschülerInnen sowie LehrerInnen dazu bewegte, mit dem selbstverletzenden Verhalten aufzuhören. Jedoch gab sie an, dass das Aufhören für sie „extrem hart“ war. Auch erzählte sie in diesem Zusammenhang erneut vom exzessiven Abkratzen ihrer Haut auf den

Fingern, welches ihr sozusagen half, mit dem Ritzen der Haut aufzuhören. Dies kann als negative Alternativhandlung angesehen werden:

„Also ich glaube, dass meine Mitschüler und das ganze eigentlich der Antrieb waren, weil es haben Leute angefangen dahinter zu kommen, das hat mich wahnsinnig unter Druck gesetzt, weil ich relativ leistungsorientiert bin, was die Schule angeht und so und ich wollte halt nicht, dass die Lehrer denken ah das ist dieser komische Emo dahinten und so. Es ist wirklich so, weil ich wollte meinen Ruf nicht komplett ruinieren und so. Es war extrem hart und ich habe das dann auch mit den Fingern, das habe ich wirklich exzessiv gemacht, dass sie wirklich blutig waren und alles“ (B6, Z. 93-96).

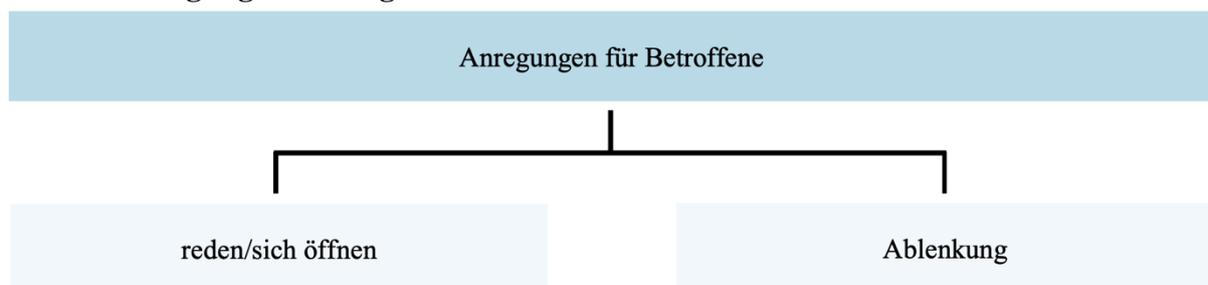
5.2.16 Notfallkoffer

Bezüglich des Notfallkoffers konnten leider keine Erkenntnisse gewonnen werden, da keiner der drei Befragten einen Notfallkoffer benutzt und daher keine Aussagen zu dessen Wirkung machen konnte.

5.2.17 Anregungen zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

Im Folgenden werden nun die Anregungen der Betroffenen für andere Betroffene, Professionelle, Eltern, ÄrztInnen und TherapeutInnen näher beschrieben.

5.2.17.1 Anregungen für Jugendliche



Grafik 6: Anregungen für Jugendliche

Wie in Grafik 6 dargestellt, wird nun näher auf die Anregungen der befragten Betroffenen für andere Betroffene eingegangen.

Die befragten Betroffenen raten anderen Betroffenen insbesondere, sich zu öffnen und über ihre Selbstverletzungen zu sprechen, auch wenn es manchmal Überwindung kostet und man

es eigentlich nicht möchte. Zusätzlich riet eine Befragte dazu, sich abzulenken, indem man beispielsweise sein Zimmer aufräumt, sich mit jemandem trifft, fernschaut oder andere Dinge macht. Dadurch soll vermieden werden, dass Betroffene nur im Zimmer hocken, in die Luft starren und sich selbst fertig machen:

„Das wird jetzt zwar blöd sein, weil ich es ja selber tue, aber so gut wie möglich probieren eben andere Strategien zu finden, vielleicht mit Familie reden, dass man sich dann eben öffnet, auch wenn man es nicht unbedingt will, das ist dann wichtig, weil sonst kann dir keiner helfen, wenn du nicht erzählst warum und weshalb und ja, du musst da halt auch offen sein, wenn dir jemand helfen soll oder muss. Also das ist sehr wichtig finde ich, dass man eben gemeinsam arbeitet, weil ohne gemeinsames Arbeiten kann man nichts daran ändern“ (B4, Z. 299-302).

„Ich würde ihnen raten, ich glaube, geht einfach raus aus euren Zimmern, macht irgendwas, egal was es ist, aber starrt nicht in die Luft und macht euch fertig, sondern geht fernschauen, geht zusammenräumen, trifft euch mit irgendjemanden, macht spaßige lustige Sachen, irgendetwas, mit dem man sich ablenken kann, das hilft am besten. Weil je mehr man drüber nachdenkt, desto schlimmer wird es“ (B6, Z. 117-119).

„Eine Person zum reden“ (B7, Z. 107).

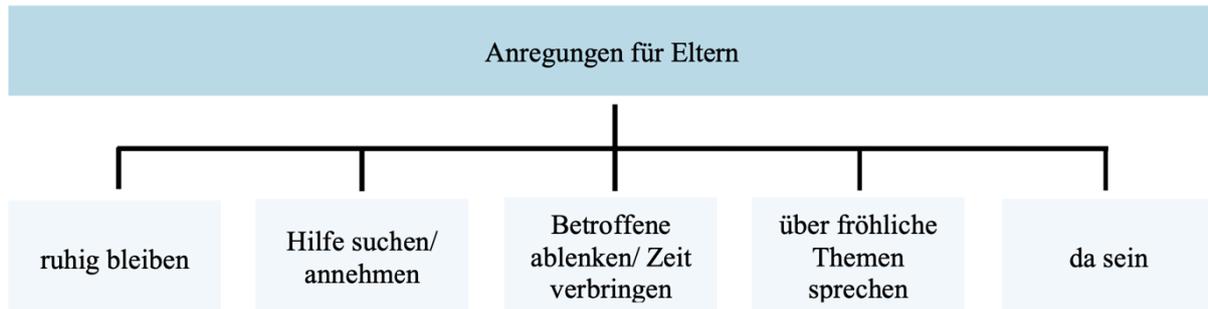
5.2.17.2 Anregungen für Professionelle

Auf die Frage, welche Anregungen sie für die Professionellen hätte, gab die Befragte an, dass es ihr ein wenig hilft, wenn Professionelle mit ihr ein ruhiges Gespräch führen, da dies häufig die Spannungen in ihr reduziert. Jedoch gab sie ebenso an, dass solche Gespräche meist nur im Moment helfen. Wenn sie jedoch wieder alleine ist, kommen diese Gefühle in ihr wieder hoch:

„Ja. Schon dass sie dann eben mit mir reden und so. (...) I: Aber vor allem hinterfragen, warum ist das so bei dir und nicht hysterisch oder so werden und einfach normal sich zusammensetzen und das hilft dir dann auch in dem Moment? B4: Ja würde mir helfen. Aber jetzt, aber wie gesagt, sobald die Leute dann weg sind werde ich vielleicht doch, aber dann ist wenigstens die Spannung ein bisschen weniger vielleicht“ (B4, Z. 260; 261-264).

Da die anderen beiden Befragten nicht in einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft leben, konnten sie auf diese Frage keine Antworten geben.

5.2.17.3 Anregungen für Eltern



Grafik 7: Anregungen für Eltern

Wie in Grafik 7 dargestellt, wird im Folgenden näher auf die Anregungen seitens der Befragten für Eltern eingegangen.

Die Befragten gaben an, Eltern zu raten, nicht hysterisch und vor allem nicht sauer bzw. böse zu werden, wenn sie vom selbstverletzenden Verhalten ihrer Kinder erfahren. Stattdessen sollten Eltern Verständnis zeigen, lieb zu ihren Kindern sein, sie umarmen und sie ablenken, indem sie mit ihnen Sachen unternehmen wie beispielsweise Ausflüge. Außerdem gaben sie an, nicht von ihren Eltern unter Druck gesetzt oder zu einem Gespräch gezwungen werden wollen, wenn sie nicht bereit dazu sind. Wenn sie jedoch bereit dafür sind darüber zu sprechen, würden die Befragten sich wünschen, dass ihre Eltern ein offenes Ohr für sie haben. Zudem wurde insbesondere von einer Befragten angemerkt, dass sie verstehen würde, dass solche Situationen für Eltern auch nicht immer leicht sind und sie ihnen daher raten würde, ebenfalls professionelle Hilfe anzunehmen:

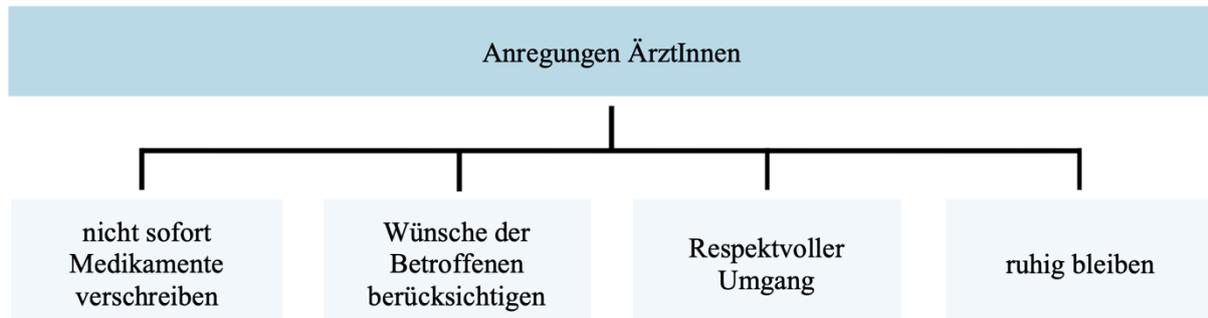
„Nicht hysterisch sein, die Kinder nicht sagen, dass man sie damit verletzt sondern eher Verständnis zeigen, auch wenn man es nicht versteht sollte man sich vielleicht mal darüber informieren, vielleicht auch zu einem Therapeuten gehen wenn das einen so richtig belastet oder dass man sich einfach Hilfe sucht“ (B4, Z. 293-295).

„Ich würde sagen, sie sollten nicht sauer und nicht hysterisch sein, sondern sie sollten einfach, Umarmungen sind das schönste was es gibt, und seid einfach lieb, seid einfach da und bitte nicht unter Druck setzen und die Person dazu zwingen, darüber zu reden, weil manchmal will man das einfach nicht, manchmal möchte man abgelenkt werden, manchmal möchte man einfach mit der Person gerne zusammen sein. Ausflüge oder so etwas sind immer cool, das hat z.B. wie ich es meiner Mama erzählt habe, da haben wir am nächsten Tag einen Ausflug gemacht und es ist mir so gut gegangen, weil sie mich einfach gar nicht drauf angesprochen

hat sondern einfach nur so lieb war und das hilft auch extrem. (...) Ja und wenn man dann darüber reden möchte, dann sollte die Person da sein“ (B6, Z. 130-134; 136).

„Sie sollten sich nicht aufregen“ (B7, Z. 115).

5.2.17.4 Anregungen ÄrztInnen



Grafik 8: Anregungen für ÄrztInnen

Wie in Grafik 8 dargestellt, wird im Folgenden näher auf die Anregungen für ÄrztInnen eingegangen, welche von den befragten Betroffenen geäußert wurden.

In Bezug auf Anregungen für ÄrztInnen gaben die Befragten an, sich zu wünschen, dass ÄrztInnen mehr auf ihre Bedürfnisse eingehen würden. Eine Befragte sprach hier vor allem von Medikamenten und die Verweigerung ihres Wunsches seitens der ÄrztInnen, diese absetzen zu wollen. Sie würde sich wünschen, dass ihre Äußerungen ernst genommen werden würden und mehr darauf geachtet werden würde, wie es ihr mit der Medikation geht und dass sie selbst in Bezug auf Medikamente über mehr Entscheidungsfreiheit verfügt. Eine andere Befragte hingegen wünscht sich mehr Respekt seitens der ÄrztInnen und würde sich wünschen, nicht sofort auf ihre Selbstverletzungen reduziert zu werden oder „in eine Emo-Ecke reingedrängt“ zu werden:

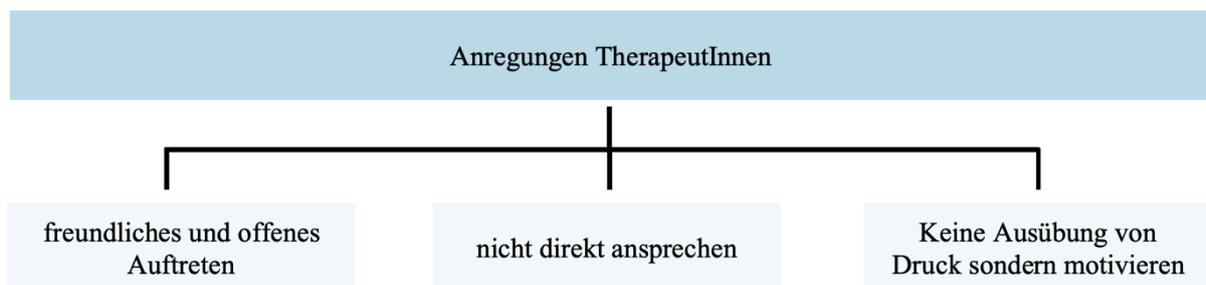
„Ja eben auch sachlich dran gehen und vielleicht nicht, und vielleicht wenn einer wirklich sagt ich will die Tabletten absetzen und eben schauen ob das funktioniert, dass man dann eben den probieren lässt und dass man dann eben auch sagt ja passt dann tun wir es einmal weg für ein paar Wochen oder einen Monat und dass man dann eben noch einmal nachfragt ob es besser geht und wenn es einem schlechter geht, dann noch einmal Medikamente verschreiben. Also dass man zwischen drinnen “Pausen” macht mit den Medikamenten, weil das hat mich schon ziemlich angezipft, dass ich dann gesagt habe ja das Mutan das hilft mir gar nicht so, mir geht es eher schlechter und dann haben sie eben gesagt ja machen wir mehr, tun

wir mehr drauf anstatt sie wirklich eine kleine Pause einlegen würden und ja, das hat mich schon ziemlich angezipft obwohl ich nur probieren wollte wie es ohne, ob es ohne Tabletten noch schlechter wird oder ob es dann wirklich besser geht und dann hätte ich eh auch gemeint dass wir dann eben danach könnten wir eh wieder neue Medikamente einstellen, aber darauf sind sie leider nicht eingegangen, dass man eben auf die Wünsche der Patienten vielleicht ein bisschen mehr eingeht. Vielleicht so“ (B4, Z. 269-277).

„Ich würde, ahm, das ist natürlich, ahm, ist es extrem wichtig dass man trotzdem immer noch mit Respekt behandelt wird und dass man nicht sofort in die eine Emo-Ecke reingedrängt wird und so. Man ist immer noch ein individueller Mensch und auch wenn es nicht viele andere wissen, wird man immer noch darauf reduziert. Und einfach den jeweiligen Patienten Ruhe geben, aber trotzdem da sein, wenn der- oder diejenige etwas braucht“ (B6, Z. 121-123).

Die dritte Befragte gab an, ÄrztInnen nichts raten zu wollen.

5.2.17.5 Anregungen TherapeutInnen



Grafik 9: Anregungen für TherapeutInnen

Abschließend wird auf die Anregungen für TherapeutInnen näher eingegangen, welche in Grafik 9 dargestellt werden.

In Bezug auf die Frage, was die Befragten TherapeutInnen raten würden, gaben sie an, sich ein freundliches Verhalten, fast schon ein freundschaftliches Verhalten seitens der TherapeutInnen zu wünschen. Außerdem hätte insbesondere eine Befragte gerne, dass Themen wie selbstverletzendes Verhalten spielerisch aufgearbeitet werden und sie nicht direkt nach etwaigen Selbstverletzungen gefragt wird, da sie dadurch wieder zu viel nachdenkt. Eine andere Befragte gab an, dass es für sie am wichtigsten sei, von TherapeutInnen nicht unter Druck gesetzt zu werden, dass sie mit den Selbstverletzungen aufhören müsse sondern sie wünsche

sich eher, dass TherapeutInnen sie versuchen zu motivieren, das Schöne im Leben zu sehen und somit mit ihr Gründe erarbeiten, warum es sich lohnt, damit aufzuhören:

„Also ich mag Leute die persönlich sind, also wirklich ja mehr oder weniger freundschaftlich, nicht zu hundert Prozent freundschaftlich, aber die einfach Menschlichkeit, also seine Seele zeigen. Mit solchen Leuten, mit denen man auch Spaß haben kann und so ja, also freundschaftliches Verhalten will ich so jetzt nicht sagen, weil man darf die ja nicht als Freunde sehen, aber ein freundliches Verhalten, ein einladendes Verhalten, dass man dann, da wo man sagt ja mit dem würde ich gerne, mit dem funktioniert es gut, mit dem gehe ich gerne Therapie machen, dass man eben gern etwas erzählt und das auch ein bisschen spielerisch, also das ist mir in meiner Therapie sehr wichtig, dass man gib mir spielerisch ja das angeht. I: Also gar nicht so direkt fragen? B4: Nein beim Therapeutischen er nicht weil hundertprozentig direkt ist auch nicht gut, weil dann denkt man wieder zu viel nach und dann kommt man wieder in das Schema rein und dann ist das halt nicht so perfekt“ (B4, Z. 281-289)

„Ich würde auf keinen Fall wollen, dass mich irgendwer unter Druck setzt, also dass ich aufhören muss, sondern es sollte mehr, also das auch der Arzt oder der Therapeut halt irgendwie versucht einen zu motivieren jetzt quasi weiterzuleben und das es Gründe gibt, damit aufzuhören“ (B6, Z. 125-127).

Die dritte Befragte gab an, TherapeutInnen nichts raten zu wollen.

6 RESÜMEE UND AUSBLICK

„(...) das ist nicht am letzten Tag entstanden, dass das so gekommen ist und man wird es nicht in den nächsten zehn Minuten lösen können (...)“ (B3, Z. 351-352).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem adäquaten Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ziel der Arbeit ist es, einen Handlungsleitfaden zu erstellen, um die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, welche sich selbst verletzen, zu erleichtern. In erster Linie dient der Handlungsleitfaden als Unterstützung für (noch unerfahrene) MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe, im Weiteren sollte dieser naturgemäß aber auch den Betroffenen zu Gute kommen, um auch für sie eine bessere Unterstützung gewährleisten zu können.

Für die Erstellung des Handlungsleitfadens wurden die Daten von insgesamt sieben leitfadengestützten Interviews, geführt mit Professionellen und Betroffenen, herangezogen. Hierfür wurden jeweils zwei unterschiedliche Leitfäden erstellt, welche auf die Situation der beiden Populationen angepasst wurden.

Selbstverletzendes Verhalten ist fixer Bestandteil des Alltags in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und kommt in jeder Altersgruppe vor. Selbstverletzendes Verhalten kann unterschiedliche Formen annehmen – angefangen von Schneiden oder Ritzen der Haut, über absichtliche Verbrennungen, absichtliches Verletzen durch das Schlagen gegen Wände oder andere Gegenstände bis hin zum Verweigern von lebenswichtigen Medikamenten oder übermäßigem Konsum von Alkohol oder anderen Drogen. Problematisch ist, dass die Meinung sehr weit verbreitet ist, nur Sich-Ritzen oder Sich-Schneiden zähle zu Selbstverletzungen, wodurch selbstverletzendes Verhalten häufig als „Problemverhalten“ von Mädchen und Frauen angesehen wird. Betrachtet man jedoch die Vielfalt der Formen von selbstverletzendem Verhalten, so fällt auf, dass es kaum bis keine Geschlechterunterschiede gibt. Geschlechtsspezifika lassen sich rein in Bezug auf die unterschiedlichen Methoden feststellen, jedoch nicht auf die Häufigkeit des Auftretens. Mädchen und Frauen neigen eher dazu, autoaggressiv zu handeln, ihre Aggressionen also gegen sich selbst zu richten, während Jungs und Männer eher externalisieren, ihre Aggressionen also eher nach außen tragen. Somit ist es wichtig, den Fokus, wenn es um selbstverletzendes Verhalten geht, auf alle Geschlechter zu legen. Weiters wurde durch die geführten Interviews bestätigt, dass selbstverletzendem Verhalten in der Regel keine Suizidabsicht zu Grunde liegt, sondern dass selbstverletzendes Verhalten hauptsächlich als Coping-Strategie, um mit negativen Gefühlen und Geschehnissen

umgehen zu können, beschrieben werden kann. Selbstverletzendes Verhalten dient also hauptsächlich der Emotionsregulation. Neben der Emotionsregulation wurde auch noch die Funktion der Selbstbestrafung als weitere wichtige Funktion von selbstverletzendem Verhalten genannt. Außerdem gaben die Professionellen an, selbstverletzendes Verhalten auch als Form der Gruppenzugehörigkeit sowie als Schrei nach Aufmerksamkeit und Mittel, um eine Dissoziation durchbrechen zu können, beobachtet zu haben.

Um mit selbstverletzendem Verhalten angemessen umgehen zu können, ist es wichtig, sich im Allgemeinen über selbstverletzendes Verhalten zu informieren und darüber Bescheid zu wissen. Da dieses Verhalten kaum bis gar nicht im Zuge von Ausbildungen thematisiert wird, muss man sich als MitarbeiterIn der Kinder- und Jugendhilfe Wissen über diesen Sachverhalt selbst aneignen. Eventuell werden auch Weiterbildungen zu diesem Thema vom jeweiligen Arbeitgeber angeboten. Des Weiteren ist es wichtig, selbstverletzendes Verhalten immer ernst zu nehmen und den Betroffenen auch empathisch gegenüber zu sein. Selbstverletzendes Verhalten darf nicht auf die leichte Schulter genommen werden, da es stets die Ausdrucksform eines dahinterliegenden Problems ist. Außerdem ist selbstverletzendes Verhalten eine wichtige Coping-Strategie für die Betroffenen und somit ein wichtiger Bestandteil ihres Systems – daher dürfen Betroffene nie aufgrund ihrer Selbstverletzungen bestraft oder ihnen gegenüber Schuldzuweisungen ausgesprochen werden. Auch ist es wichtig, wenn man als MitarbeiterIn mit selbstverletzendem Verhalten konfrontiert wird, stets ruhig zu bleiben und nicht hysterisch zu werden oder in Panik zu verfallen. Insbesondere noch unerfahrene MitarbeiterInnen sind mit selbstverletzendem Verhalten meist überfordert oder fühlen sich hilflos. Hier kann es leicht passieren, eventuell unangemessen zu reagieren. Und insbesondere in solchen Situationen sind die Selbstreflexion und auch der Austausch im Team eine wichtige Komponente, um im Umgang mit einem solchen Verhalten gefestigter zu werden. Zudem ist es wichtig, sich im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten immer vor Augen zu halten, dass *„(...) das ist nicht am letzten Tag entstanden, dass das so gekommen ist und man wird es nicht in den nächsten zehn Minuten lösen können (...)“* (B3, Z. 351-352).

Merken Professionelle, dass sich Kinder oder Jugendliche vermehrt zurückziehen, Gespräche meiden oder kaum noch kommunizieren, abwesend wirken, sich den Temperaturen unangemessen kleiden, übertrieben fröhlich wirken oder plötzlich ein schulischer Leistungsabfall zu verzeichnen ist, sollten sie besonders achtsam werden. Auch sind insbesondere familiäre Konflikte, schulische Frustrationen, Konflikte mit FreundInnen oder Ausgrenzungen durch Peers oft die Ursache für selbstverletzendes Verhalten. In solchen Fällen ist es wichtig, nicht hysterisch zu werden und die Betroffenen in erster Linie in einem ruhigen Moment und ohne die

Anwesenheit anderer direkt auf die jeweiligen Beobachtungen anzusprechen. Dabei sollte jedoch nicht das selbstverletzende Verhalten an sich, sondern der Grund, warum ein solches Verhalten notwendig war, im Vordergrund stehen. Wenn selbstverletzendes Verhalten nicht indirekt, sondern direkt zu beobachten ist, sollten die Betroffenen, soweit es ihnen möglich ist, ihre Verletzungen und Wunden selbst versorgen, da dies auch ein Teil der Selbstfürsorge ist. Auch hier ist es wieder wichtig, die Geschehnisse im Nachhinein offen und ruhig zu besprechen. Bei Gesprächen mit Betroffenen ist es wichtig, ihnen stets mit Empathie sowie auch Wertschätzung gegenüberzutreten und niemals Druck auf die Betroffenen auszuüben.

In Bezug auf die Behandlung von selbstverletzendem Verhalten wurde vor allem die Psychotherapie als äußerst effektiv beschrieben. Der medikamentösen Therapie hingegen stehen sowohl Betroffene als auch Professionelle eher skeptisch gegenüber. Es ist dem hinzuzufügen, dass Kinder und Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten teilweise auch an anderen psychischen Erkrankungen wie beispielweise an diversen Essstörungen, Depressionen oder einer Borderline Persönlichkeitsstörung leiden. Hier ist eine medikamentöse Behandlung des Öfteren unumgänglich und kann sich in solchen Fällen auch positiv auf das selbstverletzende Verhalten auswirken. Neben der klassischen Psychotherapie wurden auch körperbezogene Therapieformen bzw. Aktivitäten wie Schwimmen bzw. Sport im Allgemeinen, Ergotherapie oder auch die tiergestützte Therapie als empfehlenswert genannt.

Es spielen neben den möglichen Therapieformen auch die sogenannten Alternativhandlungen für selbstverletzendes Verhalten eine große Rolle. Hier ist seitens der Professionellen Kreativität gefragt, da es ein weites Spektrum an möglichen Alternativen gibt, die mit den Betroffenen gemeinsam erarbeitet werden können. Dieses Spektrum reicht von bestimmten Düften und Berührungen über Methoden aus der Traumapädagogik wie beispielweise das Schaffen eines inneren sicheren Ortes bei Kindern bis hin zum Einsatz von Tanz und Musik. In Bezug auf Alternativhandlungen sollte in allen Fällen besonders die Selbstfürsorge in den Vordergrund gestellt werden. Anders als erwartet wurde Sport als Alternativhandlung eher als ungeeignet beschrieben, da der Drang zur Selbstverletzung eher abends auftritt und es zu diesem Zeitpunkt einerseits schwierig und andererseits auch kontraproduktiv ist, noch übermäßig Sport zu treiben. In diesem Zusammenhang wurde auch der Notfall- bzw. Skillskoffer thematisiert, wobei hier deutlich wurde, dass ein solcher Koffer aufgrund von Vergesslichkeit sowie des ständig zu erneuernden Inhaltes eher als wenig hilfreich erlebt wurde. Bezüglich der Alternativhandlungen ist es im Allgemeinen wichtig, diese mit den Betroffenen beispielweise in Form eines Gesprächs gemeinsam zu erarbeiten, da sie immer die ExpertenInnen ihrer Lebenslage sind und sie selbst am besten wissen, was ihnen hilft und was nicht.

Die vorliegende Arbeit beinhaltet jedoch nicht nur Tipps für MitarbeiterInnen der stationären Kinder- und Jugendhilfe für einen adäquaten Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, sondern auch Ratschläge und Wünsche seitens der Professionellen sowie der Betroffenen an ÄrztInnen, TherapeutInnen, Eltern sowie andere Betroffene. ÄrztInnen wird nahegelegt, sich mehr Zeit für die Anamnese sowie die PatientInnen an sich zu nehmen und nicht in erster Linie auf eine medikamentöse Behandlung zurückzugreifen, sondern auch Zeit für Alternativen zu geben. TherapeutInnen wird geraten, die Betroffenen nicht direkt auf selbstverletzendes Verhalten anzusprechen, sondern ihnen Zeit zu geben, das Thema von sich aus hervorzu bringen. Außerdem sollten sich TherapeutInnen weniger auf das Verhalten an sich, sondern ebenso wie Professionelle auf die Gründe dahinter konzentrieren. Insbesondere die Ratschläge für Eltern sind ein wichtiger Teil der Arbeit. Eltern sollten sich, auch wenn es Ihnen verständlicher Weise oft schwerfällt, nicht zu sehr auf das selbstverletzende Verhalten ihrer Kinder fokussieren, sondern darauf vertrauen, dass dies von den MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendhilfe sowie von den TherapeutInnen in Angriff genommen wird. Es ist nicht ratsam, durch permanente Besorgnisäußerungen oder gar Vorwürfe die Betroffenen davon abhalten zu wollen, sich selbst zu verletzen, da dies meist in die entgegengesetzte Richtung geht und das selbstverletzende Verhalten nur verschlimmert. Eltern sollten sich mehr darauf konzentrieren, die Betroffenen abzulenken und eine schöne Zeit mit ihnen zu verbringen. Ihre eigenen Sorgen sollten sie durch Vernetzungen und Gespräche mit anderen betroffenen Eltern oder mit Professionellen loswerden. Auch Eltern sollten sich unbedingt über selbstverletzendes Verhalten informieren, um nicht in Panik oder Hysterie zu verfallen und sich den Betroffenen gegenüber angemessen verhalten zu können.

Die wichtigste Grundlage, um mit selbstverletzendem Verhalten angemessen umgehen zu können, ist ein grundlegendes Wissen über jenes Verhalten zu haben. Dies wird jedoch im Zuge der verschiedenen Ausbildungen kaum bis gar nicht thematisiert, was insbesondere bei noch unerfahrenen MitarbeiterInnen des Öfteren zu Überforderung und im weiteren zu unangemessenem Handeln führt. Daher wäre es in erster Linie wichtig, das Thema selbstverletzendes Verhalten in den jeweiligen Ausbildungen zu verankern und somit Überforderungen und unangemessenen Reaktionen entgegenwirken zu können. Es kann die tatsächliche Konfrontation mit selbstverletzendem Verhalten trotzdem im ersten Moment überwältigend für die MitarbeiterInnen sein, jedoch könnte einiges an Überforderung und unangemessenen Handlungen durch fundierte Kenntnisse vermieden werden.

LITERATURVERZEICHNIS

Alle, Friederike (2017): Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Baetens, Imke/Claes, Laurence/Martin, Graham/Onghena, Patrick/Grietens, Hans/Van Leeuwen, Karla/Pieters, Ciska/Wiersema, Jan R./Griffith, James W. (2014): "Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors?". In: *The Journal of Early Adolescence*, 34, I. 3, p. 387-405.

Baierl, Martin (2017): Herausforderung Alltag – Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen, 5. überarbeitete und ergänzte Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Bastine, Reiner (2012): Komorbidität: Ein Anachronismus und eine Herausforderung für die Psychotherapie. In: Friedler, Peter (Hrsg.): *Die Zukunft der Psychotherapie – Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 13-25.

Bender, Doris/Lösel, Friedrich (2005): Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (Hrsg.): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 317-346.

Blanz, Bernhard/Remschmidt, Helmut/Schmidt, Martin H./Warnke, Andreas (2006): *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Böhnisch, Lothar/Schröer, Wolfgang (2012): „Jugend und Lebensbewältigung. Ein Entwurf zur Neuorientierung des sozialpädagogischen Jugenddiskurses“. In: Knapp, Gerald/Lauermann, Karin (Hrsg.): *Jugend, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von Jugendlichen in Österreich*. Band 12. Klagenfurt: Hermagoras Verlag, S. 198-205.

Chapman, Alexander L./Leung, Debbie W./Walters, Kristy N./Niedtfeld, Inga (2009): Psychologische Theorien selbstverletzenden Verhaltens. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 73-91.

Claes, Laurence/Klonsky, David E./Muehlenkamp, Jennifer/Kuppens, Peter/Vandereycken, Walter (2010): „The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated?“. In: *Comprehensive Psychiatry*, 51, I. 4, p. 386-392.

Claes, Laurence/Fernández-Aranda, Fernando/Jimenez-Murcia, Susana/Botella, Cristina/Casanueva, Felipe F./de la Torre, Rafael/Fernández-Real, José M./Frühbeck, Gema/Tinahones, Francisco J./Vilarrasa, Nuria/Montserrat-Gil de Bernabé, Mónica/Granero, Roser/Agüera, Zaida/Sancho, Carolina/Muehlenkamp, Jennifer/Menchón, José M. (2013): „Co-occurrence of non-suicidal self-injury and impulsivity in extreme weight conditions“. In: *Personality and Individual Differences*, 54, I. 1, p. 137-140.

Claes, Laurence/Luyckx, Koen/Baetens, Imke/Van de Ven, Monique/Witteman, Cilia (2015): „Bullying and Victimization, Depressive Mood, and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Moderating Role of Parental Support“. In: *Journal of child and family studies*, 24, I. 11, p. 3363-3371.

Dilling, Horst/Freyberger, Harald (2019): *ICD-10 – Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 9. aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM (German Modification) 2019. Bern: Hogrefe Verlag.

FICE Austria (2019): *Qualitätsstandards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe*. Freistadt: Plöchl Druck GmbH.

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

Fleischhaker, Christian/Böhme, Renate/Schulz, Eberhard (2008): *Behandlung von suizidalen und selbstverletzenden Symptomen bei Jugendlichen mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)*. In: Brunner, Romuald/Resch, Franz (Hrsg.): *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen – Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 149-164.

Franzke, Iris/Wabnitz, Pascal/Catani, Claudia (2015): „Dissociation as a Mediator of the Relationship between Childhood Trauma and Nonsuicidal Self-Injury in Females: A Path Analytic Approach“. In: Journal of Trauma & Dissociation, 16, I. 3, p. 286-302.

Friebel, Harry (2017): „Jungs und junge Männer, die sich selbst verletzen – ein Ansatz zur Biografie- und Lebensweltorientierung“. In: Journal für Psychologie, 25, H. 2, S. 69-94.

Friedrich, Esther Kamala (2014): Dissoziation und Multiplizität. In: Weiß, Wilma/Friedrich, Esther Kamala/Picard, Eva/Ding, Ulrike (Hrsg.): >>Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut<<. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 13-59.

Gerrig, Richard J. (2015): Psychologie. 20. aktualisierte Auflage. Hallbergmoss: Pearson Deutschland GmbH.

Goldbeck, Lutz/Allroggen, Marc/Münzer, Annika/Rassenhofer, Martin/Fegert, Jörg F. (2017): Sexuelle Gewalt. Band 21. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Großegger, Beate (2012): „Zwischen No Future und Pro Future – Jugend und Zukunft als Thema der Sozialarbeit“. In: Knapp, Gerald/Lauermann, Karin (Hrsg.): Jugend, Gesellschaft und Soziale Arbeit – Lebenslagen und Soziale Ungleichheit von Jugendlichen in Österreich. Band 12. Klagenfurt: Hermagoras Verlag, 628-641.

Gspurnig, Waltraud/Heimgartner, Arno/Hohnik, Sylvia/Pantucek, Gertraud/Reicher, Hannelore/Stuhlpfarrer, Elena (2020): Gründe der Fremdunterbringung in der Kinder- und Jugendhilfe in den Bezirken Graz-Umgebung und Liezen. Graz: FH Joanneum & Karl-Franzens-Universität Graz.

Hauri, Andrea/Zingaro, Marco (2013): Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.

Heidbrink, Horst/Lück, Helmut E./Schmidtman, Heide (2009): Psychologie sozialer Beziehungen. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Heimgartner, Arno (2019): Vorlesung „Sozialpädagogik“. Graz: Karl-Franzens-Universität.

Henningsen, Anja (2016): Sexuelle Bildung und Gewaltprävention – Eine systematische Reflexion zur Prävention sexualisierter Gewalt in pädagogischen Kontexten. In: Henningsen, Anja/Tuider, Elisabeth/Timmermanns, Stefan (Hrsg.): Sexualpädagogik kontrovers. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 120-141.

Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H.P./Warner, Uwe (2014): Soziodemographische Standards. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 733-743.

In-Albon, Tina (2013): Theoretischer Hintergrund zur Emotionsregulation. In: In-Albon, Tina (Hrsg.): Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 15-26.

In-Albon, Tina/Bürli, Martina (2013): Emotionsregulation bei Jugendlichen mit Nicht-Suizidalem Selbstverletzendem Verhalten und/oder einer Borderline Persönlichkeitsstörung. In: In-Albon, Tina (Hrsg.): Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 233-250.

Jacobi, Corinna/Thiel, Andreas/Beintner, Ina (2016): Anorexia und Bulimia nervosa – Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. 4. überarbeitete Auflage, Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Kaess, Michael (2012): Selbstverletzendes Verhalten – Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

Kaess, Michael/Brunner, Romuald/Chanen, Andrew (2014): „Borderline Personality Disorder in Adolescence“. In: Pediatrics, 134, I. 4, 782-793.

Kaess, Michael/ Brunner, Romuald (2016): Neurobiologie und Umweltfaktoren im Kontext der Nicht-suizidalen Selbstverletzung. In: Sachsse, Ulrich/Herbold, Willy (Hrsg.): Selbst-Verletzung – Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 37-52.

Kaess, Michael/Edinger, Alexandra (2019): Selbstverletzendes Verhalten – Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim & Basel: Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz.

Kasper, Bernd (2017): Kindeswohl. Eine gemeinsame Aufgabe. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Kuckartz, Udo/ Rädiker, Stefan (2019): Analyzing Qualitative Data with MAXQdA – Text, Audio, and Video. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Klonsky, E. David (2007): „The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence“. In: *Clinical Psychology Review*, 27, I. 2, p. 226-239.

Kovaleva, Anastassiya/Beierlein, Constanze/Kemper, Christoph J./Rammstedt, Beatrice (2012): Eine Kurzsкала zur Messung von Impulsivität nach dem UPPS-Ansatz: Die Skala Impulsives-Verhalten-8 (I-8). Leibnitz: Gesis.

Kunze, Ingrid (2007): Unterricht zwischen Individualisierung und Standardisierung. Eine Problematisierung aus bildungsgangdidaktischer Perspektive. In: Müller, Hans-Rüdiger/Stravoravdis, Wassilios (Hrsg.): *Bildung im Horizont der Wissensgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, S. 235-254.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars E./von der Lippe, Elena/Müters, Stephan/Stolzenberg, Heribert (2013): „Sozioökonomischer Status und Gesundheit“. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, H. 5-6, S. 814-821.

Lauermann, Karin (2019): Seminar „Theorien und Konzeptionen der Sozialpädagogik I“. Graz: Karl-Franzens-Universität.

Liebsch, Katharina (2018): „>>Ritzen<< im Zeitalter der gesellschaftlichen Verfügbarkeit des Körpers“. In: *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis. Ritzen Schnippeln Cutten – Selbstverletzendes Verhalten Jugendlicher*, 63, H. 1, S. 3-7.

Linehan, Marsha M./Armstrong, Hubert E./Suarez, Alejandra/Allmon, Douglas/Heard, Heidi L. (1991): „Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients“. In: *Archives of general psychiatry*, 48, I. 12, p. 1060-1064.

Lodebo, Bereket T./Möller, Jette/Larsson, Jan-Olov/Engström, Karin (2017): „Socioeconomic position and self-harm among adolescents: a population-based cohort study in Stockholm, Sweden“. In: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, I. 1, p. 46.

Marshall, Sheila K./Tilton-Weaver, Lauree C./ Stattin, Håkan (2013): „Non-Suicidal Self-Injury and Depressive Symptoms During Middle Adolescence: A Longitudinal Analysis“. In: *Journal of Youth and Adolescence*, 42, I. 8, p. 1234-1242.

Mayer, Hanna (2011): *Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandles AG.

Muehlenkamp, Jennifer J./Engel, Scott G./Wadeson, Andrea/Crosby, Ross D./Wonderlich, Stephen A./Simonich, Heather/Mitchell, James E. (2009): „Emotional States Preceding and Following Acts of Non-Suicidal Self-Injury in Bulimia Nervosa Patients“. In: Behavior research and therapy , 49, I. 1, p. 83-87.

Naudascher, Brigitte (1978): Jugend und Peer Group. Die pädagogische Bedeutung der Gleichaltrigen im Alter von zwölf bis sechzehn Jahren. Bad Heilbrunn/Obb: Klinkhardt.

Nitkowski, Dennis/Petermann, Franz (2016): Verhaltensdiagnostik selbstverletzenden Verhaltens. In: Selbst-Verletzung – Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 87-97.

Noeker, Meinolf (2004): „Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy“. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 53, H. 7, S. 449-467.

Petermann, Franz/Nitkowski, Dennis (2008): „Selbstverletzendes Verhalten – Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf“. In: Der Nervenarzt, 79, H. 9, S. 1017-1022.

Petermann, Franz/Achtergarde, Sandra (2009): Selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter. In: Schmahl, Christian/Stiglmayr, Christian (Hrsg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 133-145.

Petermann, Franz/Winkel, Sandra (2009): Selbstverletzendes Verhalten – Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Peterson, Claire M./Fischer, Sarah (2012): „A prospective study of the influence of the UPPS model of impulsivity on the co-occurrence of bulimic symptoms and non-suicidal self-injury“. In: Eating Behaviors, 13, I. 4, p. 335-341.

Plener, Paul L./Fliege, Herbert/Fegert, Jörg M./Libal, Gerhard (2008): Diagnostik des selbstverletzenden Verhaltens. In: Brunner, Romuald/Resch, Franz (Hrsg.): Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen – Ätiologie, Diagnostik, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, S. 117-133.

Plener, Paul L./Becker, Katja (2015): Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter. AWMF Online.

Plener, Paul L./Schumacher, Teresa S./Munz, Lara M./Groschwitz, Rebecca C. (2015): „The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature“. In: *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2, I. 1, p. 1-11.

Plener, Paul L./Libal, Gerhard/Fegert, Jörg M./Kölch, Michael G. (2016): Psychopharmakologische Behandlung von Nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten. In: Sachsse, Ulrich/Herbold, Willy (Hrsg.): *Selbst-Verletzung – Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten*. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 65-78.

Rätz, Regina/Schröer, Wolfgang/Wolff, Mechthild (2014): *Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe – Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven*, 2. überarbeitete Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Resch, Franz/Parzer, Peter/Haffner, Johann/Brunner, Romuald (2013): *Depressivität und selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter*. In: Fuchs, Thomas/Berger, Mathias (Hrsg.): *Affektive Störungen – Klinik-Therapie-Perspektiven*. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 129-136.

Robinson, Kealagh/Garisch, Jessica/Kingi, Tahlia/Brocklesby, Madeleine/O’Connell, Angeli-que/Langlands, Robyn/Russell, Lynne/Wilson, Marc (2019): „Reciprocal Risk: the Longitudinal Relationship between Emotion Regulation and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents“. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, I. 2, p. 325-332.

Rossmann, Peter (2012): *Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*, 2. überarbeitete Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Sachsse, Ulrich (2016): Zur Syndrom- und Behandlungsgeschichte. Vom >>Syndrome of the wrist cutter<< über >>Selbstverletzendes Verhalten<< (SVV) zum >>Nicht-suizidalen Selbstverletzungsverhalten<< (NSSV). In: Sachsse, Ulrich/Herbold, Willy (Hrsg.): *Selbst-Verletzung – Ätiologie, Psychologie und Behandlung von selbstverletzendem Verhalten*. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 1-35.

Somer, Oya/Bildik, Tezan/Kabukçu-Başay, Bürge/Güngör, Duygu/Başay, Ömer/Farmer, Richard F. (2015): „Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents“. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologie*, 50, I. 7, p. 1163-1171.

Stiglmayr, Christian/Gunia, Hans (2017): Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Ein Manual für die ambulante Therapie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Streeck-Fischer, Annette/Cropp, Carola/Streeck, Ulrich/Salzer, Simone (2016): Borderline-Störungen bei Jugendlichen – Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

St. Germain, Sarah A./Hooley, Jill M. (2012): „Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction“. In: Psychiatry Research, 197, I. 12, p. 78-84.

Swannell, Sarah V./Martin, Graham E./Page, Andrew/Hasking, Penelope/St John, Nathan J. (2014): „Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression“. In: Suicide and Life-Threatening Behavior, 44, I. 3, p. 273-303.

Trautmann, Matthias (2004): Entwicklungsaufgaben bei Havighurst. In: Trautmann, Matthias (Hrsg.): Entwicklungsaufgaben im Bildungsgang. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, S. 19-40.

Vogel, David L./Wester, Stephen R./Hammer, Joseph H./Downing-Matibag, Teresa M. (2014): „Referring Men to Seek Help: The Influence of Gender Role Conflict and Stigma“. In: Psychology of Men & Masculinities, 15, I. 1, p. 60-67.

Whitlock, Janis/Eckenrode, John/Silverman, Daniel (2006): „Self-injurious Behavior in a College Population“. In: Pediatrics, 117, I. 6, p. 1939-1948.

Wolfersdorf, Manfred (2010): Depression – die Krankheit bewältigen. Bonn: Balance buch + medien Verlag.

Wolfersdorf, Manfred/Etzersdorfer, Elmar (2011): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Wollweber, Bastian/Keck, Martin E./Schmidt, Ulrike (2015): „Improvement of nonsuicidal self-injury following treatment with antipsychotics possessing strong D1 antagonistic activity: evidence from a report of three cases“. In: Therapeutic advances in psychopharmacology, 5, I. 4, p. 208-213.

Internetquellen

Bundeskanzleramt (2020): Kinder- und Jugendhilfe. In: <https://www.frauen-familienjugend.bka.gv.at/familie/kinder-jugendhilfe/kinder-jugendhilfe.html> [07.04.2020]

Bundesministerium (2020): Kinder- und Jugendhilfestatistik 2019. In: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/Kinder-%20und%20Jugendhilfestatistik%202019.pdf> [27.12.2020]

Bundeskriminalamt (2018): Tabellen zur Kriminalstatistik 2018 – Grundtabelle Delikte. In: https://bundeskriminalamt.at/501/Tabellen_Statistik_2018.aspx [25.02.2020]

Duden (2020): aversiv. In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/aversiv> [04.02.2020]

Duden (2020): Letalität. In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Letalitaet> [21.02.2020]

Drüge, Marie (2020): Bewältigungsstile, maladaptive. In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie. In: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/bewaeltigungsstile-maladaptive-1/> [05.02.2020]

Elze, Sandra/Elze, Michael (ohne Jahr): DSM-5. In: <https://psychotherapie-online.info/dsm-5#> [20.05.2021]

National Center für Biotechnology Information (2018): The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury Age of Onset and Severity of Self-Harm. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5557699/> [19.02.2020]

Netdoktor (2017): Imipramin. In: <https://www.netdoktor.de/medikamente/imipramin/> [15.04.2021]

Psychomeda (2016): Reliabilität – Lexikon der Psychologie. In: <https://www.psychomeda.de/lexikon/reliabilitaet.html> [24.02.2020]

Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS] (2020): Landesrecht konsolidiert Steiermark: Gesamte Rechtsvorschrift für Kinder- und Jugendhilfegesetz, Fassung vom 07.04.2020. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20001012> [07.02.2020]

ScienceDirect (2015): Clinical Psychology Review - Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. In: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735815000409> [19.02.2020]

StKJHG-DVO (2005): Anlage 1, Leistungsbeschreibungen. In:
https://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11953848_76703105/2c40b489/StKJHG-DVO%20Anlage%201%20idF%20LGBI%202014_xx.pdf [22.04.2020]

Wiley Online Library (ohne Jahr): An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. In:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1521/suli.34.1.12.27769> [12.02.2020]

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Schema der Terminologie selbstverletzenden Verhaltens nach Hänslı 1996 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 20)	13
Abbildung 2: Klassifikation von selbstverletzendem Verhalten nach Simeon und Favazza 2001 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 32)	17
Abbildung 3: Module und Zielproblematik der DBT-A (vgl. Kaess/Edlinger 2019, S. 113). 54	
Abbildung 4: Rotationsschema der Module der DBT-A (vgl. Kaess/Edinger 2019, S. 114) ..	55

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Kategorien der Selbstverstümmelung nach Menninger 1938 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 30)	15
Tabelle 2: Häufigkeit verschiedener Formen von selbstverletzendem Verhalten bei Erwachsenen nach Briere und Gil 1998 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 26)	21
Tabelle 3: Erscheinungsformen von selbstverletzendem Verhalten bei männlichen und weiblichen Jugendlichen nach Nixon et al. 2002 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 28)	22
Tabelle 4: Am häufigsten verletzte Körperregionen bei männlichen und weiblichen Jugendlichen nach Nixon et al. 2002 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 29)	23
Tabelle 5: Häufigkeit selbstverletzender Verhaltensweisen bei Jugendlichen nach Muehlenkamp und Gutierrez 2004 (vgl. Petermann/Winkel 2009, S. 36)	24
Tabelle 6: Sieben Funktionen der Selbstverletzung nach Klonsky 2007 (vgl. SlideShare 2016, o.S.)	32
Tabelle 7: Zahlen der 2019 fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen (vgl. Bundesministerium 2020, S. 20)	65
Tabelle 8: Anzahl der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen im Vergleich (vgl. Bundesministerium 2020, S. 22)	66

GRAFIKVERZEICHNIS

Grafik 1: Reaktion der Professionellen	76
Grafik 2: Anzeichen davor	81
Grafik 3: Prävention	89
Grafik 4: Kompetenzen	90
Grafik 5: Anzeichen	99
Grafik 6: Anregungen für Jugendliche.....	104
Grafik 7: Anregungen für Eltern	106
Grafik 8: Anregungen für ÄrztInnen.....	107
Grafik 9: Anregungen für TherapeutInnen.....	108

ANHANG

Anhang A: Orientierungspunkte für die Versorgung und den Schutz von drei- bis sechsjährigen Kindern nach Kasper 2017

Woran erkennbar	-2 (Sehr schlecht)	-1 (Schlecht)	+1 (Ausreichend)	+2 (Gut)
Nahrung	Kein regelmäßiges Angebot an Nahrung und Flüssigkeit, verdorbene Nahrung, keine warme Mahlzeit	Phasenweise wenig oder kein Angebot an Nahrung, Chips, coffeinhaltige Getränke, Süßigkeiten als Hauptnahrung	Einzelne Mahlzeiten fallen ab und zu aus. Ausreichend Angebot an Flüssigkeiten. Chips und coffeinhaltige Getränke als Zwischenmahlzeit	Regelmäßiges Angebot von Nahrung und wenig gesüßter Flüssigkeit, 4-5 Mahlzeiten davon 1 warm, vitamin- und ballaststoffreich, Obst, Joghurt, Quark, altersangemessenes Gewicht
Kleidung	Kleidung bildet keinen witterungsgemäßen Schutz, ist verdreckt, unhygienisch	Wiederholt verdreckte und unangemessene Kleidung	Nicht immer witterungsmäßig, ab und zu verdreckt	Witterungsgemäßer Schutz, trocken, sauber, hygienisch, passende witterungsgemäße Schuhe
Aufsicht	Keine Aufsicht, Kind wird allein Gefahren ausgesetzt	Mangelnde Aufsicht, Kind wird zwar ermahnt, aber nicht vor Gefahren geschützt	Kind wird aufgeklärt, aber nicht immer geschützt	Gewährleistet, Kind wird nicht allein gelassen, Eltern sorgen für altersgemäße Begleitung
Gewalt	Körperliche und seelische Misshandlung, ständiger/häufiger Einsatz von körperlicher und psychischer Gewalt, Schütteln, Schläge, Erniedrigung, Drohung, Einschüchterung	Bestrafung durch Liebesentzug, wiederkehrende Drohungen, Einschüchterung, Festhalten, Klapse, Anschreien, Angst machen, ruhig stellen	Keine körperliche Gewalt, selten affektive Ausrutscher	Gewaltfreier, wohlwollender und liebevoller Umgang mit dem Kind

(vgl. Kasper 2017, o.S.)

Anhang B: Interviewleitfaden Professionelle

Vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview Zeit genommen und sich dazu bereit erklärt haben, meine Fragen zu beantworten. Ich untersuche im Rahmen meiner Masterarbeit den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel, einen Handlungsleitfaden dafür zu erstellen. Hierfür werde ich dieses Interview mit meinem Smartphone aufnehmen. Ihre Daten werden vertraulich behandelt sowie anonymisiert. Ist das für Sie in Ordnung?

Einstieg

- 1) Wie lange sind Sie schon in der stationären Kinder- und Jugendhilfe tätig?
- 2) Wie häufig haben Sie es bei Ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die sich selbst verletzen, zu tun?

Interview

Handlungsweisen

- 3) Wie gehen Sie damit um?
- 4) Wie reagieren Sie, wenn Sie merken, dass sich Kinder oder Jugendliche selbst verletzen? Was ist hier besonders wichtig?
 - a) Sprechen Sie sie offen darauf an?
 - b) Lassen Sie sie eher in Ruhe?
 - c) Machen Sie ihnen eher mehr Beziehungsangebote?
- 5) Wie reagieren die Betroffenen auf Ihre Reaktion?
 - a) mit Wut
 - b) mit Rückzug
 - c) mit Akzeptanz

Gefühle

- 6) Wie fühlen Sie sich dabei, wenn Sie mit selbstverletzendem Verhalten konfrontiert werden?

Alter der Jugendlichen

- 7) Wie alt sind die meisten Betroffenen im Durchschnitt?

Geschlechtsspezifika

- 8) Welche Geschlechtsspezifika gibt es?

Art der Verletzungen

- 9) Wie verletzen sich die meisten Betroffenen selbst?
- a) Sich-Schneiden
 - b) Sich-Verbrennen
 - c) Sich-Kratzen
 - d) Sich-Beißen
 - e) etc.

Körperstellen

- 10) An welchen Körperteilen verletzen sich die meisten Betroffenen selbst?
- a) Unterarme/Handgelenke
 - b) Oberarme/Ellbogen
 - c) Unterschenkel/Knöchel
 - d) Oberschenkel/Knie
 - e) Hände/Finger
 - f) Unterleib

Häufigkeiten

- 11) Wie häufig verletzen sich die meisten Betroffenen Ihrer Meinung nach?

Situationen

- 12) In bzw. nach welchen Situationen sind Selbstverletzungen besonders häufig zu beobachten?

Anzeichen

- 13) Welche Anzeichen gibt es Ihrer Erfahrung nach, die darauf hindeuten, dass sich Kinder oder Jugendliche selbst verletzen? Was muss hier besonders beachtet werden?

Funktionen/Gründe

- 14) Welche Gründe stecken Ihrer Meinung nach hinter selbstverletzendem Verhalten? Woher kommt ein solches Verhalten?
- 15) Welche Funktion bzw. Funktionen hat selbstverletzendes Verhalten Ihrer Meinung nach für die Betroffenen?
- a) Emotionsregulation
 - b) Anti-Dissoziation
 - c) Anti-Suizid
 - d) Interpersonelle Beziehungen
 - e) Interpersonelle Beeinflussung
 - f) Selbstbestrafung
 - g) andere Funktion

Suizidabsicht

- 16) Dem Großteil der Literatur ist es zu entnehmen, dass sich selbstverletzendes Verhalten von Suizidalität abgrenzen lässt und dass hinter selbstverletzendem Verhalten keine Suizidabsicht steckt. Wie sehen Sie das? Wie sieht das in der Praxis aus?

Erkrankungen

- 17) In der Literatur werden häufig diverse psychische Erkrankungen wie beispielweise Borderline, Depressionen, Essstörungen etc. sowie auch traumatische Erlebnisse als Ursachen für selbstverletzendes Verhalten angegeben. Welche Erfahrungen haben Sie dazu in der Praxis gemacht?

Behandlungen

- 18) Welche Behandlungsformen werden für selbstverletzendes Verhalten herangezogen?
a) Welche Behandlungsform bzw. -formen erzielen Ihrer Erfahrung nach die größten Erfolge?
b) Wie stehen Sie der medikamentösen Behandlung gegenüber?
- 19) Zu einem bestimmten Zeitpunkt ist es sicherlich notwendig, selbstverletzendes Verhalten mit den Betroffenen zu besprechen. Was ist hierbei besonders wichtig?

Alternativhandlungen

- 20) Welche Alternativhandlungen (z.B. Sport) helfen Ihrer Erfahrung nach am besten, um den Drang zur Selbstverletzung zu unterdrücken?
- 21) Welche Alternativhandlungen werden von den Betroffenen am besten angenommen bzw. umgesetzt?

Koffer

- 22) Wie stehen Sie dem sogenannten „(Skills)Koffer“ gegenüber?

Prävention

- 23) Was kann die Pädagogik Ihrer Meinung nach präventiv bezüglich selbstverletzendes Verhalten leisten?

Kompetenzen

- 24) Welche Kompetenzen seitens der PädagogInnen sind Ihrer Meinung nach im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten besonders wichtig?

25) Wie gehen Sie damit um, wenn selbstverletzendes Verhalten nach langer Zeit wieder auftritt? Welche Gründe könnte es dafür geben? Was ist hier besonders wichtig?

Ausbildungen/Weiterbildungen

26) Inwiefern wurde selbstverletzendes Verhalten im Zuge Ihrer Ausbildung oder auch durch diverse Weiterbildungen innerhalb Ihres Jobs thematisiert?

- a) Würden Sie sich mehr Fortbildungen zu diesem Thema wünschen?
- b) Inwiefern würden Ihnen Weiterbildungen bezüglich selbstverletzendes Verhalten in Ihrem Job helfen?

Anregungen zum Umgang mit SSV

27) Was müsste Ihrer Meinung nach unbedingt in diesem Leitfaden stehen? Was ist für Sie zusammengefasst das Wichtigste im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, dass Sie

- a) PädagogInnen
- b) ÄrztInnen
- c) TherapeutInnen
- d) Eltern raten würden?

Corona-Krise

28) Inwiefern wirkt sich die derzeitige Corona-Krise auf das selbstverletzende Verhalten der Betroffenen aus?

Schluss

Möchten Sie mir noch etwas erzählen, das ich Sie bis jetzt nicht gefragt habe, Sie jedoch als wichtig empfinden und noch loswerden möchten?

Anhang C: Interviewleitfaden Jugendliche

Vielen Dank, dass du dir für dieses Interview Zeit genommen und dich dazu bereit erklärt hast, meine Fragen zu beantworten. Ich untersuche im Rahmen meiner Masterarbeit den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendhilfe und habe das Ziel, einen Handlungsleitfaden für den Umgang mit selbstverletzendem Verhalten zu erstellen. Hierfür werde ich dir etwa 25 Fragen dazu stellen und dieses Interview mit meinem Smartphone aufnehmen. Deine Daten werden vertraulich behandelt sowie anonymisiert.

Zu Beginn möchte ich noch anmerken, dass du Fragen auch nicht beantworten kannst, die du nicht beantworten möchtest!

Einstieg

Wohnen

- 1) Wie wohnst du derzeit?

Interview

Beginnalter

- 2) Wie alt warst du circa, als du damit begonnen hast, dich selbst zu verletzen?

Gründe

- 3) Warum hast du damals damit begonnen? Gab es eine bestimmte Situation oder ein bestimmtes Ereignis, das damals dazu führte, dass du dich selbst verletzt hast? Wenn ja, bitte erzähle mir davon.

Art der Verletzungen

- 4) Wie verletzt du dich selbst?
 - a) Hast du das immer schon auf diese Art und Weise gemacht?
 - b) Hast du dich schon einmal auf eine andere Art und Weise selbst verletzt? Wenn ja, wie?

Körperstellen

- 5) An welcher/n Körperstelle/n verletzt du dich selbst?

Häufigkeiten

- 6) Wie häufig verletzt du dich?

Funktionen

- 7) Was bedeutet es für dich, dich selbst zu verletzen? Welchen Zweck erfüllt das für dich?

Situationen/Auslöser

- 8) In welchen Situationen verspürst du das Bedürfnis, dich selbst zu verletzen?
a) Denkst du länger darüber nach oder ist das eine Kurzschlussreaktion?
b) Wie verhältst du dich, bevor du dich selbst verletzst?

Anzeichen

- 9) Wie fühlst du dich, nachdem du dich selbst verletzt hast?
10) Wie verhältst du dich, nachdem du dich selbst verletzt hast?

Suizidabsicht

- 11) Wie stark verletzt du dich?

Erkrankungen

- 12) Selbstverletzendes Verhalten tritt häufig im Rahmen von anderen Erkrankungen wie beispielweise Essstörungen auf. Hattest du schon einmal mit einer derartigen Erkrankung zu tun?
a) Wenn ja, mit welcher Erkrankung?
b) Wenn ja, leidest du immer noch daran?
c) Wenn ja, verschlimmerte sich dein selbstverletzendes Verhalten in dieser Zeit?

Behandlung

- 13) Warst du schon einmal aufgrund deiner Selbstverletzungen in medizinischer Behandlung?
14) Warst du aufgrund deiner Selbstverletzungen schon einmal in psychologischer Behandlung?
a) Wenn ja, wie sah bzw. sieht diese Behandlung aus?
b) Wenn ja, hat dir das geholfen? Was daran hat dir geholfen oder was nicht?
c) Wenn nein, gab bzw. gibt es einen Grund dafür warum nicht?
15) Wurden dir aufgrund deiner Selbstverletzungen schon einmal Medikamente verschrieben?
a) Wenn ja, erinnerst du dich noch an deren Namen?
b) Wenn ja, wie hast du darauf reagiert? (Verbesserung oder Verschlechterung?)

Handlungsweisen

- 16) Wie gehen deine BetreuerInnen mit deinen Selbstverletzungen um?
- a) Welche Reaktionen seitens deiner BetreuerInnen findest du gut? Warum?
 - b) Welche Reaktionen seitens deiner BetreuerInnen findest du weniger gut? Warum?
- 17) Welche Reaktionen würdest du dir von deinen BetreuerInnen wünschen? Welche Reaktionen seitens deiner BetreuerInnen würden dir helfen?

Alternativhandlungen

- 18) Was hilft dir, wenn du den Drang verspürst, dich selbst zu verletzen?
- 19) Versuchst du manchmal, das Bedürfnis, dich selbst zu verletzen zu umgehen und machst stattdessen etwas anderes wie beispielweise Sport oder Musik hören?
- a) Wenn ja, was machst du dann?
 - b) Wenn nein, warum nicht?
 - c) Wenn nein, kennst du Alternativen dafür?

Koffer

- 20) Kennst du den sogenannten (Skills)Koffer?
- a) Wenn ja, hilft dir der Koffer? Warum oder warum nicht?
 - b) Wenn ja, was verwendest du daraus besonders gerne und warum?

Anregungen zum Umgang mit SSV

- 21) Was müsste deiner Meinung nach unbedingt in diesem Leitfaden stehen? Was ist für dich zusammengefasst das Wichtigste im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, dass du
- a. anderen Jugendlichen
 - b. PädagogInnen/BetreuerInnen
 - c. ÄrztInnen
 - d. TherapeutInnen
 - e. Eltern raten würdest?

Schluss

Möchtest du mir noch etwas erzählen, das ich dich bis jetzt nicht gefragt habe, du jedoch als wichtig empfindest und noch loswerden möchtest?

Handlungsleitfaden für selbstverletzendes Verhalten (SVV) in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Definition

„Selbstverletzendes Verhalten ist gleichbedeutend mit einer funktionell motivierten Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die in direkter und offener Form geschieht, sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“
(Petermann/Nitkowski 2016, S. 23)

SVV kann unterschiedlich klassifiziert werden, beispielweise direkt vs. indirekt, Selbstschädigung vs. Selbstfürsorge, ritualisiert vs. pathologisch, offen vs. heimlich

SVV tritt in unterschiedlichen Altersstufen und Lebensphasen auf, wird jedoch besonders häufig im Jugendalter beobachtet

SVV kann verschiedene Formen annehmen. Dazu gehören u.a. das Schneiden der Haut, Sich-Verbrennen, Sich-Kratzen oder das Ausreißen von Haaren, wobei Sich-Ritzen am häufigsten zu beobachten ist.

SVV kann an unterschiedlichen Körperstellen ausgeführt werden. Am häufigsten beobachtet werden Selbstverletzungen jedoch an Unterarmen bzw. Handgelenken gefolgt von Oberarmen, Unterschenkel/Knöchel, Oberschenkel, Hände/Finger, Unterleib.

Bezüglich möglicher Geschlechterunterschiede kann zusammenfassend gesagt werden, dass es kaum bis keine Geschlechterunterschiede gibt. Geschlechtsspezifika lassen sich hauptsächlich in der gewählten Methode feststellen, da Mädchen/Frauen eher autoaggressiv handeln, während Jungs/Männer ihre Aggression eher nach außen richten.

SVV liegt in der Regel keine Suizidabsicht zu Grunde – dies bedeutet jedoch nicht, dass Suizidalität ausgeschlossen werden kann.

SVV kann unterschiedliche psychische Funktionen annehmen (Klonsky 2007): Affektregulation, Anti-Dissoziation, Anti-Suizid, Interpersonelle Beziehungen, Interpersonelle Beeinflussung, Selbstbestrafung, Sensation-seeking.

Zu den Anzeichen für SVV zählen Rückzug, abwesend sein, verminderte Kommunikation, schulischer Leistungsabfall, das Tragen von langer Kleidung trotz hoher Temperaturen sowie auch übertriebene Fröhlichkeit.

Als Risikofaktoren für die Entstehung von SVV gelten u.a. traumatische Erfahrungen, Gewalterfahrungen jeglicher Art, Störungen bezüglich der Neurobiologie sowie Impulsivität.

Zu Erkrankungen, welche häufig gemeinsam mit SVV auftreten, zählen u.a. die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), die Depression oder verschiedene Formen von Essstörungen.

Zu den wirksamsten Behandlungen für SVV zählen die Psychotherapie, die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) sowie körperbezogene Aktivitäten und tiergestützte Therapien. In manchen Fällen kann auch eine medikamentöse Behandlung in Betracht gezogen werden.

Handlungsleitfaden für selbstverletzendes Verhalten (SVV) in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Pädagogische Betreuung

In Bezug auf die pädagogische Betreuung ist es wichtig, dass

- Professionelle mit heftigen Gefühlen wie Angst, Wut, Ekel, Hilflosigkeit oder eventuellen Schuldgefühlen umgehen können, da ansonsten die Gefahr besteht, die Betroffenen abzulehnen
- SVV nicht sanktioniert wird oder den Betroffenen Vorwürfe gemacht werden
- die Betroffenen niemals unter Druck gesetzt werden oder SVV ersatzlos gestrichen wird, da es eine wichtige Funktion im System der Betroffenen einnimmt
- Überreaktionen vermieden werden
- die Betroffenen ihre Wunden selbst versorgen
- mit den Betroffenen gemeinsam mögliche Alternativhandlungen erarbeitet werden
- immer wieder versucht wird, konstruktive Gespräche mit den Betroffenen zu führen, um so das Problem zu erörtern, welches hinter SVV steckt

Präventionsmöglichkeiten

Um im Rahmen der pädagogischen Betreuung präventiv gegen SVV arbeiten zu können, ist es wichtig, dass

- Professionelle sich Wissen über SVV aneignen
- den Betroffenen wertschätzende, stabile und authentische Beziehungsangebote gemacht werden
- SVV direkt angesprochen wird
- den Betroffenen ruhig, wertschätzend und empathisch gegenüber getreten sowie den Betroffenen ein Mitspracherecht eingeräumt wird (Partizipation)
- eine Vernetzung mit TherapeutInnen, Herkunftssystem sowie FreundInnen aufgebaut wird
- Professionelle sich stets selbst reflektieren